



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

ALZIRENE ANDRADE DA FONSECA

**O OLHAR DOS PAIS/MÃES SOBRE O DIAGNÓSTICO E O
TRATAMENTO DO TDAH ATRIBUÍDO AO SEU FILHO/A**

RECIFE

2024

ALZIRENE ANDRADE DA FONSECA

**O OLHAR DOS PAIS/MÃES SOBRE O DIAGNÓSTICO E O
TRATAMENTO DO TDAH ATRIBUÍDO AO SEU FILHO/A**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Linha de pesquisa: Psicopatologia Fundamental e Psicanálise

Orientadora: Profa. Dra. Maria Consuelo Passos.

RECIFE

2024

F676o

Fonseca, Alzirene Andrade da.

O olhar dos pais/mães sobre o diagnóstico e o tratamento do TDAH atribuído ao seu filho/a / Alzirene Andrade da Fonseca. 2024.

104 f. : il.

Orientadora: Maria Consuelo Passos.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Mestrado em Psicologia Clínica, 2024.

1. Crianças com distúrbio do déficit de atenção.
2. Distúrbio da falta de atenção com hiperatividade.
3. Pais e filhos - Aspectos psicológicos. I. Título.

CDU 159.922.7

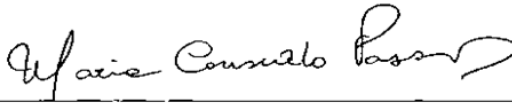
Luciana Vidal - CRB-4/1338

TERMO DE APROVAÇÃO

Alzirene Andrade da Fonseca

O olhar dos pais/mães sobre o diagnóstico e o tratamento do TDAH
atribuído ao seu filho/a

A presente dissertação foi defendida em 17 de junho de 2024 e aprovada pela banca
examinadora constituída pelos seguintes professores:

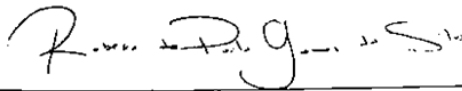


Prof. Dra. Maria Consuelo Passos
Orientadora

gov.br

Documento assinado digitalmente
por: MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA
Data: 17/09/2024 12:31:39 -0300
Verifique em <https://validar.ite.gov.br>

Prof. Dra. Marisa Amorim Sampaio Cunha
Examinadora interna



Dra. Rebeqa de Paula Gomes da Silva
Examinadora externa

Recife

2024

*oje o indivíduo se explora e acredita que
isso é realização”.*

Byung-Chul Han (2017)

Este trabalho é dedicado a Deus, que me deu a força e a sabedoria necessárias para iniciar, prosseguir e concluir este estudo.

Este trabalho também se dirige a todos os leitores e pesquisadores que se interessam pelo tema em questão. Espera-se que sirva como resultados exploratórios para o desenvolvimento de outras pesquisas.

Agradecimentos

Não serei o poeta de um mundo caduco
Também não cantarei o mundo futuro
Estou preso à vida e olho meus companheiros
Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças
Entre eles, considero a enorme realidade
O presente é tão grande, não nos afastemos
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas
(Poema - Mãos dadas, Carlos Drummond de Andrade, 1940)

São muitas as contribuições para uma pesquisa de mestrado. Algumas estão ligadas ao estudo, outras nos dão apoio emocional, algumas têm os dois elementos. Todos são indispensáveis e o poema faz referência a esse princípio de coletividade para o nosso progresso. Dessa forma, buscando se aproximar dos que o acompanham, define sobre o que falará e agirá: o tempo.

A **Deus**, por toda a Graça da VIDA e pela realização deste curso. Por intermédio da SUA Luz Extraordinária nos momentos de sombra e cansaço. Por chegar até aqui nessa Formação Acadêmica.

Agradeço à **Irmã Maria Madalena Ferreira de Mendonça e à Irmã Maria Cícera dos Santos Feitosa** pelo apoio e consideração dedicados à minha pessoa ao longo de toda a minha Formação Acadêmica.

Aos **Colegas da Turma 2022 e 2023.1**, pela parceria, discussões e questionamentos produtivos.

A **Orientadora Profa. Dr.^a Maria Consuelo Passos** foi a responsável pela orientação desta dissertação, tendo em vista o processo de criação da escrita, sendo paciente e dedicada a

todas as minhas dificuldades enfrentadas ao longo do caminho. Agradeço profundamente pelo que adquiri no campo do saber.

A **Profa. Dr.^a Marisa Amorim Sampaio Cunha**, agradeço a sua participação ativa desde o processo seletivo e a sua colaboração na elaboração do projeto de pesquisa.

A **Psicóloga Dr.^a Rebeka de Paula Gomes da Silva**, agradeço a sua participação ativa (leitura e sugestões apresentadas) na Pré-Banca de Qualificação realizada em dezembro de 2023 e na atual Banca Examinadora de Defesa.

Aos **Professores** do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica pelas contribuições teóricas.

A todos **os Pais e Mães** que participaram da entrevista, agradeço a confiança que depositaram em meu trabalho de pesquisa científica.

Aparecida, Katarina e Sônia são colegas e amigas que encontrei apoio e companheirismo nos momentos de desafios proporcionados também pelo curso. Obrigada pela parceria.

Aos **Funcionários** da Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP, em suas diversas atividades e ambientes de trabalho. Muito obrigada!

Agradeço **a todos** os que contribuíram para a elaboração desta dissertação, pelas comemorações, pela felicidade de viver e pelos encontros/desencontros que a vida nos proporcionou.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa qualitativa foi compreender os sentidos atribuídos pelos pais/mães sobre o diagnóstico e o tratamento do TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) de seu filho/a. No Brasil, o TDAH era pouco conhecido até os anos 90, quando crianças com comportamentos difíceis em casa e na escola, que tinham dificuldades de aprendizado ou se distraíam facilmente, eram frequentemente vistas como “preguiçosas”, “desinteressadas”, “estranhas” ou “inquieta”. A partir dos anos 2000, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade tornou-se uma das categorias diagnósticas mais discutidas em diferentes áreas do conhecimento e na sociedade em geral. Com isso, dois fenômenos inter-relacionados se destacam na sociedade atual: o TDAH no DSM-5 e o tratamento medicamentoso. Este estudo não se limita ao diagnóstico médico da criança, mas também aborda os critérios diagnósticos que promovem técnicas de marketing de psicofármacos, bem como, traz relatos de pais e mães de crianças com TDAH que trabalham em tempo integral, enfrentando o excesso de atividades atípicas da sociedade moderna. O suporte teórico forneceu a base e articulação necessárias para explorar o problema apresentado. A pesquisa contou com a participação de sete pessoas, dentre elas pais, mães e responsáveis. Ao todo, são cinco famílias que têm filho/a entre 6 a 11 anos diagnosticado/a e em tratamento para o TDAH. Os resultados mostraram que: 1) os pais/mães ou responsáveis aderem à medicação para tratar o comportamento hiperativo do filho/a, visto que o diagnóstico médico, em geral, é o primeiro recurso para o tratamento; 2) os pais/mães ou responsáveis veem a escola como um espaço importante para a socialização do filho/a com TDAH; 3) os pais/mães ou responsáveis dedicam-se ao cuidado do filho/a, levando em consideração o contexto social em que estão inseridos. Uma entrevista semiestruturada com pais, mães ou responsáveis, além de um diário de campo, permitiram à pesquisadora registrar as suas impressões durante a pesquisa. Os dados mostraram que o diagnóstico e o tratamento do TDAH tendem a causar, nos pais/mães ou responsáveis, preocupação devido à gravidade do problema que surge na dinâmica familiar. Espera-se que os resultados desta pesquisa sirvam como base para continuar novos estudos sobre a referida temática em questão.

Palavras-chave: Pais, Filho/a, Diagnóstico, TDAH, Tratamento.

ABSTRACT

The objective of this qualitative research was to understand the meanings attributed by parents about the diagnosis and treatment of their child's ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). In Brazil, ADHD was little known until the 1990s, when children with difficult behaviors at home and at school, who had learning difficulties or were easily distracted, were often seen as “lazy”, “disinterested”, “strange” or “restless”. Since the 2000s, Attention Deficit Hyperactivity Disorder has become one of the most discussed diagnostic categories in different areas of knowledge and in society in general. As a result, two interrelated phenomena stand out in today's society: ADHD in the DSM-5 and drug treatment. This study is not limited to the child's medical diagnosis, but also addresses the diagnostic criteria that promote psychotropic drug marketing techniques, as well as reports from fathers and mothers of children with ADHD who work full time, facing an excess of atypical activities. of modern society. The theoretical support provided the necessary basis and articulation to explore the problem presented. The research involved the participation of seven people, including fathers, mothers and guardians. In total, there are five families who have a child aged between 6 and 11 diagnosed and undergoing treatment for ADHD. The results showed that: 1) parents or guardians adhere to medication to treat their child's hyperactive behavior, since medical diagnosis, in general, is the first resource for treatment; 2) parents or guardians see school as an important space for the socialization of their child with ADHD; 3) parents or guardians dedicate themselves to caring for the child, taking into account the social context in which they are inserted. A semi-structured interview with fathers, mothers or guardians, in addition to a field diary, allowed the researcher to record her impressions during the research. The data showed that the diagnosis and treatment of ADHD tend to cause concern in parents or guardians due to the severity of the problem that arises in the family dynamics. It is hoped that the results of this research will serve as a basis for continuing further studies on the topic in question.

Keywords: Parents, Child, Diagnosis, ADHD, Treatment.

Lista de abreviaturas e siglas

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

ABDA – Associação Brasileira do Déficit de Atenção

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APA - Associação Psiquiátrica Americana

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CID - 10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados Saúde (10ª Revisão).

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

COVID-19 - (Co)rona (Vi)rus (D)isease 19.Síndrome respiratória aguda grave (SRAG).

DSM-1 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Versão - 1

DSM-2 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Versão - 2

DSM-3 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Versão - 3

DSM-4 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Versão - 4

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Versão - 5

OMS – Organização Mundial de Saúde

Org. – Organizador

SNC – Sistema Nervoso Central

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TOD – Transtorno Opositor Desafiador

Lista de quadros

Quadro 1 - Terminologia para o TDAH ao longo do tempo.....	24
Quadro 2 - TDAH e comorbidades.....	30
Quadro 3 - Métodos que auxiliam os pais/ mães ou responsáveis no cuidado e educação do filho/a com TDAH.....	46
Quadro 4 - Novo Critério de Classificação Econômica Brasil.....	55
Quadro 5 – Dados Gerais Sociodemográficos das Famílias.....	56
Quadro 6 – Dados Sociodemográficos da “Família J”.....	58
Quadro 7 – Dados sociodemográficos da “Família C”.....	63
Quadro 8 – Dados sociodemográficos da “Família P”.....	67
Quadro 9 – Dados sociodemográficos da “Família M”.....	72
Quadro 10 – Dados sociodemográficos da “Família E”.....	76

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	16
2 - TDAH: HISTÓRICO, CARACTERIZAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO NA PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA.....	21
2.1. TDAH: Histórico.....	21
2.2. TDAH: Caracterização.....	26
2.3. TDAH: Diagnóstico/Tratamento.....	29
3 - TDAH: PERSPECTIVA PSICANALÍTICA	38
3.1. TDAH: Breve Perspectiva Psicanalítica.....	38
4 - TDAH: DESAFIO/CUIDADO E AUMENTO DO DIAGNÓSTICO.....	45
4.1. TDAH: Desafio/Cuidado.....	45
4.2. TDAH: Aumento do diagnóstico.....	47
5 – METODOLOGIA DA PESQUISA.....	49
5.1. Tipo de pesquisa	49
5.2. Local da pesquisa.....	50
5.3. Participantes da pesquisa.....	50
5.4. Instrumentos e técnicas de pesquisa.....	51
5.5. O trabalho de campo.....	52
5.6. Procedimentos de Análise.....	52
6 – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
6.1. O olhar dos pais/mães e responsáveis em relação ao diagnóstico e ao tratamento do TDAH do seu filho/a.....	80

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
APÊNDICES.....	94
ANEXOS.....	99

1.INTRODUÇÃO

É preciso ensinar a compreensão humana, porque é um mal do qual todos sofrem em graus diferentes. Temos que ensinar também as crianças e os jovens a enfrentar as incertezas. Porque a única certeza em todo destino humano, desde o nascimento é que a vida é feita de incertezas.
Edgar Morin (2015)

Durante o estágio supervisionado na clínica-escola em 2020, no curso de Bacharelado em Psicologia, tive a oportunidade de acolher e atender a alguns pais/mães que chegavam à recepção da clínica solicitando informações sobre os dias de atendimento psicológico. Ao serem informados sobre a agenda da clínica, os pais manifestaram o desejo de receber ajuda para lidar com as angústias e sofrimentos causados pelo surto da COVID-19 e pelo aumento do comportamento hiperativo dos filhos/as em casa, dentre as possíveis consequências, o distanciamento social durante períodos de pandemia.

Já na condição de psicóloga e educadora, em 2021 e 2022, trabalhei numa escola no período da manhã, atuando no acolhimento de alunos do ensino fundamental e de seus pais/mães ou responsáveis. Nesse contexto, ficou evidente a necessidade e o desejo desses pais/mães em receber uma escuta ativa de suas demandas. Assim, iniciamos esse trabalho de escuta com os pais/mães ou responsáveis em dias esporádicos. Eles/as nos procuravam principalmente para dialogar e apresentar suas preocupações em relação aos seus filhos/as. Enfatizavam que essas crianças tinham dificuldades para se acomodarem na sala de aula, se divertirem com os colegas e se concentrarem em uma tarefa, tanto em casa quanto na escola. Diante disso, a preocupação dos pais era: como lidar com o comportamento desatencioso e hiperativo do filho/a?

Durante nossa rotina escolar, notamos que alguns pais/mães ou responsáveis eram incentivados e orientados por amigos, familiares e até mesmo pela escola a levar o filho/a que apresentava comportamentos hiperativos e desatentos a um médico, em geral, um Neuropediatra ou Psiquiatra Infantil, para avaliação. Isso ocorreu em virtude da tendência do filho/a em demonstrar impulsividade tanto em casa quanto na escola, conforme relatado pelos professores.

Quando uma criança apresentava um comportamento agitado e desobediente na sala de aula e em outros lugares físicos da escola, poderia ser encaminhada pelos professores à psicóloga da instituição escolar. Durante a conversa com os pais/mães ou responsáveis, a

psicóloga, geralmente, sugeria que os pais/mães ou responsáveis procurassem um acompanhamento psicológico ou um Neuropediatra, ou Psiquiatra Infantil para avaliar o comportamento hiperativo do filho/a. Após uma consulta médica, a criança estava sujeita a receber o diagnóstico de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) ou TOD (Transtorno Opositor Desafiador). Em muitos casos, a consulta da criança era seguida de uma receita de medicamentos, como Ritalina ou Risperidona.

Com base nas duas experiências relatadas, nas quais descrevemos o sofrimento psicológico dos pais/mães ou responsáveis durante o período de 2020 a 2022, nos motivamos a nos preocupar com o acolhimento e escuta clínica dos pais/mães em relação ao diagnóstico e tratamento do TDAH do filho/a.

Diante desse cenário, surge o problema de pesquisa desta dissertação de mestrado: qual o olhar dos pais/mães sobre o diagnóstico e o tratamento do TDAH atribuído ao seu filho/a?

O problema abordado neste estudo nos permitiu investigar as origens históricas do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e caracterizá-lo tanto do ponto de vista psiquiátrico quanto das perspectivas psicanalítica e psicossocial. Isso nos permitiu compreender a perspectiva dos pais/mães ou responsáveis em relação ao assunto em questão. É perceptível que, em geral, os pais/mães ou responsáveis estão atentos à dificuldade de lidar com os comportamentos de hiperatividade e impulsividade do filho/a, o que os leva a procurar ajuda psicológica e orientação multidisciplinar para lidar com esse desafio.

Nossa intenção é apresentar nesta dissertação duas abordagens teóricas distintas na área da saúde mental, a Psiquiatria e a Psicanálise. A Psiquiatria, geralmente, abordará a condição do TDAH sob a perspectiva biológica e do uso de medicamentos, enquanto a Psicanálise corroborará com o sujeito através da escuta ativa dos seus sofrimentos psicológicos.

Nossa prática clínica, fundamentada na abordagem psicanalítica, sobretudo freudiana, nos permitirá compreender o contexto atual do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). É crucial em que estejamos atentos ao acolhimento e à escuta dos pais/mães ou responsáveis quando solicitarem atendimento psicológico para o filho/a, uma vez que dificuldades de aprendizado e comportamento hiperativo são queixas frequentes entre eles.

Este estudo também nos instiga a refletir sobre o que elucidam Roy e Roy (2013), esclarecendo que nem sempre é necessário que a criança apresente problemas comportamentais que a enquadrem às diretrizes dos manuais de psiquiatria, como o DSM-5 (2014) e o CID-10 (1990), para receber o diagnóstico de TDAH. A categorização desse transtorno foi desenvolvida a partir de um modelo biológico e comportamental. Conforme destacado por Caponi e Brzozowski (2009), é crucial questionar a concepção de que o TDAH é um distúrbio puramente biológico, que pode ser identificado por meio de técnicas de neuroimagem e tratado com psicoestimulantes, como o metilfenidato, entre outros medicamentos.

De acordo com Caliman (2008), apesar dos avanços tecnológicos nos métodos de visualização cerebral, ainda não há um teste ou exame definitivo, como o eletroencefalograma, que identifique especificamente o TDAH. É crucial um acompanhamento multiprofissional, como psicólogo, psicopedagogo, fonoaudiólogo, médico, etc., além de considerar a escuta da criança para além das características dos sintomas, tendo em vista sua singularidade.

Silva (2016) explica que existe uma nova epidemia, o Transtorno do Déficit de Atenção e hiperatividade (TDAH), que está se espalhando com uma intensidade assustadora na sociedade atual e que atinge um número crescente de crianças. “Quem abre o DSM-4 volume 1, esgotado, e lê a tabela 1, que trata do TDAH, percebe que, dificilmente, uma criança não estaria na lista” (p.70).

De forma semelhante, é comum encontrar crianças em casa ou na escola com comportamentos que os pais/mães, responsáveis ou professores consideram "difíceis" devido a diversos fatores, como a resistência à aprendizagem ou aos cuidados diários dos pais/mães ou responsáveis, dificuldades no convívio familiar e escolar, apatia excessiva, a agressividade, entre outros. As crianças podem necessitar de apoio emocional e psicológico, sendo os pais ou responsáveis os primeiros a oferecerem a possibilidade e assistência necessária ao filho/a.

Com base no que foi apresentado, estabelecemos como objetivo geral deste estudo é compreender os sentidos atribuídos pelos pais/mães ou responsáveis sobre o diagnóstico e o tratamento do TDAH de seu filho/a. Para isso, definimos como objetivos específicos:

- a) Descrever as origens históricas e caracterizar o TDAH em relação ao diagnóstico e tratamento, sob a visão psiquiátrica;
- b) Apresentar o TDAH sob a perspectiva psicanalítica e a perspectiva dos pais/mães e responsáveis;
- c) Escutar os pais/mães ou responsáveis quanto às suas inquietações em relação ao diagnóstico, tratamento e convivência com o filho/a.

Esta pesquisa científica foi realizada através de uma revisão bibliográfica e pesquisa de campo. A revisão bibliográfica foi realizada por meio de sites de Bibliotecas Virtuais Científicas, selecionando artigos, revistas, relatórios, livros e outros materiais entre 1940 a 2024. A pesquisa de campo foi conduzida por meio de uma entrevista semiestruturada, utilizando um modelo de entrevista flexível. Escolhemos este tipo de entrevista para que os pais ou responsáveis entrevistados questionassem o assunto em questão de maneira livre, utilizando o que foi pensado e elaborado pela pesquisadora, e um caderno de campo para a pesquisadora registrar suas observações durante a pesquisa.

Com base nos resultados desta pesquisa científica, nossa intenção é proporcionar momentos de reflexão aos pais/mães e responsáveis que participaram desta pesquisa de campo e também a outros pais/mães de escolas públicas e privadas, a fim de proporcionar um ambiente de palestra e escuta que nos permita compreender os sofrimentos psicológicos relacionados ao diagnóstico e tratamento do TDAH do seu filho/a. Além disso, visaremos refletir em conjunto sobre os crescentes números de diagnósticos de TDAH na sociedade atual e ouvir dos pais/mães as razões pelas quais o conhecimento médico, como apontado por Menezes, Armando e Vieira (2014), é frequentemente idealizado e valorizado pela sociedade atual “como uma solução para todos os problemas da vida, o que acaba por alienar o sujeito do saber sobre seu sofrimento” (p.8).

Com o desejo de alcançar os objetivos delineados, iniciamos o desenvolvimento desta dissertação com o capítulo: TDAH: Histórico, Caracterização, Diagnóstico e Tratamento na perspectiva psiquiátrica. Em seguida, desenvolvemos os capítulos: TDAH: Perspectiva Psicanalítica; TDAH: Desafio/Cuidado e Aumento do Diagnóstico.

Em relação ao capítulo da metodologia de pesquisa, utilizamos uma entrevista semiestruturada com os pais/mães e responsáveis e, consoante os resultados obtidos, aplicamos a pesquisa teórica. Aqui, também apresentamos a descrição do local, dos participantes, dos instrumentos e dos procedimentos utilizados na pesquisa de campo visando investigar como os pais/mães veem o diagnóstico e o tratamento do TDAH atribuído ao seu filho/a.

Apresentamos, por fim, as conclusões desta pesquisa teórica, destacando os pontos mais relevantes sobre o tema, visando oferecer algumas contribuições para a prática clínica com os pais/mães e responsáveis de crianças com TDAH e em tratamento.

Dessa forma, espera-se que esta pesquisa seja uma ferramenta útil para o desenvolvimento de outras pesquisas relacionadas a essa temática.

2. TDAH: HISTÓRICO, CARACTERIZAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO NA PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA

Neste capítulo, abordaremos brevemente tópicos relativos à história, à caracterização, ao diagnóstico e ao tratamento do TDAH sob a perspectiva psiquiátrica. Inicialmente, apresentaremos aspectos gerais da evolução histórica do TDAH. Este transtorno é descrito no DSM-3 (1980), DSM-4 (1994) e o DSM-5 (2014), especificamente, como um conjunto de sintomas psiquiátricos de alta incidência e complexidade em crianças, seguindo critérios clínicos bem definidos para o diagnóstico de TDAH. Em seguida, apresentaremos a caracterização do TDAH por meio dos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Finalmente, abordaremos o diagnóstico e o tratamento do TDAH sob a perspectiva da psiquiatria. Vale ressaltar que todos os subcapítulos, a seguir, serão elaborados sob uma perspectiva psiquiátrica, para fornecer aos leitores desta dissertação breves informações sobre a origem histórica do transtorno em questão.

2.1. TDAH: Histórico

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido descrito de várias maneiras ao longo da história, apresentando uma variedade de conceitos e significados, além de divergências históricas. É importante salientar que não estamos elucidando se o diagnóstico de TDAH é verdadeiro ou se a condição patológica descrita não existe. No entanto, pretendemos trazer a trajetória histórica e compreender o seu contexto atual. Nosso objetivo nesse subcapítulo é examinar as etapas cronológicas da evolução do TDAH enquanto patologia, procurando compreender seu desenvolvimento ao longo da história.

Caliman (2010, p. 52), o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) teve seus primeiros registros na medicina na metade do século XIX. Assim, nessa época, “a história do TDAH em crianças era descrita como um defeito de controle moral, frequentemente associado à deficiência mental leve ou moderada, afetada por encefalite letárgica”.

Continuando, Caliman (2010, p. 55) enfatiza que a preocupação com a formação moral e educacional das crianças era um “assunto médico recorrente na primeira metade do

século XIX”. Desde então, as crianças que não conseguiam manter o controle de suas capacidades mentais, tais como a interação com outras crianças ou com as pessoas ao seu redor, a perda de concentração e o comportamento agitado, levados ao descontrole da vontade própria, foram consideradas como tendo distúrbios do controle moral e não era um déficit cognitivo.

Neste século, Caliman (2010) ainda elucida a questão que as crianças identificadas no campo da medicina como tendo um defeito do controle moral, “o vocábulo foi substituído por imbecil moral, e estimulou a admissão de inúmeras crianças e adolescentes amorais e imorais em hospitais psiquiátricos” (p.55) nas prisões britânicas.

Rezende (2016, *apud* Carvalho, et al., 2022, p.5) apresentam, de maneira geral, algumas etapas cronológicas da evolução do TDAH como patologia, conforme segue:

Em 1932, Franz Kramer (1878 – 1967) e Hans Pollnow (1902 –1943) publicaram estudos sobre a doença hipercinética na infância, um transtorno que causa grande inquietação motora. Esses médicos enfatizaram mais a impulsividade e a agitação do que os aspectos morais. Apesar de acreditarem que se trata de uma característica infantil, eles observaram que o transtorno poderia persistir na vida adulta;

Em 1940, passou-se a conhecer o novo conceito de lesão cerebral mínima, que se fundamentava na ideia de que uma lesão mínima no cérebro causaria comportamentos hiperativos e alguns transtornos, em diferentes graus de severidade.

A história oficial do TDAH, segundo Caliman (2010), remonta ao conceito de dano cerebral mínimo, classificado por transtornos de comportamento, associados a uma causa orgânica desconhecida e complexa. Além disso, a autora ainda elucida que, antes da publicação do DSM-3 em 1980, “o transtorno da criança hiperativa era encontrado nas descrições psiquiátricas devido ao excesso de movimentos e à dificuldade de inibir impulsos” (p.50).

A ênfase diagnóstica, a partir de então, se concentrava em:

Em 1970, a ênfase diagnóstica, até então centrada na hiperatividade, concentrou-se no sintoma da desatenção. Mesmo auxiliadas pelas tecnologias visuais e cinematográficas, a análise das patologias do movimento não se adequava às exigências do novo olhar psiquiátrico em formação. A entidade foi renomeada e o diagnóstico mais uma vez ampliado: o transtorno podia ocorrer com ou sem a presença do elemento hiperativo (Caliman, 2010, p. 50).

No entanto, Caliman (2010) ressalta que, a partir da publicação do DSM-3 em 1980, o transtorno de agitação motora foi renomeado para Transtorno de Déficit de Atenção (TDA), podendo ocorrer com ou sem hiperatividade, como mencionado anteriormente.

Caliman (2009), enfatiza que houve um aumento significativo no interesse psiquiátrico, especialmente nos Estados Unidos. Dessa forma, a avaliação neurológica de problemas de desenvolvimento cerebral se tornava cada vez mais relevante nos estudos de neurociência. Inicialmente, pesquisas como a Tomografia Computadorizada (TC) buscavam identificar anomalias em áreas cerebrais específicas, enquanto outras técnicas, como a Eletroencefalografia Quantitativa (qEEG), analisavam a atividade cerebral durante tarefas específicas, como distúrbios de movimentos e alterações na memória/déficit de memória.

Para Okamoto et al. (2016, p. 704), a partir do DSM-3, “a psiquiatria biológica ganhou relevância e passou a interpretar os transtornos mentais considerando uma conexão entre a neuroquímica cerebral e o comportamento apesentado”. No contexto do DSM-3, em 1980, o sofrimento psicológico, sob a perspectiva médica, era caracterizado pela dificuldade de enxergar a pessoa de forma individualizada e pela tentativa de explicar o comportamento humano a partir da atividade cerebral.

Couto et al. (2010, p. 244) afirmam que o TDAH é evidenciado, em geral, pelo Psiquiatra Infantil, havendo um "conjunto de aspectos biológicos, genéticos e cerebrais. As evidências que sustentam essa ideia provêm de estudos neurológicos, a partir de técnicas de imagem cerebral e estudos de biologia molecular”.

Além disso, vejamos o seguinte:

A teoria científica atual defende que no TDAH existe uma disfunção da neurotransmissão dopaminérgica na área frontal (pré-frontal, frontal motora, giro cíngulo); regiões subcorticais (estriado, tálamo médiodorsal) e a região límbica cerebral - núcleo acumbens, amígdala e hipocampo (Couto, et al., 2010, p.244)

No que concerne às nomenclaturas do transtorno de desatenção e hiperatividade, Rohde et al. (2000, p.7) elucidam que as nomeações no CID-10¹ (1990) e no DSM-4 (1994),

¹ A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças (CID 10) é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. A CID 10 fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código CID 10 <https://www.medicinanet.com.br/cid10.htm>

apresentam semelhanças na relação dos sintomas, “apesar de terem nomenclaturas diferentes (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade no DSM-4 e Transtornos Hipercinéticos na CID-10)”.

Caliman (2009, p. 142) diz mais uma vez que a “realidade patológica” é um sofrimento, dor ou condição desfavorável para uma pessoa. Nem sempre é clara e satisfatória no discurso médico. “No campo da psiquiatria, as fronteiras entre o normal e o patológico é especialmente complexo, necessitando de definição precisa”². A questão de como delinear essas fronteiras permanece oculta, sem uma resposta definitiva até hoje.

A terminologia empregada na investigação do TDAH sofreu mudanças significativas no decurso da história. É possível rever e conhecer algumas delas, conforme segue:

Quadro 1 - Terminologia para o TDAH ao longo do tempo

Ano	Nomenclatura	Contexto histórico
1940	Lesão cerebral mínima	Não foi aceito pela dificuldade de confirmação de uma lesão
1960	Disfunção cerebral mínima	Proposto pelo DSM-1. Alterou a ideia de estrutura para função
1968	Reação Hipercinética da Infância e da Adolescência	Proposto pelo DSM-2 que não definiu critérios de diagnóstico
1980	Transtorno de Déficit de Atenção	Proposto pelo DSM-3. Incluiu a condição de desatenção e impulsividade associada ou não à hiperatividade
1980	Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade	Declaração aprovada durante a revisão do DSM-3
1994	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	Proposto pelo DSM-4. Inclui critérios diagnósticos bem estabelecidos

² CALIMAN, Luciana Vieira. A constituição sócio médica do "fato TDAH". *Psicologia & Sociedade*, v. 21, n. 1, p. 135–144, jan. 2009, p. 142.

2014	Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade	Proposto pelo DSM-5
------	--	---------------------

Fonte: APA (2014 *apud* Tonetto, et al.,2021, p. 55)

Em consonância com Tonetto et al. (2021, p. 55), existem dois principais métodos de classificação para o TDAH: o primeiro é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, criado pela “Academia Americana de Psiquiatria (APA, 2014), e a segunda classificação está no código F90 da 10ª edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-10/1990), elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1990)”. Matos et al. (2005, p. 313) explicam que o DSM-4 é um sistema de classificação e diagnóstico de distúrbios mentais que se baseia em categorias, sendo utilizado principalmente na prática clínica e na pesquisa em psiquiatria. Ademais, "O DSM-4 é, portanto, um manual diagnóstico e estatístico adotado pela APA/2014, e está correlacionado com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 da Organização Mundial da Saúde (OMS)".

No entanto, Caliman (2009) salienta que a constituição social e científica do TDAH não se resume à natureza real e biológica:

O processo de constituição social e científica do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade não se resumiu, e não se resume, à interrogação sobre sua natureza real e biológica. Ele é formado por outras questões de caráter político, ético, econômico e moral que dialogam com as exigências da economia da atenção atual. O diagnóstico do TDAH nasceu, se desenvolveu e se fortaleceu no cerne de uma economia na qual o indivíduo bem-sucedido, produtivo e feliz é o auto-gestor atento, consciente, racional e prudente. Nesta economia, não há limites para as exigências de atenção. E, na busca pela sua maximização, todo indivíduo será um pouco desatento (p. 143).

A história do TDAH continua em diversos estudos da psiquiatria sobre este transtorno, que vão além do que apresentamos aqui. Como mencionado anteriormente, a sua trajetória, em geral, pode estar relacionada a questões políticas, éticas, econômicas e morais, conforme as demandas da economia de atenção atual.

2.2. TDAH: Caracterização

De antemão, queremos continuar este estudo, trazendo as características do TDAH sob a perspectiva médica, como é a proposta inicial deste capítulo, visando trazer mais dados sobre este transtorno, especificamente na criança. A seguir, abordaremos alguns dados do TDAH obtidos através do DSM-5, da Associação Brasileira do Déficit de Atenção e do Ministério da Saúde, dentre outros autores que tratam desse assunto em estudo.

Em relação ao DSM-5, o TDAH é caracterizado como:

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar – sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento (2014, p. 76).

O TDAH, segundo o DSM-5 (2014), é baseado em fenômenos observáveis e mensuráveis que permitem agrupar e definir o comportamento por meio da inclusão ou exclusão de certas condutas da criança. Ademais, “as características comportamentais associadas podem incluir baixa tolerância à frustração, irritabilidade ou labilidade de humor” (p. 104). Dessa forma, o comportamento sintomático característico da criança, o qual é o mais frequente no transtorno, está relacionado à desatenção, hiperatividade e impulsividade. Independentemente do método clínico de classificação empregado, crianças com TDAH são facilmente identificadas em ambientes clínicos, escolares e domésticos.

Há características que podem predispor, de acordo com o DSM-5 (2014) e Pires et al. (2012), algumas crianças ao TDAH, mas não são totalmente exclusivas para a existência desse transtorno. A seguir, alguns exemplos:

Ambiental

Pires et al. (2012, p. 625) enfatizam que as “brigas conjugais severas entre os pais/responsáveis são um dos principais fatores ambientais” que, provavelmente, estão diretamente relacionados a sofrimentos psicológicos e ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças. No DSM-5 (2014, p.105) considera que, possivelmente, “o TDAH está relacionado à exposição da mãe ao fumo e ao álcool durante

a gravidez, abuso físico na infância e infecções (como a encefalite)". Os fatores ambientais de risco podem contribuir para o desenvolvimento deste transtorno infantil decorrente.

Genético, biológico e Fisiológico

Para Pires et al. (2012, p. 625), fatores genéticos e biológicos são relevantes no desenvolvimento do TDAH na literatura científica, assim como a "contribuição psicossocial" na qual a criança se desenvolve, já mencionada no fator ambiental. De acordo com o DSM-5 (2014, p. 105) "o TDAH é elevado nos parentes biológicos em primeiro grau de pessoas com TDAH, deficiências visuais e auditivas, distúrbios do sono, deficiências nutricionais e epilepsia devem ser considerados possíveis influências sobre os sintomas de TDAH".

Consideremos também o que Rohde et al. (2000) afirmam sobre cada descrição da caracterização do TDAH, utilizando dados clínicos sobre o comportamento da criança. Vejamos algumas características específicas de cada um deles:

Desatenção: dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; parecer não ouvir quando lhe dirigem a palavra; não seguir instruções e não terminar tarefas escolares e domésticas. Hiperatividade: ter dificuldade em brincar ou se concentrar em atividades de lazer; agir constantemente de forma acelerada e falar em excesso. Impulsividade: ter dificuldade em esperar a sua vez com frequência; e interromper ou se envolver em conversas ou atividades de outras pessoas com frequência (p. 7).

O TDAH, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014), tem seu início na infância. Além disso, o manual salienta que, há sintomas, dentre os três citados anteriormente, "alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção estão presentes antes dos 7 anos e vários outros sintomas desatento ou hiperativo - impulsivo presentes antes dos 12 anos" (p. 929).

Em relação ao tempo de duração e à persistência que podem indicar a presença do TDAH em crianças, é importante considerar o que Rohde et al. (2000) nos trouxeram como exemplo:

Duração: Normalmente, as crianças com TDAH apresentam uma história de vida desde a idade pré-escolar com a presença de sintomas, ou, pelo menos, um período de vários meses de sintomatologia intensa. Persistência: Os sintomas de desatenção e/ ou hiperatividade/impulsividade precisam ocorrer em vários ambientes da vida da criança (por exemplo, escola e casa) e manterem-se constantes ao longo do período avaliado (p.7).

Rohde et al. (2000) ainda elucidam que é crucial considerar que sintomas encontrados somente em casa ou na escola podem indicar uma ligação com o ambiente, como uma família caótica ou pressões de padrões sociais. Além disso, é importante reconhecer que os sintomas de “desatenção, hiperatividade ou impulsividade, mesmo quando isoladas, podem ser sintomas resultantes de vários problemas nas relações da criança com pais, colegas, amigos” (p. 7), podendo proporcionar outros problemas comuns na infância, como o Transtorno Opositor Desafiador (TOD).

De acordo com a Associação Psiquiátrica Americana - APA (2014, p. 61), “atrasos leves no desenvolvimento linguístico, motor e social não são exclusivos do TDAH”, embora sejam comuns nesse transtorno. Além disso, pode existir, características como baixa tolerância à frustração, irritabilidade e mudanças de humor podem estar relacionadas. O comportamento desatento observado em pessoas com TDAH está relacionado a diversos processos cognitivos subjacentes. Essas crianças também podem apresentar dificuldades em testes que avaliam atenção, função executiva ou memória, embora esses testes não sejam suficientemente precisos ou específicos para o diagnóstico do TDAH por si só.

A Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA, 2019) esclarece mais uma vez que, o TDAH é um transtorno neurobiológico de origem genética que se manifesta na infância e, geralmente, persiste ao longo da vida. O TDAH é um transtorno complexo e multifatorial, com uma variedade de sintomas que se manifestam de formas diversas, o que reflete a evolução da sua descrição como patologia ao longo do tempo.

Finta et al. (2021) nos apresentam mais alguns exemplos de sintomas e suas características no TDAH:

Classifica-se de acordo com a duração (maior que seis meses, intensidade sintomatologia de alta intensidade), locais em que aparecem (escola, casa, entre outros), sua persistência e sua constância com o decorrer do tempo (TDAH possui sintomas de maneira contínua, ausência de flutuações), grau de prejuízo, deficiências no desenvolvimento da criança e também suas consequências (p. 22007).

No entanto, Santos (2010, p. 22) sustenta que, enquanto o saber médico aponta o déficit de uma pessoa em função de uma doença neurológica, sinalizando um fator determinante biológico para sua existência, “há uma chamada subliminar que desculpabiliza o sujeito colocando-o a mercê de seus sintomas. O foco passa a ser a doença e não o sujeito e suas infindas possibilidades de lidar com seus sintomas”.

Além disso, Santos (2010) elucida:

A intervenção médica consiste, basicamente, no controle dos impulsos e na adaptação social desses sujeitos, uma vez que não há cura para tal transtorno. Deste modo, cabe ao medicamento equilibrar o excesso de estímulos orgânicos que incidem sobre essas crianças enquanto que a responsabilidade pela contenção e pelo controle dos fenômenos comportamentais que extrapolam as normas sociais ficam a cargo da família (p.26).

Também, Santos (2010, p. 23) destaca que as características individuais de quem realiza essas observações exercem influência no diagnóstico, "cuja definição está sujeita às normas e padrões estabelecidos pelo grupo social em que a criança está inserida, dentro de sua cultura". É possível inferir que a intensidade do desconforto causado por esses comportamentos na sociedade, em geral, está diretamente relacionada à cultura e aos valores individuais desse grupo. Este comportamento pode ou não ser considerado socialmente como um problema psicopatológico na existência do indivíduo.

Neste subcapítulo, foi apresentado algumas características do TDAH, seus sintomas e possíveis origens. Agora, concentraremos nossa atenção no diagnóstico e no tratamento do TDAH sob a perspectiva psiquiátrica. A seguir, abordaremos autores que discutem o TDAH em crianças com hiperatividade e desatenção, bem como a recomendação do uso de metilfenidato após o diagnóstico médico.

2.3. TDAH: Diagnóstico/Tratamento

Este subcapítulo tem como foco principal o diagnóstico do TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) e tratamento em uma abordagem psiquiátrica. Quanto ao diagnóstico, é geralmente feito pelo Psiquiatra Infantil ou Neuropediatra a partir dos sintomas em uma condição clínica e psicológica. Quanto ao tratamento, o médico receita medicamentos, especialmente o metilfenidato, sendo o mais indicado, sobretudo, para crianças com diagnóstico de TDAH.

Kamers (2018, p. 21) afirma que nos últimos anos, houve um aumento significativo no número de diagnósticos de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) na infância e uma crescente demanda por medicamentos psicoestimulantes para "crianças em idade escolar. Este fenômeno se apresenta como uma verdadeira epidemia". Em várias classes sociais, o número de diagnósticos de TDAH em crianças, geralmente, cresce significativamente.

Faria (2024, n. p.) elucida que “dados de uma empresa de conteúdo e serviços para a indústria farmacêutica – a Close-up – o mercado de medicamentos para TDAH cresceu de 30,9% a 43,6% em 2023 em relação ao ano anterior em R\$ 1 bilhão em faturamento”. Ou seja, estudos sobre o TDAH mostram que, em geral, cerca de "70% ou 80% as pessoas" com esse transtorno têm uma resposta positiva ao tratamento com metilfenidato. Cujo referido autor apresenta a importância que “o uso desses medicamentos seja acompanhado com cautela por um profissional de saúde devido ao potencial efeitos colaterais, tais como insônia, perda de apetite e alterações de humor.”³

De acordo com o Ministério da Saúde – Saúde Mental (2022, n.p.) a Associação Brasileira do Déficit de Atenção – ABDA elucida que “o número de casos de TDAH variam entre 5% e 8% a nível mundial. Estima-se que 70% das crianças com o transtorno apresentam outra comorbidades e pelo menos 10% apresentam três ou mais comorbidades.”

A seguir, apresentamos algumas das possíveis comorbidades associadas ao TDAH:

Quadro 2 - TDAH e comorbidades

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	1º) Transtornos do humor (unipolar ou bipolar);
	2º) Transtorno desafiador e de oposição
	3º) Transtornos de ansiedade;
	4º) Transtornos de personalidade, especialmente, transtorno de personalidade <i>borderline</i> e antissocial;
	5º) Distúrbios do sono, especialmente a síndrome das pernas inquietas e a hipersonolência, podem compartilhar

³ FARIA, Leonardo. Tratamento do TDAH: uma revisão atual dos principais medicamentos e terapias com eficácia comprovada. Meu cérebro, 2024, n. p. Disponível em: <https://meucerebro.com/artigos/> Acesso em: 12 de julho de 2024.

mecanismos fisiopatológicos comuns com o TDAH.

Fonte: Ministério da Saúde (2022, p. 2).

Dessa forma, o Ministério da Saúde (2022, p. 14) aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade e esclarece que “as dificuldades em reconhecer os sintomas do TDAH resultam em diagnóstico incorreto ou em fatores de compensação alternativos pouco efetivos”. Por exemplo:

A hiperatividade é mais frequentemente internalizada por sensações de inquietação e os sintomas de desatenção podem ser mascarados por sintomas de ansiedade ou o paciente pode utilizar-se de estratégias obsessivas de compensação dos sintomas. É fundamental que o clínico responsável consiga fazer o diagnóstico diferencial e das comorbidades presentes, visto que o tratamento e prognósticos são bastante distintos entre essas condições. Em crianças com TDAH podem aparecer simultaneamente distúrbios de humor, conduta, aprendizado, controle motor, linguagem e comunicação (MS, 2022, p. 14).

O Ministério da Saúde (2022) continua a esclarecer que, apesar de ser comum o diagnóstico de TDAH na infância, também é frequente que seja realizado na adolescência e na fase adulta. Bem como, “as evidências científicas comprovam sua permanência na fase adulta, com uma taxa estimada entre 2,5% a 3%. No Brasil, 7,6% das crianças e adolescentes têm TDAH entre 6 e 17 anos” (p. 7).

À vista disso, Tuchtenhagen (2007) apresenta que o comportamento humano é influenciado sob diferentes fatores internos e externos, uma vez que envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais (como já foi mencionado acima). Ao ver o ser humano de forma integral, é possível compreender a sua história de vida, o meio social, os estágios de desenvolvimento e as influências do ambiente familiar e social. Isso nos ajuda a compreender de forma mais aprofundada as mudanças de comportamento causadas pelo sofrimento psicológico em relação ao seu estilo de vida, provenientes de diversas etapas do desenvolvimento humano.

No DSM-5 (2014), encontramos que, para o diagnóstico clínico de TDAH, é necessário atender aos requisitos presentes nesse manual diagnóstico, como “padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade deve ser persistente por mais de seis meses e ter sua origem antes dos sete anos de idade” (p. 103). Ademais, o manual ressalta que é esperado que as manifestações sintomáticas causem um grande impacto em

pelo menos dois ambientes distintos, como em casa e na escola, o que, em geral, prejudica o desenvolvimento da criança nos relacionamentos interpessoais.

Dessa forma, Santos e Schmidt (2023, p. 41) salientam que:

O problema não reside nos critérios do DSM-5, mas sim no uso deles, como, por exemplo, para enquadrar as crianças no diagnóstico, sem considerar a constituição subjetiva delas. Se considerarmos que, por trás da desordem, da hiperatividade, da desatenção e da impulsividade, há uma criança que está sofrendo, a psicoterapia psicanalítica com crianças é essencial, uma vez que tem em vista compreender o sofrimento único de cada criança.

No que se refere à avaliação do transtorno, segue critérios bem delimitados, como os encontrados no DSM-5 (2014, p. 557). Contudo, Graeff e Vaz (2008) salientam que a avaliação baseada apenas neste manual não é suficiente para confirmar o diagnóstico clínico de TDAH, mas sua interpretação pode ser subjetiva. A participação de uma equipe multidisciplinar é necessária para garantir a precisão do diagnóstico. Cujos referidos autores ainda afirmam que “a troca de informações entre profissionais de diversas áreas, como psiquiatras e psicólogos, por exemplo, pode ser útil” (p. 349) na compreensão dos sintomas da criança.

Santos e Vasconcelos (2010) ressaltam que a decisão de iniciar o tratamento farmacológico é fundamentada principalmente na gravidade dos sintomas fisiológicos apresentados pela criança com TDAH, considerando também a possibilidade de ela apresentar outros transtornos associados, como “transtorno de conduta, dificuldades de aprendizagem, depressão e ansiedade” (p.719). Quanto aos “medicamentos atualmente aprovados pela ANVISA para o tratamento de TDAH no Brasil incluem cloridrato de metilfenidato e dimesilato de lisdexanfetamina” (CONITEC, 2020, p. 15). Ademais, os remédios estimulantes, conforme prescrição médica, têm como objetivo melhorar a habilidade de concentração, memória e atenção da criança, tornando-a mais produtiva em atividades diárias em casa quanto na escola.

Finta et al. (2021), elucidam que:

O metilfenidato, chamado comercialmente de Ritalina ou de Concerta, age diretamente no sistema nervoso central, impedindo a recaptação da dopamina e da noradrenalina e promovendo uma ativação do córtex e uma melhora no padrão de alerta no paciente. Essa inibição faz com que a remoção destas catecolaminas, presentes nas fendas sinápticas, não seja realizada, aumentando, dessa forma, o seu tempo de ação. Todo esse mecanismo tem como consequência a produção de

neurotransmissores que são essenciais na regulação do humor, da atenção e da memória do indivíduo (p. 22008).

De acordo com Santos e Vasconcelos (2010), o metilfenidato é um estimulante bastante utilizado no Brasil em crianças na faixa etária de escolaridade. O medicamento está “disponível em duas versões: uma com ação imediata e outra com ação mais prolongada” (p. 720). Em uma situação de ação rápida e prolongada, segundo os autores, a Ritalina® 10 mg é o medicamento mais requisitado nas farmácias para tratar o TDAH, com efeitos mais frequentes que podem durar de 3 a 4 horas. Outra modalidade com maior tempo de efeito chegando até 10 a 12 horas a Ritalina LA ® 54 mg.

Entretanto, vejamos:

Do ponto de vista neuroquímico, parece haver consenso da participação predominante da dopamina e da noradrenalina, sobretudo pelo fato das principais drogas utilizadas no tratamento do TDAH atuarem como agonistas indiretos desses neurotransmissores, a exemplo dos psicoestimulantes da classe das anfetaminas, por exemplo, metilfenidato (Santos e Vasconcelos, 2010, p. 719).

Consequentemente, Landman (2015, *apud* Kamers, 2016, p. 520) também explica a evolução da “clínica psiquiátrica, que até então repousava sobre a observação e hipóteses teóricas metapsicológicas e, aos poucos, foi cedendo lugar para uma clínica fármaco-induzida”. Nesse novo paradigma, os sintomas passaram a ser interpretados a partir da resposta aos medicamentos. A ação desses medicamentos tende a atenuar ou eliminar os sintomas, sugerindo que tais sintomas foram causados por um desequilíbrio químico que os medicamentos visam corrigir.

Santos (2010) enfatiza que os medicamentos indicados para “o tratamento o TDAH são os mesmos, tanto para adultos quanto para crianças. Ou seja, a diferenciação se limita à dosagem e às combinações de mais de um medicamento” (p.26). Além disso, em alguns casos, essa combinação é necessária para atingir os objetivos almejados, uma vez que não há uma única medicação capaz de amenizar a variedade de sintomas que surgem nesse transtorno.

Kamers (2016, p. 520) elucida que essa teoria medicamentosa é usada pela “psiquiatria biológica para justificar o diagnóstico e a prescrição medicamentosa, em um contexto onde vemos fenômenos de crença”, um entusiasmo quase religioso. Algumas teorias são sustentadas por “especulações e hipóteses, sendo apresentadas ao público como

se fossem comprovadas cientificamente”⁴, ressaltando a relevância de abordagens críticas e baseadas em evidências na prática clínica e na pesquisa médica.

Kamers (2013) esclarece em seu artigo “A fabricação da Loucura na Infância...” que:

As crianças são encaminhadas pela escola ao psicólogo, que por sua vez encaminha a criança ao neuropediatra, que prescreve a medicação, geralmente Ritalina ou Risperidona. Em outras ocasiões, a escola nem chega a encaminhar ao psicólogo, mas, diretamente ao neuropediatra ou psiquiatra infantil, que geralmente identifica na criança um quadro de TDAH ou Transtorno Opositor, prescrevendo o tratamento farmacológico (p.154).

Em seguida, Viégas e Oliveira (2014, p. 55) salientam que “há um forte jogo de interesses políticos e financeiros” que influenciam o crescimento das patologias e dos medicamentos, assim como a própria existência do TDAH. Além disso, o crescimento da indústria farmacêutica cresce financeiramente de forma exorbitante com a venda de medicamentos para o TDAH e outros transtornos presentes na sociedade atual.

Caliman (2006) destaca que quase todas as patologias listadas na "bíblia psiquiátrica americana" (p. 76) apresentam problemas de desatenção, concentração, impulsividade e déficit de inibição. Na prática clínica, o TDAH muitas vezes está associado ao diagnóstico de outras condições (comorbidades) ou quadros patológicos frequentemente observados em pessoas com TDAH. “Essa "co-aparição sugere que o TDAH pode ser a patologia principal ou original, e sua presença pode contribuir para o desenvolvimento de outros quadros patológicos.”⁵

Conforme Gaspar e Hounie (2013), o tratamento geralmente tem início com o uso de metilfenidato de ação curta, visando uma distribuição eficaz da dose a necessidade da pessoa com TDAH. Comumente, após alcançar a evolução do paciente, as características específicas do transtorno, eventuais condições psiquiátricas associadas, o perfil de efeitos

⁴ KAMERS, Michele. A falsa epidemia do TDAH e os impasses no uso da metodologia DSM na infância. **Estilos clín.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 516-527, ago. 2016, p. 520.

⁵ CALIMAN, Luciana Vieira. **A biologia moral da atenção: a constituição do sujeito (des)atento.** Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Ortega. 2006. 176 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro de Biomédico Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006, p. 76.

colaterais observados e a “situação financeira do paciente ou de sua família, o metilfenidato de ação curta entre “0,4 e 1,3 mg/kg/dia” pode ser substituído pelo de ação prolongada” (p. 34), levando-se em conta a relação de doses entre as diferentes formulações disponíveis.

Gaspar e Hounie (2013) elucidam que:

Em alguns estados brasileiros o metilfenidato de curta duração está disponível na rede pública. As outras formulações somente estão disponíveis nas farmácias particulares. Todos os estimulantes devem ser receitados na receita (amarela) do tipo A. A quantidade máxima a ser prescrita é a utilizada em 30 dias de tratamento. Prescrições fora dessa norma devem ser acompanhadas de justificativa (p.33).

Do mesmo modo, Caliman (2006) sustenta que, ao tomar a medicação (Metilfenidato), a neuroquímica cerebral tende a aumentar a atenção e a concentração, diminuindo a impulsividade no comportamento da pessoa. Ademais, ressalta-se que a vivência de ter ou ter uma “identidade normal ou autêntica” (p.136) está relacionada ao efeito neuroquímico do remédio. Dessa forma, é o funcionamento do cérebro que, em geral, dá à pessoa a sensação de estar e pertencer ao mundo.

Por isso, Jorge (2020), elucidada que:

O livro "Todos hiperativos", escrito por Patrick Landman⁶ em 2019, faz uma crítica ao uso contínuo e ininterrupto da substância metilfenidato, presente em medicamentos como Ritalina, no tratamento de crianças e adolescentes com TDAH. Não por acaso, a ênfase na causalidade orgânica estrita favorece a crença no tratamento psicofarmacológico e no uso excessivo do metilfenidato, apesar de se saber que os laboratórios farmacêuticos têm um papel relevante na disseminação dessa crença. Eles apoiam pesquisas que promovem avaliações tendenciosas, ou seja, favorecem a seleção dos resultados obtidos e dificultam a divulgação daqueles considerados desfavoráveis (p. 159).

Por outro lado, Caliman (2006) diz que, geralmente, os medicamentos para o tratamento do TDAH são indicados para situações em que se espera que a criança seja mais produtiva do que se espera dela. No entanto, os pais/mães têm a opção, conforme a orientação médica, de suspender ou não a medicação do filho/a durante as férias escolares. Nesse contexto, "as férias escolares são também férias medicamentosas" (p. 141), o que deve

⁶ Patrick Landman é psiquiatra, psicanalista e jurista. É autor de obras sobre Psicanálise como a Psicanálise Resistirá ao Tempo? Elementos Clínicos da Exclusão.

ser alternado com intervalos para descanso, uma vez que o uso constante de medicamentos e seus efeitos colaterais são frequentes durante o ano letivo.

De acordo com Gaspar e Hounie (2013, p. 34), é crucial que o médico acompanhe as alterações de comportamento da criança em relação às "alterações no sono que são comuns no TDAH" durante o tratamento. O Neuropediatra ou Psiquiatra Infantil, em geral, deve orientar os pais/mães e responsáveis sobre como lidar com o diagnóstico e o tratamento de seus filhos/as no dia a dia. Sendo assim, os autores ainda enfatizam que a dose inicial de metilfenidato deve ser reduzida para crianças de 4 e 5 anos, aumentando gradualmente, conforme necessário.

Quanto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária na Resolução DC/ANVISA Nº 784 DE 31/03/2023 classifica o metilfenidato como uma substância psicotrópica (entorpecente), que requer uma prescrição no formulário do tipo — A, o qual é emitido em papel de cor amarela. Esta cor é designada para indicar substâncias que podem causar dependência física ou psíquica, conforme listado pela Convenção Única sobre Entorpecentes.

Carvalho et al. (2022, p.6) elucidam que “o TDAH é um transtorno complexo, multifatorial que possui uma sintomatologia diversificada, cuja história caminha juntamente com seu processo evolutivo de descrição como patologia”. Gomes et al. (2023) também ressaltam que o diagnóstico de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade é uma tarefa complexa que requer um olhar atento do profissional nas áreas da saúde e educação envolvidas, uma vez que requer a atenção da clínica médica, além das “observações dos familiares” (p.23).

Para agrupar os problemas de hiperatividade, agitação e distração sob a denominação diagnóstica de TDAH na infância, sobretudo, foi editada no Brasil a Lei nº 14.420, de 20 de julho de 2022, estabelece a Semana Nacional de Conscientização sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) no dia 1º de agosto de cada ano, conforme publicado no Diário Oficial da União em 21 de julho de 2022. Art. 2º A Semana Nacional de que trata o caput deste artigo tem por objetivo promover a conscientização sobre a importância do diagnóstico e tratamento precoces em indivíduos com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Seu objetivo é promover a conscientização da população sobre a importância do diagnóstico e tratamento precoce do TDAH.

No capítulo seguinte, apresentamos o TDAH sob a perspectiva psicanalítica, com o objetivo de ultrapassar a visão médica convencional, explorando novos paradigmas clínicos.

3. TDAH: PERSPECTIVA PSICANALÍTICA

A maior riqueza do homem é a sua incompletude. Nesse ponto sou abastado. Palavras que me aceitam como sou - eu não aceito. Não aguento ser apenas um sujeito que abre portas, que puxa válvulas, que olha o relógio, que compra pão às 6 horas da tarde, que vai lá fora, que aponta lápis, que vê a uva etc. etc. Perdoai Mas eu preciso ser Outros. Eu penso renovar o homem usando borboletas. (Manoel de Barros, 1998)

Neste capítulo, pretendemos transcender a visão médica apresentada pela Neuropediatria e Psiquiatria Infantil e focar em outras perspectivas de compreensão apresentadas pela Psicanálise. Esta etapa da escrita aspira ampliar, de forma breve, a nossa compreensão sobre o assunto em questão.

3.1. TDAH: Breve Perspectiva Psicanalítica

De antemão pretendemos iniciar este subcapítulo a partir do que Tonetto et al. (2021) abordam-no artigo "Contribuições Psicanalíticas para o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade [...]" elucidando que o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é considerado o principal transtorno do neurodesenvolvimento em crianças. A causa desse transtorno ainda não está completamente compreendida, o que permite a formulação de diversas hipóteses médica. Nesse cenário, os referidos autores ainda esclarecem que “a psicanálise possibilita analisar essas realidades psíquicas, como [...] entrelaçamento entre fatores inconscientes e a realidade exterior, tendo em conta os aspectos biológicos e as raízes sociais” (p.74).

Santos (2010) diz que é sabido que as patologias do excesso, como, por exemplo, o TDAH serão dificilmente descritas com medicamentos e ajustes de comportamento. Dessa forma, “cabe a psicanálise trabalhar de modo a promover a restituição da dimensão singular das manifestações sintomáticas” (p. 32), permitindo que se crie uma solução para o sofrimento que seja própria do sujeito, e não apenas a extinção do sintoma e o acolhimento passivo de uma solução que surge, exclusivamente, do campo do outro.

Tonetto et al. (2021, p 55) enfatizam que para elucidar o estudo do TDAH, a Psicanálise no entendimento do TDAH é mencionado na segunda edição do DSM e “agrupados dos problemas de hiperatividade, agitação, distração e falta de concentração eram agrupados sob a denominação do diagnóstico de reação hipercinética na infância” (p. 57). Além disso, a criança hiperativa não apenas responde às “circunstâncias de vida que a

afetam, mas também se protege delas, recorrendo sintomas do transtorno como uma forma de defesa”⁷.

Confira o que Freud (1924 [1923], *apud* Tuchtenhagen, 2007) afirma sobre Psicanálise e Medicina:

É histórico o paralelismo existente entre a psicanálise e a medicina. Já em 1924, Freud descreveu os movimentos dos neurologistas da época, que vinculavam certas funções mentais a determinadas partes do cérebro sem considerar o fator psíquico. Por conseguinte, também não conseguiam encontrar formas de abordar as doenças mentais. Com a hipnose, Freud demonstrou que havia mudanças somáticas por influência mental, provando a existência de processos mentais inconscientes (Tuchtenhagen, 2007, p. 21).

O paralelismo histórico entre a Psicanálise e a Medicina apresenta uma grande variedade de conteúdos que não temos a intenção de apresentar neste subcapítulo devido à sua complexidade. Sendo assim, sucintamente, apresentamos a Psicanálise e a Medicina a partir do que Birman (2003, p. 33) nos diz que, “no início de 1890, no ensaio sobre as afasias,⁸ Freud concebeu o psiquismo como um aparelho de linguagem”, ou seja, as experiências vividas pelos indivíduos. Com base nessa ideia, surge o tratamento psíquico que enfatiza a linguagem. Isso causou incômodo à medicina positivista da época, que, geralmente, não dava relevância em escutar o paciente na prática clínica. Isso quer dizer que a paridade existente entre a Psicanálise e a Medicina tende a ser histórica.

Ao contrário do “discurso médico”, a Psicanálise, segundo Santos (2010, p. 25) busca promover e a desenvolver uma escuta atenta do sujeito, convocando-o a se posicionar e responder ao que há de único em seu sofrimento psicológico. Além disso, a Psicanálise desempenha o papel de colaborar com o sujeito por meio da escuta ativa. Conforme Macedo e Falcão (2005, p. 66), é importante também considerar a escuta ativa da história de vida do sujeito, implica em “dois trabalhos: escutar a palavra do outro e produzir palavras que atendam a essa necessidade de ajuda. Ou seja, a Psicanálise surge e se desenvolve na escuta

⁷ TONETTO, Ana Paula Mucha; BARBIERI, Valeria; ANDRADE, Marcela Lança e SQUIRES, Claire. Contribuições psicanalíticas para o Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade: uma revisão da literatura. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 53.2, p. 57.

⁸ FREUD, S. (1891) A Interpretação das Afasias. Lisboa: Edições 70, 1977.

e a partir da escuta singular à qual se propõe”. Esta atitude de escuta, em geral, corrobora com o analisando a se tornar mais consciente de sua própria singularidade.

Santos (2010, p. 14) ainda afirma que a relevância de pensar o TDAH sob uma perspectiva psicanalítica, surge da "constatação de sua crescente incidência nas clínicas de atenção à criança. A prática analítica também nos permite atestar as dificuldades que o sujeito vivencia quando é diagnosticado com este transtorno”. O que se soma, em geral, à escuta dos pais e mães que diariamente enfrentam os desafios de como ajudá-lo com este diagnóstico clínico do filho/a.

É importante salientar que, a partir do que já dissemos antes, podemos fazer uma breve analogia entre os sintomas de crianças com TDAH e o conceito freudiano de que “o sintoma é uma resposta à libido, que mediante uma abordagem indireta que envolve o inconsciente e crenças antigas, alcança uma satisfação real, embora limitada e não reconhecida como tal” Freud (1926/1996, p. 363-364). Ou seja, “a criança vai desenvolvendo, essa energia sexual obtendo ligações afetivas que traçam marcas na estrutura do sujeito ao longo de toda a sua vida”, conforme elucidada Rezende, et al. (2023, p.1). Ou ainda, “a libido”⁹ ocorre durante os estágios (oral, anal e fálica) do desenvolvimento da criança.

Santos (2010) acrescenta que, enquanto o contexto social exige categorizações que visam eliminar as diferenças e mitigar “a falta estrutural do sujeito, o sintoma perde sua capacidade de sustentar a estrutura do aparelho psíquico” (p.25), ou seja, o sintoma deixa de poder indicar que algo no indivíduo não está bem.

Para isso, Roudinesco (2000) enfatiza que:

O sujeito freudiano é um sujeito livre, dotado de razão, mas cuja razão vacila no interior de si mesma. É de sua fala e seus atos, e não de sua consciência alienada, que pode surgir o horizonte de sua própria cura. Esse sujeito não é nem o autômato dos psicólogos, nem o indivíduo cérebro-espinhal dos fisiologistas, nem tampouco

⁹ De acordo com a teoria psicanalítica, a libido tem um papel central no desenvolvimento da criança, pois é através dela que são formados os primeiros vínculos emocionais com os cuidadores e que são construídas as primeiras representações mentais sobre o mundo e sobre si mesmo. A libido é uma energia que está em constante fluxo, sendo direcionada para diferentes objetos de desejo ao longo do desenvolvimento (Rezende et al., 2023, p. 3).

o sonâmbulo dos hipnotizadores, nem o animal ético dos teóricos da raça e da hereditariedade. É um ser falante, capaz de analisar a significação de seus sonhos, em vez de encará-los como o vestígio de uma memória genética. Sem dúvida, ele recebe seus limites de uma determinação fisiológica, química ou biológica, mas também de um inconsciente concebido em termos de universalidade e singularidade (p. 23).

Quanto às considerações sobre o sintoma na criança, Lacan (1969/2003) afirma que, embora o sintoma seja uma forma de destacar o que há de sintomático na dinâmica familiar, ele é o caso mais complexo e, portanto, o mais acessível às nossas intervenções. No segundo cenário, em que a criança é representada como um “fantasma da mãe”¹⁰, a articulação é bastante limitada e a criança se encontra “exposta a todas as capturas fantasiosas, tornando-se um objeto da mãe e sem outra finalidade além de revelar a verdade desse objeto” (p.369).

Rosa e Rocha (2020) destacam que a fundamentação teórica da Psicanálise oferece uma visão do sofrimento psicológico como uma expressão individual por meio do afeto, que representa a energia psíquica transformada em manifestações corporais. “Nessa concepção teórica, os fenômenos observáveis do TDAH são nomeados como sinais de angústia ou indicadores da presença de um conflito interno” (p. 257). Dessa forma, as crianças, realmente acometidas por agitações motoras e desatenção, têm dificuldades para se expressar no campo da linguagem e da cultura, ou seja, enfrentam dificuldades de percepção de si mesmas e do mundo ao seu redor.

Jerusalinsky (2006, n.p.) destaca que o fator primordial que influencia a manifestação clínica de uma criança diagnosticada com TDAH é a dificuldade relacionada ao conhecimento, seja na “organização de suas praxias, seja da ordem da aprendizagem escolar seja da ordem de saber como deve compor ou organizar sua relação com os objetos e as pessoas”. Contudo, quando nos deparamos com uma criança com esse transtorno, geralmente, a característica clínica mais evidente é a dificuldade de aprendizado.

Segundo Jerusalinsky (2006 n.p.), é incontestável que existem crianças com quadros de comportamentos hiperativos. A observação fenomenológica é precisa: algumas crianças de fato apresentam dificuldades relacionadas “à memória, atenção, aprendizado e

¹⁰ A função do pai não operou e não houve substituição metafórica, e a criança, como correlato do fantasma da mãe, vem saturar o “modo de falta em que se especifica o desejo (da mãe), qualquer que seja sua estrutura especial: neurótica, perversa ou psicótica” Lacan (1969, p. 5 *apud* Farias e Lima, 2004, p. 23).

linguagem”. No entanto, essas dificuldades são manifestadas de forma "suspeita" (n.p.) em crianças que, enfrentam “dificuldade social”(n.p.). São crianças que apresentam dificuldades nas relações com o meio ambiente, sendo, geralmente, vistas como impulsivas e desatentas.

Jerusalinsky (2006) apresenta uma definição de um déficit de atenção:

É não saber a que dirigir a percepção. Um déficit de atenção é não poder dar continuidade ao *perceptum*, não pode produzir no *perceptum* um ato de nomenclatura que lhe dê extensão simbólica. Se não tem extensão simbólica, é porque este objeto não chega ao Outro, não passa pelo campo do Outro, carecendo assim de significação. É por isso que a criança não persiste. Nas crianças que apresentam déficit de atenção e hiperatividade é clinicamente comprovável que a extensão simbólica está reduzida e achatada sobre a coisa. Essa é a razão, e não outra, como dizem os investigadores, de que as crianças não desconheçam ou não recusem a presença dos objetos, mas se limitem a manuseá-los até rompê-los (n.p.).

Assim sendo, em geral, a falta de atenção nas crianças é associada à hiperatividade, o que pode afetar o funcionamento pessoal e social de ser e estar no mundo. Ou seja, crianças com diagnóstico de TDAH têm dificuldade para entrar no mundo do Outro e de seus significantes para construir sua própria identidade como sujeito.

Contudo, Luccia (2014, p. 26) argumenta que, na prática clínica psicanalítica, os sintomas e critérios diagnósticos tradicionalmente utilizados pela psiquiatria são abordados de maneira distinta. “O diagnóstico em psicanálise ocorre dentro da transferência, o que significa que o analista precisa construir uma narrativa que evidencie a posição que o sujeito assume dentro de sua fantasia inconsciente”. A Psicanálise não se limita à análise dos elementos que estão presentes nos fenômenos descritos na psiquiatria, como o DSM-5, mas também auxilia a pessoa a descobrir as “forças inconscientes”¹¹ que interferem, em geral, no comportamento, dificultando a relação de bem-estar consigo mesmo e com o ambiente em que vive.

¹¹ Freud observou a dificuldade enfrentada pelos pacientes no esforço depreendido em relacionar seus sintomas com algo relativo a si próprios, ou seja, constatou a presença de um poderoso obstáculo que se opunha à rememoração das ideias inconscientes, impedindo-as de se tornarem conscientes. Ele o denominou resistência. O acesso ao inconsciente exigia que as forças da resistência fossem vencidas e superadas, requerendo, por parte do analista, certo esforço para neutralizá-las (Freud, 1912/1980 *apud* Baratto, 2009, p.76).

No entanto, desde Freud (1930 *apud* Kamers, 2018, p. 68) elucidada no livro “o Mal-Estar na Civilização”¹² sabemos que:

A agressividade é produzida pelo próprio processo civilizatório, na medida em que este não apenas interdita as pulsões, mas coloca o outro como fonte constante de mal-estar para o sujeito. Nesse sentido, ao levarmos em conta que a agressividade é fundadora do eu, do narcisismo e da cultura, consistindo em uma tentativa de separação/diferenciação do sujeito em sua relação com o Outro, como podemos pensá-la em uma civilização que, sustentada por ideais cada vez mais utilitários e num movimento acelerado de produção, transforma as diferenças subjetivas e as desigualdades sociais em transtornos a serem medicalizados? (Kamers, 2018, p. 68).

Dessa forma, a agressividade é uma característica natural do ser humano em sociedade como forma de forma de existência e atuação no mundo. Conforme Dias (2000, p. 12), elucidada que “a agressividade só se desenvolverá e se torna parte do indivíduo se for oferecida a chance de experienciá-la de acordo com suas necessidades e emergências durante o processo de amadurecimento”.

Kamers (2018) reforça mais uma vez, que a agressividade é indispensável para a constituição psíquica da criança, uma vez que ela necessita se diferenciar e diferenciar-se do Outro, e que a agressividade se manifesta justamente no que é considerado pela psiquiatria como sintoma de “TDAH, Transtorno Opositivo e Transtorno de Conduta, levando a criança a ser medicada. Para isso, agressividade seria uma forma de resistência do eu em busca de contornos identificatórios” (p.97), seja quando se sente ameaçado, seja quando busca recompensa.

Desejamos apresentar neste parágrafo uma perspectiva diferente sobre a abordagem da Psicanálise em relação ao TDAH, empregando a interação com a criança e a brincadeira como meio de imersão em um ambiente que os divirta. Portanto, Santos e Schmidt (2023, p. 39) elucidam que para “a Psicanálise, o brincar da criança e seus jogos têm características e possibilidades simbólicas”, fundamentais para o seu desenvolvimento, desempenhando uma função constitutiva. Sendo assim, é relevante salientar que a psicoterapia psicanalítica tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento da criança, pois, através do brincar, a

¹² FREUD, S. (1930). O Mal-Estar na Civilização. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. RJ: Imago, 1996

criança expressa, simbolicamente, “seus desejos, fantasias, conflitos e medos, além de lidar com angústias e expressar, consciente ou inconscientemente, o conteúdo do seu mundo interior.”¹³

Do mesmo modo, Moura et al. (2020, p.15) discorrem:

A Psicanálise aborda a complexidade que circunda a constituição mental humana e, ao levar em conta os sofrimentos psíquicos do sujeito criança, não visa conclusões generalistas, até porque, tanto a história quanto a relação transferencial são completamente singulares e necessárias a qualquer tentativa de compreensão das manifestações dos comportamentos e/ ou sintomas infantis, assim como reflexões a respeito do contexto sociocultural que perpassa a formação da criança em seus vínculos familiares e sociais.

Sendo assim, é importante considerar, a partir do que vimos até aqui, que a integração entre a Psicanálise e a Psiquiatria é um desafio para ambas as áreas. Luccia (2014) argumenta que, embora haja divergências “teóricas e metodológicas nas práticas diagnósticas”, isso não impede a comunicação entre esses dois campos de conhecimento (p.28). Dessa forma, a clínica médica, psicológica e psicanalítica tende a estabelecer conquistas e limites para cada profissional da área de atuação. Além disso, percebemos que a Psicanálise Freudiana também tem seus limites e possibilidades das teorias como ciência, na prática do cuidado.

¹³ SANTOS, Caroline Cezimbra dos; SCHMIDT Fernanda Munhoz Driemeier. Amadurecimento psíquico e TDAH: estudo de caso clínico. **Pensamento Contemporâneo Psicanálise e Transdisciplinaridade**. v. 3 n. 1 Jan/Jul 2023, p. 39.

4. TDAH: DESAFIO/CUIDADO E AUMENTO DO DIAGNÓSTICO

O propósito deste capítulo é apresentar de forma sucinta o TDAH e tratamento, considerando os desafios enfrentados pelos pais/mães e responsáveis ao lidarem com o filho/a no cotidiano; a relevância do cuidado dos pais/mães ou responsáveis na educação do filho/a, considerando o contexto social em que estão inseridos. Além disso, apresentamos algumas considerações em relação ao aumento do diagnóstico e tratamento do TDAH em crianças.

4.1. TDAH: Desafio/Cuidado

O desafio e o cuidado cotidiano dos pais/mãe ou responsáveis pelo filho/a com TDAH e tratamento são assuntos que pretendemos trazer brevemente neste subcapítulo.

De acordo com Benczik e Casella (2015), há pais/mães ou responsáveis que enfrentam dificuldades para lidar com os filhos e educá-los, uma vez que a criança em casa tem momentos de distração e esquecimento das tarefas diárias. Além disso, as tarefas mais básicas podem se tornar difíceis para o filho/a, como “tomar banho, escovar os dentes, sentar para as refeições, se preparar para o sono, ter uma boa noite de sono e realizar as tarefas domésticas” (p.94).

Kunrath et al. (2006), elucidam que a literatura sobre o TDAH apresenta com frequência uma característica do transtorno, enfatizando “os relacionamentos dessas crianças com as famílias, amigos e professores” (p.237), dentre outros. É importante salientar, sobretudo, os problemas enfrentados pelas pessoas que cuidam ou são responsáveis por essas crianças, sobretudo os pais/mães ou responsáveis, devido aos frequentes conflitos que surgem nas relações interpessoais.

Neste cenário, Kunrath et al. (2006) evidenciam a relevância de considerar as formas de cuidado empregadas pelos pais/mães ou responsáveis para prevenir problemas de relacionamento tanto em casa quanto em outros ambientes onde o filho/a esteja presente, como na escola, em brincadeiras em casa de amigos e, sobretudo, entre os familiares. Dentre essas formas de cuidado, destacamos a atenção e o afeto da família por meio da conversa

diária com o filho/a, considerando as diferenças de comportamento de cada membro da família.

A seguir, apresentaremos alguns exemplos, de acordo com Desidério e Miyazaki (2007), que podem auxiliar os pais/mães ou responsáveis no cuidado com o desenvolvimento do filho/a com TDAH e tratamento com medicamentos.

Quadro 3 – Métodos que auxiliam os pais/ mães ou responsáveis no cuidado e educação do filho/a com TDAH

1. Informar-se a respeito do TDAH, ler sobre o assunto, procurar famílias com o mesmo problema a fim de trocar experiências:
Auxilia a conhecer o TDAH e manejo adequado do problema.
2. Evitar castigar excessivamente;
Castigos e repreensões frequentes têm um impacto negativo sobre a autoestima.
3. Procurar a escola e a professora e observar se conhecem o problema. Fornecer informações caso seja necessário;
Facilita o convívio da criança com a escola e/ou colegas; evita o desinteresse da criança pela escola.
4. Estabelecer normas claras e ser coerente em relação às normas estabelecidas;
Evita que a criança fique sem saber como agir, ou ainda sem saber exatamente o que está sendo exigido dela.
5. Evitar um estilo de educação muito permissivo. Impor limites e cumpri-los, dosando a liberdade para evitar exigências excessivas;
Prepara a criança para enfrentar os limites que encontrará ao longo da vida, sem que sua liberdade seja tirada.
6. Evitar discussões ou gritos na frente da criança;
Os pais são modelos para os filhos, que tendem a imitá-los.
7. Manter um diálogo franco, perguntando o que pode ser feito para ajudar e que dificuldades a criança vê no dia-a-dia.

Fonte: Desidério e Miyazaki (2007, 171)

Dessa forma, Desidério e Miyazaki (2007) salientam que os pais/mães ou responsáveis são os primeiros a oferecer ao filho/a, a instrução necessária para promover o

crescimento humano da criança. Quando os pais/mães também conseguem “estabelecer um comportamento como meta, é importante organizar tudo de modo a assegurar que a criança tenha uma boa chance de conseguir realizar o que está sendo pedido dela” (p.7). Desta forma, ao cumprir uma tarefa, a criança costuma se sentir bem e capaz de prosseguir nas atividades a elas confiadas, especificamente pelos pais/mães. Aí, atestamos que o acompanhamento para o desenvolvimento humano é uma responsabilidade primordial e indispensável dos pais/mães pelo seu filho/a.

4.2. TDAH: Aumento do diagnóstico

No que diz respeito ao aumento do diagnóstico de TDAH, Lima (2016) elucida que possa estar relacionado à necessidade de atribuir um nome que comprove o comportamento hiperativo da criança. Há pais/mães ou responsáveis que, por exemplo, interpretam comportamentos impulsivos, agressivos e irritáveis como sendo a teimosia do filho/a em seguir ordens para cumprir tarefas no dia a dia. Surge então a questão: por que transformamos a irritabilidade, falta de concentração ou problemas de obediência em transtornos mentais?

Lima (2016, p. 13) acentua “o que se apresenta como sintomas do TDAH não seria um funcionamento singular decorrente do modo de vida excessivo e agitado?” Uma das hipóteses é que a classificação do comportamento como um transtorno seja mais confortável tanto para os pais/mães quanto para a criança, uma vez que existe um diagnóstico específico para o comportamento hiperativo. Outra hipótese seria o excesso de responsabilidade dos pais/mães em exigir que o filho/a cumpra uma agenda diária com tarefas como, natação, aula de inglês, balé e judô, com o objetivo de deixar a criança ocupada o tempo do dia, o que é típico da sociedade atual.

No que se refere o tratamento para o TDAH na criança, de acordo com Duarte (2024, p. 1300), é composto por vários profissionais, como “Psiquiatra, Psicólogo, Neuropediatra, Neurologista, Psicopedagogo, Psicomotricista, Terapia Ocupacional, Fonoaudiólogo, dentre outros”. Os pais/mães ou responsáveis, em geral, devem ser bem orientados quanto ao tratamento do filho/a para que ele seja bem-sucedido. Além disso, incentivar os pais/mães levarem o filho/a de forma periódica para atividades de grupo como terapia que corrobore a convivência social da criança. Isso também possibilita que os pais/mães conversem com

outros pais para encontrar apoio para superar as dificuldades enfrentadas diariamente devido à hiperatividade, impulsividade e distração.

Segundo Duarte (2024, p. 1298), assim que os pais/mães venham perceber que seu filho/a tem comportamento excessivo de hiperatividade/impulsividade que se assemelha ao TDAH, é essencial procurar um especialista, como mencionado anteriormente, que irá avaliar a criança juntamente com os pais/mães ou responsáveis. Contudo, “os sintomas devem ser percebidos em dois ou mais ambientes e devem estar presentes ao menos seis meses”.

No que diz respeito ao tratamento medicamentoso para TDAH, como proposto também neste capítulo, tivemos como objetivo trazer dados breves aos pais/mães ou responsáveis a partir da “bula do cloridrato de metilfenidato” da Novartis (2023) (Anexo A, p. 1, 2, 6 e 7). É importante destacar que o uso de medicamentos não é indicado para todas as crianças. De acordo com a bula, "os estimulantes não são recomendados para aqueles que apresentam sintomas secundários a fatores ambientais (especialmente aqueles que foram submetidos a maus tratos) e/ou distúrbios psiquiátricos primários, incluindo psicoses". Nesse sentido, é relevante considerar intervenções psicossociais para crianças com TDAH, como o manejo medicamentoso e intervenções terapêuticas ou psicopedagógicas, que podem contribuir para o desenvolvimento da criança.

Com isso, Jorge (2020, p. 159) diz que quando se encara a criança apenas como um ser biológico, isto é, um organismo passível de ser medicado e sanadas questões essenciais para a existência humana são deixadas de lado, o que pode levar a uma superestimação ou redução indevida do sofrimento. Da mesma forma, é crucial compreender que “a criança não pode ser considerada isolada, como se fosse um organismo sem subjetividade”. Sendo assim, é indispensável reconhecer que a vitalidade da criança, expressa em sua maneira de ser e interagir com o mundo, estabelece ligações profundas e complexas com as pessoas e o ambiente ao seu redor.

5 – METODOLOGIA DA PESQUISA

A fim de explorar os sentidos atribuídos pelos pais/mães ou responsáveis sobre o diagnóstico e o tratamento do TDAH de seu filho/a. O presente capítulo apresenta o método utilizado neste estudo, que compreende a pesquisa bibliográfica qualitativa e de campo, bem como a observação e o diário de campo, que, de acordo com Minayo (2007, p. 71) é uma espécie de “caderno, uma caderneta, ou um arquivo eletrônico no qual escrevemos todas as informações que não fazem parte do material formal de entrevistas, utilizadas pelo pesquisador quando vai fazer análise qualitativa”.

A escolha deste método de pesquisa bibliográfica qualitativa se deve ao diálogo com autores que podem contribuir com o objeto e o desenvolvimento desta pesquisa, baseado em interesses semelhantes no estudo dessa temática. A pesquisa de campo “é uma forma de alcançarmos não apenas uma aproximação com o que desejamos conhecer e estudar, mas também de criarmos conhecimento a partir da realidade presente no campo” (Minayo, 2001, p. 51). Utilizamos a técnica de observação para obter dados mais precisos sobre o contexto social em que os pais/mães ou responsáveis estão inseridos. Por último, empregamos o diário de campo para auxiliar nas anotações da pesquisadora durante a pesquisa.

A metodologia, segundo Fonseca (2002), apresenta:

Methodos significa organização, e *logos*, estudo sistemático, pesquisa, investigação; ou seja, é o estudo da organização, dos caminhos a serem percorridos, para se realizar uma pesquisa ou um estudo. Porém, a pesquisa é um processo permanentemente inacabado. Ela possibilita uma aproximação e um entendimento da realidade a investigar (p. 20).

5.1. Tipo de pesquisa

O objetivo deste estudo qualitativo é compreender “a relação entre o mundo e o sujeito. A pesquisa é descritiva e o pesquisador tende a analisar os dados de forma indutiva” (Gil, 1994, p. 207).

A pesquisa foi realizada em duas etapas: Primeiramente, realizamos uma pesquisa entre os anos de 1940 a 2024 em artigos científicos, dissertações, teses, livros virtuais e físicos, localizados em bases de dados como SciELO, PePSIC, Google Acadêmico, dentre outras. As palavras-chave pesquisadas foram: TDAH AND pais AND criança; TDAH,

medicalização AND criança AND pais. As buscas por material nas bases de dados nos permitiram contextualizar o objetivo deste estudo. Em seguida, elaboramos uma entrevista semiestruturada para os pais/mãe ou responsáveis, como técnica de investigação, a ser descrita no capítulo seguinte dos resultados e discussão desta dissertação.

5.2. Local da pesquisa

Das cinco entrevistas, três ocorreram nas residências dos pais/mães e duas no local de trabalho, de acordo com as solicitações das entrevistadas, uma vez que era mais fácil para elas terem disponibilidade de tempo.

5.3. Participantes da pesquisa

Para participar desta entrevista, inicialmente, convidamos dez pais/responsáveis. Seis deles foram indicados por uma psicóloga, conhecida da pesquisadora, que trabalha em uma escola privada. Além disso, uma outra amiga da pesquisadora que trabalha no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) Infanto-Juvenil indicou mais três pais/mães.

Das dez pessoas que a pesquisadora convidou para a entrevista, apenas sete compareceram às entrevistas, sendo dois casais (pai e mãe), duas mães e uma responsável por uma criança, designada “tia-mãe”. Contudo, três pais/mães não compareceram devido a circunstâncias inesperadas em relação à viagem de trabalho, mas justificaram a ausência com antecedência ao dia e hora combinados.

Em relação aos critérios de seleção dos participantes, foram escolhidos por meio de uma amostragem intencional. De acordo com Turato (2003), o pesquisador escolhe de forma consciente os participantes que participarão do estudo, segundo os objetivos do projeto, desde que sejam capazes de fornecer informações relevantes para ele.

Nessa linha de pensamento, os requisitos a serem observados para a participação dos pais/mães ou responsáveis na entrevista foram:

a) pais/mães ou responsáveis que tivessem um filho diagnosticado e em tratamento com TDAH, com idade entre 6 a 11 anos. Escolhi essa faixa etária de crianças devido à sua similaridade com o Ensino Fundamental 1, durante o tempo o qual tive a oportunidade de estar no acolhimento dos pais/mães ou responsáveis e as crianças na escola nos anos 2021 e 2022;

b) pais/mães ou responsáveis que aceitassem participar da entrevista em casa ou em locais reservados do trabalho;

c) pais/mães responsáveis que levassem o filho/a para um acompanhamento psicológico semanal ou quinzenal, ou a uma consulta a um Neuropediatra ou Psiquiatra Infantil, no mínimo, a cada seis meses.

5.4. Instrumentos e técnicas de pesquisa

Durante a fase de pesquisa em campo, foi desenvolvida a técnica de entrevista semiestruturada (Apêndice A–Roteiro para entrevista), com o objetivo de focar na temática em questão e utilizar a observação como meio de contextualização da entrevista. Conforme Minayo (2007, p. 62), diz que “todo pesquisador precisa ser um curioso, um perguntador”. Essa capacidade deve ser exercida o tempo todo no trabalho de campo, pois este será tanto mais produtivo quanto o pesquisador conseguir confrontar suas teorias e hipóteses com a realidade empírica.

Neste estudo, a entrevista semiestruturada foi realizada de acordo com um roteiro com alguns eixos temáticos, a saber: dados sociodemográficos sobre a família; o conhecimento geral sobre o TDAH; identificação e tratamento do TDAH no filho/a. As entrevistas foram registradas em áudio e, posteriormente, transcritas em sua totalidade (para tal, utilizamos um aplicativo para gravação de voz no celular da entrevistadora).

Quanto ao uso do gravador, trata-se de um instrumento que:

Permite captar e reter por maior tempo um conjunto amplo de elementos de comunicação de extrema importância: as pausas de reflexão e de dúvida ou a entonação da voz nas expressões de surpresa, entusiasmo, crítica, ceticismo, ou erros – elementos esses que compõem com as ideias e os conceitos a produção do sentido da fala, aprimorando a compreensão da própria narrativa (Schraiber, 1995, p. 71).

Minayo (2007) apresenta que a entrevista semiestruturada é geralmente guiada por um roteiro prévio das perguntas, mas elas podem sofrer alterações (ou inversões) ao longo da conversa. Minayo (2001) mais uma vez afirma que a entrevista torna mais fácil a obtenção de dados por meio da fala dos entrevistados. Assim sendo, não significa que é uma conversa despretensiosa e neutra, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. A pesquisa pode ser realizada

individualmente ou coletivamente A presente pesquisa de campo teve como objetivo a coleta de dados em duas modalidades: individual (mãe ou responsável) e dupla (pai e mãe)

O *Corpus* foi constituído a partir:

- 1) Das entrevistas semiestruturadas realizadas com os pais/mães e responsáveis;
- 2) Dos registros contidos no diário de campo, das observações e da escuta atenta, ou seja, dando total atenção ao que os pais/mães ou responsáveis falavam na entrevista, bem como ao contexto de vida em que vivem.

5.5. O trabalho de campo

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNICAP, sob o CAAE (Certificado de Apresentação e Apreciação Ética) de nº 69118223.8.0000.5206, em maio de 2023 (Anexo B), a pesquisa de campo teve início em junho de 2023 e terminou em julho de 2023.

Na fase inicial, a pesquisadora entrou em contato por telefone com os pais/responsáveis e convidou-os para participarem de uma entrevista, abordando os objetivos da pesquisa. As entrevistas foram previamente agendadas conforme a disponibilidade de data, horário e local dos pais/responsáveis e realizadas presencialmente.

Foi possível percebermos, desde o primeiro contato telefônico com os participantes da pesquisa, tais como os pais/mães ou responsáveis, que foram bastante abertos e não mostraram resistência em aceitar a participação na pesquisa.

Novamente, ressaltamos a relevância do diário de campo para registrar as conversas dos pais/mães ou responsáveis com a pesquisadora, com o objetivo de aprimorar e aprofundar as descrições pessoais dos entrevistados e do ambiente em que realizamos o estudo. Aqui, registramos todos os contatos, conversas, visitas às residências, local de trabalho onde a pesquisa aconteceu, bem como as observações para contextualizar o estudo.

5.6. Procedimentos de Análise

Após a coleta de dados, a análise foi feita através da construção do corpus, que considera o material explícito de entrevistas, contextualizado com o tema em questão pelo diário de campo. De acordo com Minayo (2004), a entrevista é uma ferramenta essencial

para a abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação, permitindo a obtenção de dados e opiniões relevantes para o estudo através do contato direto com os entrevistados, a fim de ampliar o resultado do problema em questão.

Ainda, ressaltamos que a análise é um processo complexo e pode apresentar limitações, uma vez que não é possível analisar todo o material coletado. Dessa forma, a seleção criteriosa das informações e a definição clara dos objetivos do estudo são fundamentais para alcançar a qualidade da análise.

É importante salientar que a interpretação dos resultados deve ser feita com base no contexto em que os dados foram coletados e na subjetividade dos participantes envolvidos, como assevera Minayo (2004). Portanto, é fundamental que o pesquisador esteja atento à sua própria subjetividade e o posicionamento frente ao objeto de estudo, a fim de evitar interpretações tendenciosas. Além disso, deve ser considerado o alcance do horizonte interpretativo do pesquisador em relação aos dados coletados.

A análise dos dados foi inspirada na proposta de Minayo (1992), como podemos verificar:

Podemos destacar dois pressupostos desse método de análise. O primeiro diz respeito à ideia de que não há consenso e nem ponto de chegada no processo de produção do conhecimento. Já o segundo se refere ao fato de que a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta. A autora também entende que os resultados de uma pesquisa em ciências sociais constituem-se sempre numa aproximação da realidade social, que não pode ser reduzida a nenhum dado de pesquisa (p. 77).

Após concluirmos as etapas da metodologia de pesquisa apresentada até agora, é imprescindível que retornemos acerca das finalidades da fase de análise que utilizaremos neste estudo de campo. Tendo por inspiração Minayo (2004), é possível enumerar três finalidades para essa fase: 1) obter uma compreensão dos dados coletados; 2) confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às perguntas formuladas; 3) aprimorar o conhecimento sobre o tema pesquisado, conectando-o ao contexto cultural em que está inserido.

De acordo com os aspectos éticos, ao iniciarmos a entrevista, conforme descrito no Apêndice A, a pesquisadora solicitou aos pais/mães ou responsáveis que lessem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme encontramos no

Apêndice B, e a Carta de Anuência autorizando o uso dos dados da entrevista, de acordo com o Apêndice C.

Ao final deste estudo, os pais/mães ou responsáveis serão informados sobre os resultados alcançados. A pesquisadora entrará em contato por telefone ou mensagens no WhatsApp para que os entrevistados disponibilizem um tempo para ela comparecer às suas residências, em dias e horários a combinar. Se os pais/mães ou responsáveis ainda estiverem interessados, será possível convidar os membros desta família para acompanharem juntos a leitura dos resultados da pesquisa e o momento de discussão oferecido pela pesquisadora. Além disso, a pesquisadora terá a chance de ser avaliada pelos pais/mães ou responsáveis quanto ao desempenho da pesquisa em campo e se o objetivo desta pesquisa foi atingido.

No capítulo seguinte, apresentamos os resultados e discussão dos dados coletados durante as entrevistas.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trouxemos, de antemão, o quadro que nos forneceu orientações sobre o estrato socioeconômico utilizado na classificação econômica das famílias que participaram da entrevista. Segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP/2022), o Critério de Classificação Econômica do Brasil destaca sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, deixando de lado a ideia de categorizar a população em "classes sociais". Para tanto, a divisão de mercado apresentada abaixo é composta apenas por classes econômicas.

Quadro 4 - Novo Critério de Classificação Econômica Brasil

Estrato Socioeconômico	Renda Média
A	R\$ 21.826,74
B1	R\$ 10.361,48
B2	R\$ 5.755,23
C1	R\$ 3.276,76
C2	R\$ 1.965,87
DE	R\$ 900,60

Fonte: Critério Brasil - Diretrizes de ordem geral, sobre a adoção do Novo Critério de Classificação Econômica Brasil (2022, p. 4).

Com base nos dados gerais sociodemográficos das entrevistas com os pais/mães ou responsáveis, apresentamos, a seguir, um quadro geral com as classificações correspondentes das famílias entrevistadas. Vejamos:

Quadro 5 – Dados Gerais Sociodemográficos das Famílias

Família	Nível de Escolaridade	Configuração Familiar	Idade/ Escolaridade dos filhos	Ocupação	Classificação Econômica	Escola	Tempo de Diagnóstico	Médico/ Diagnóstico/ Tratamento
J	José – Ensino Médio Júlia – Ensino Superior	Pai, mãe, uma filha e um filho	José – 37 Júlia – 35 Joana – 13 (8º ano) José Filho- 7 (2º ano)	José – Comerciante Júlia – Decoradora de eventos Joana e José Filho Estudantes	B2	Particular	2 anos	Neuropediatra/ TDAH/ Atividades físicas: Judô e natação/ Acompanhamento psicológico e Medicamentoso
C	Creuza - Ensino superior	Mãe, pai e dois filhos	Creuza - 32 Carlos -36 Cullen – 11 (5ºano) Caio – 9 (3ºano)	Creuza – Assistente administrativo Carlos – Representante comercial Cullen e Caio Estudantes	B1	Particular	5 anos	Neuropediatra/ TDAH e TOD/ Medicamentoso

P	Pedro – Ensino superior Paula – Ensino superior	Mãe, pai e três filhos	Pedro - 58 Paula - 43 Pietro – 13 (7º ano) Paulo – 10 (5º ano) Priscila – 10 (5ºano) Paulo e Priscila são gêmeos	Pedro – Área de Relações Internacionais Paula – Gerente Operacional Pietro, Paulo e Priscila - Estudantes	B1	Particular	2 anos	Neuropediatra/ TDAH/ Acompanhamento psicológico; Psicopedagogo; Fonoaudiólogo; Não utiliza medicamento
M	Marina - Técnico	Tia-mãe, mãe e um filho	Marina – 35 Marília – 36 Mário – 10 (4º ano)	Marina – Técnico em TI Marília – Cambista Mário - Estudante	C1	Pública	5 anos	Psiquiatra Infantil/ TDAH e TOD/ Medicamentoso
E	Edna – Ensino Médio Completo	Mãe, pai de dois filhos	Edna – 36 Edson - 38 Eliana – 18 Enzo - 7	Edna – Atendente Edson – Motorista Eliana e Enzo - Estudantes	C1	Pública	3 anos	Psiquiatra Infantil/ TDAH e TOD/ Medicamentoso e acompanhamento psicológico

Com base nas informações sociodemográficas das entrevistas com os pais/mães ou responsáveis, apresentamos, a seguir, um quadro com as classificações correspondentes de cada família entrevistada. Além disso, incluímos uma síntese dos resultados e da discussão de cada entrevista.

Lembramos que todos os nomes dos entrevistados e seus familiares são fictícios.

Inicialmente, apresentamos o quadro contendo informações gerais sociodemográficas da família, identificada pela pesquisadora como família “J”, na qual o pai e a mãe estiveram presentes na entrevista. Eles têm um filho diagnosticado com TDAH e que está em tratamento com medicamentos. Vejamos:

Quadro 6 – Dados Sociodemográficos,

Família “J”

Participantes	Nível de Escolaridade	Configuração Familiar	Idade/ Escolaridade dos filhos	Ocupação	Classificação Econômica	Escola	Tempo de Diagnóstico	Médico/ Diagnóstico/ Tratamento
José e Júlia	José – Ensino Médio Completo Júlia – Ensino Superior	Pai, mãe, uma filha e um filho	José – 37 Júlia – 35 Joana – 13 (8º ano) José Filho 7 (2º ano)	José – Comerciante Júlia – Decoradora de eventos Joana e José Filho Estudantes	B2	Particular	2 anos	Neuropediatra TDAH Atividades físicas: Judô e natação/ Acompanhamento

								psicológico e Medicamentoso
--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------------

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

José e Júlia foram os primeiros pais a participarem da entrevista realizada em sua residência. José tem, aproximadamente, 37 anos e Maria tem cerca de 35. Os dois estão casados há cerca de 15 anos. Ambos exercem atividades profissionais, sendo ele empresário, e ela, decoradora de eventos. José e Júlia têm dois filhos: Joana, de 13 anos e José Filho, de sete anos.

José Filho (a criança em estudo), filho mais novo do casal, foi diagnosticado pela Neuropediatra (consulta particular) com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e, desde então, começou a tomar medicamentos quando a criança tinha cinco anos, até os dias atuais, com sete anos. Significa que José Filho, tem dois anos de diagnóstico e tratamento medicamento.

Joana e José Filho estudam em uma escola particular. Joana está cursando o 8º ano do Ensino Fundamental II e José Filho está no 2º ano do Ensino Fundamental I. Após o consentimento de Júlia para participar da entrevista, marcamos o dia e o horário para a realização desta. A entrevista foi realizada na residência de Júlia, onde ela vive com o marido e os dois filhos. Estivemos reunidos na sala de estar com o pai e a mãe de José Filho, a criança que está em fase de pesquisa, e a pesquisadora. Os filhos ficaram no mesmo quarto, jogando e vendo televisão, por indicação dos seus pais.

O pai e a mãe demonstraram estar satisfeitos e interessados em participar da entrevista com a pesquisadora. Eles estavam ansiosos por compartilhar suas vivências diárias em relação ao comportamento do filho diagnosticado com TDAH e em tratamento com medicamentos, tanto em casa quanto na escola, conforme as informações fornecidas pelos professores da criança.

Síntese da entrevista

O excesso de atividade motora, a inquietude, a distração e a falta de concentração em casa e na escola foram suficientes para que o pai e a mãe levassem seu filho a uma Neuropediatra quando José Filho tinha cinco anos. Tanto o pai como a mãe ficaram satisfeitos com a consulta, uma vez que a médica recomendou que aguardassem o desenvolvimento da criança para obter um diagnóstico de TDAH mais preciso. A criança deveria realizar atividades físicas por aproximadamente seis meses, como judô e natação para "gastar mais energia". Nesse período, o pai e a mãe perceberam que as atividades físicas não foram o bastante para que o filho melhorasse o seu comportamento.

Ao retornarem à consulta com a Neuropediatra, depois de seis meses, o pai e a mãe de José Filho foram informados sobre o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O diagnóstico surpreendeu o pai e a mãe e a indicação de medicamentos causou-lhes apreensão, apesar de reconhecerem que era necessário, uma vez que o menino necessitava de ajuda medicamentosa para melhorar a sua atenção e comportamento, conforme os dados apresentados pelos pais. Além disso, o pai e a mãe mostraram preocupação com o futuro do filho, angústia e tristeza por terem dificuldades para lidar com a criança. Durante a entrevista, José, o pai do garoto, disse que recentemente, ao conversar com o pai (avô paterno do garoto), ele mencionou que, quando era criança, o pai tinha a impressão de que o filho sofria de algum tipo de transtorno por ter um comportamento agitado. Mesmo sem ter sido diagnosticado por escrito na infância, hoje em dia se considera que também tem TDAH.

José Filho, atualmente com sete anos, faz tratamento para o TDAH há dois anos, tomando Ritalina 10 mg de manhã e Risperidona 0,2 mg à noite. Após a avaliação médica, seis meses depois, a Neuropediatra aumentou a dose de Risperidona para 0,5 mg devido ao comportamento agressivo da criança na escola, como brigar com os colegas quando perdia jogos de futebol durante o recreio e por insistir em ser o primeiro na fila para comprar lanche na cantina, conforme os professores, e também em casa, especialmente com o pai, em jogos de futebol em que José Filho não aceita perder.

As dúvidas do pai/mãe em relação à origem do problema causaram diversos desentendimentos na família, resultando em discussões entre o casal (José e Júlia) em relação ao resultado do diagnóstico de TDAH. José, em particular, tem medo de que seu filho se

torne dependente dos medicamentos. Ademais, o casal afirmou que enfrenta dificuldades financeiras para manter as outras atividades recomendadas pela médica para o garoto, como atividades físicas e acompanhamento psicológico, o que os deixa incomodados.

O pai manifestou-se contrário à mãe quanto à aceitação do tratamento com medicamentos para o TDAH do filho. Segundo a mãe, "às vezes", ela acredita que o Metilfenidato e a Risperidona são eficazes para diminuir o comportamento hiperativo e impulsivo do seu filho (Diário de campo, 15 de junho de 2023). Durante o período de tratamento do filho, o pai disse à família que se preocupa com os efeitos colaterais dos medicamentos no garoto, como a falta de apetite e, sobretudo, o risco do organismo da dependência medicamentosa. Na entrevista, o pai, ainda, revelou que, com frequência, fica apreensivo, uma vez que o medicamento é controlado e requer uma receita específica, o que tem causado dúvidas quanto à eficácia do tratamento do filho. Ainda assim, na consulta do filho, ele não questionou a médica sobre o assunto.

O pai e a mãe de José Filho também disseram que, no início do diagnóstico de TDAH do filho, não tinham nenhuma compreensão do comportamento hiperativo/impulsivo da criança o que os deixou preocupados por não saberem como lidar com o menino. Por meio de iniciativas próprias, o pai e a mãe buscaram informações, incluindo algumas Neuropediatra do filho, sobre o TDAH e como lidar com a criança. Eles buscaram auxílio através da leitura de livros físicos, como *Mentes Inquietas* da autora Ana Beatriz Barbosa Silva, da Biblioteca Virtual em Saúde, vídeos no YouTube e da ajuda de parentes e amigos, com o objetivo de aprimorar a escuta, respeitar as diferenças de comportamento entre os filhos e preservar a dignidade na família.

Segundo a mãe do garoto, ao descobrir que estava grávida de José Filho, ela ficou apavorada, já que havia perdido, anteriormente, um filho aos oito meses de gestação [sic]. Após consulta médica, ela descobriu que o bebê havia falecido. Após seis meses da morte do filho, ela engravidou de José Filho e, receosa de sofrer um novo trauma psicológico, chorou bastante com o resultado positivo da gravidez. Júlia passou a estar atenta a todas as situações de desconforto que a gravidez poderia causar, como: se sentisse qualquer dor na barriga ou dor na cabeça, iria ao hospital. Isso se deu ao longo dos nove meses de gestação.

José Filho enfrentou dificuldades devido às críticas de outras crianças, especialmente *bullying*, devido ao seu comportamento agitado e desatento. A criança não aceita perder

partidas de futebol com o pai e amigos, não gosta nem tem paciência para ser orientada pelo pai, amigos ou outra pessoa que assuma ser a responsável pela brincadeira e sente dificuldade de demonstrar interesse em saber o que os professores ensinam.

Durante os dois anos de tratamento, o pai e a mãe de José Filho perceberam a importância do tratamento medicamentoso do filho. Embora o pai tenha mencionado, durante a entrevista, que, apesar de resistir ao tratamento com medicamentos do filho, acaba cedendo às medicações prescritivas, na esperança de uma melhora no comportamento hiperativo do filho.

Discussão dos dados

Os dados coletados revelaram que o pai e a mãe tiveram dificuldades para lidar com o diagnóstico de TDAH do filho, sobretudo no tratamento com medicamentos. O pai é, sobretudo, quem mais sofre com a prescrição de medicamentos da Neuropediatra. No entanto, ao conversarmos com a mãe do menino, percebemos que o diagnóstico de TDAH do filho pela Neuropediatra era um sofrimento psicológico que requeria que a mãe e o pai se preocupassem com o cuidado da criança. A mãe, especialmente, carrega o trauma de ter perdido um filho aos oito meses de gestação e temia que viesse a se repetir durante a gestação do filho. A presença de traumas anteriores contribuiu para a insegurança da mãe de como lidar com o diagnóstico e o tratamento da criança, além de gerar desentendimentos na família, devido ao estresse diário proporcionados pelas atividades domésticas e profissionais, bem como pelo cuidado com a educação dos filhos (José Filho e Joana).

Uma das dificuldades enfrentadas pelo pai/mãe para lidar com o filho está relacionada ao aprendizado escolar e à hiperatividade, que foram queixas frequentes relatadas pela família durante a entrevista, o que os levou a procurar um consultório médico com o apoio da psicóloga da escola em que a criança estuda.

Durante a entrevista, percebemos que uma equipe multidisciplinar seria relevante para apoiar o pai/mãe com um suporte mais completo de profissionais que pudessem ajudá-los a lidar com as preocupações cotidianas de terem um filho diagnosticado com TDAH e em tratamento com medicamentos.

Assim, essa equipe de especialistas daria ao pai/mãe a chance de assistir a palestras sobre o TDAH do filho, levando em conta as dificuldades diárias relacionadas ao sofrimento psicológico do pai/mãe, bem como o suporte psicoterápico necessário para ambos os pais e a criança.

No quadro abaixo, apresentamos um quadro geral com os dados gerais sociodemográficos da família, nomeada pela pesquisadora de família “C”, pela qual uma mãe esteve presente na entrevista. Ela tem um filho com diagnóstico de TDAH e usa medicamentos. Consideremos:

Quadro 7 – Dados sociodemográficos,

Família “C”

Participante	Nível de Escolaridade	Configuração Familiar	Idade/Escolaridade dos filhos	Ocupação	Classificação Econômica	Escola	Tempo de Diagnóstico	Médico/Diagnóstico/Tratamento
Creuza	Creuza - Ensino superior	Mãe, pai e dois filhos	Creuza - 32 Carlos - 36 Cullen - 11 (5º ano) Caio - 9 (3º ano)	Creuza - Assistente administrativo Carlos - Representante comercial Cullen e Caio - Estudantes	B1	Particular	5 anos	Neuropediatra TDAH e TOD Medicamentoso

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A entrevista com Creuza foi conduzida em um espaço aberto, silencioso e arejado no local de trabalho dela, conforme a solicitação da entrevistada, uma vez que era conveniente para ela. Creuza demonstrou estar ansiosa e interessada em conversar com a pesquisadora e responder às perguntas, uma vez que o diagnóstico do filho Cullen, com TDAH, afeta o seu estado emocional, pois costuma ter insônia. A mãe, ao pensar ou falar sobre o TDAH no filho, fica apreensiva, chegando a perder o apetite, o sono, ficando nervosa em casa, o que a deixa preocupada com o futuro do garoto, que pode se tornar dependente dos medicamentos. Devido a uma viagem inesperada a trabalho, Carlos, pai da criança com TDAH, não pôde comparecer à entrevista, mas estava ciente do dia, hora e local em que a pesquisadora se reuniria com a mãe da criança.

Creuza tem cerca de 32 anos, e o marido 36 anos. Ela trabalha como assistente administrativo e o marido como representante comercial, ambos em Recife/PE. Eles têm um nível superior de escolaridade. Creuza tem dois filhos, um com nove anos chamado Caio e o outro chamado Cullen (criança em estudo) com 11 anos.

Cullen foi diagnosticado pelo neurologista pediatra em uma consulta particular com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) aos seis anos. Desde então, a criança de 11 anos continua recebendo tratamento medicamentoso. Significa que Cullen toma medicamentos há cinco anos. Cullen está no 5º ano e o seu irmão Caio no 3º ano. Eles estudam em uma escola particular e fazem o Ensino Fundamental I.

Síntese da entrevista

Cullen nasceu em uma família que, desde o início, tem se dedicado a lhe oferecer amor e proteção. O pai e a mãe começaram a se preocupar com o comportamento do filho quando ele começou a ficar irritado, agressivo e desatento, tanto em casa quanto na escola, quando ele tinha entre dois (entrada na escola) aos seis anos. Carlos e Creuza perceberam que o filho tinha comportamentos diferentes em relação às outras crianças, como: não gostava de brincar com as outras, não conseguia ouvir quando alguém da família lhe pedia algo, não conseguia seguir as instruções dos pais e professores até o final e não terminava as tarefas escolares.

Cullen, não gosta perder numa brincadeira com o pai ou amigos. Se perde uma partida, atribui a culpa às outras crianças ou ao próprio pai. Ele sente dificuldade para se envolver com brincadeiras e costuma se desculpar com o pai ou amigos sempre que perde. Na escola, é considerado uma criança introvertida e, frequentemente, sofre silenciosamente.

Quando Cullen tinha seis anos de idade, a psicóloga da escola em que estudava observou mais atentamente o comportamento hiperativo da criança e instruiu o pai e a mãe a levá-los ao Neuropediatra (consulta particular, devido ao comportamento agressivo na escola, como agredir colegas de classe, e à dificuldade em cumprir tarefas, como permanecer em silêncio quando necessário e aprender a ouvir).

De acordo com as informações fornecidas por Creuza, mãe de Cullen, a criança já experimentou os medicamentos Aristab 10 mg, Metilfenidato 10 mg (Ritalina), Riperidona 1 mg e Oxetine 10 mg, que tornaram-se parte integrante da rotina diária de Cullen, tomando-os há cinco anos. A mãe fica triste e emocionada ao ouvir o filho, de 11 anos. Ele experimentou diversos medicamentos ao longo de seis anos de tratamento. Ela acrescenta que, em cada consulta com o Neuropediatra, há troca de remédios para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e para o Transtorno Opositor Desafiador (TOD), para auxiliar a criança em seu comportamento hiperativo.

As experiências diárias dos pais com os diagnósticos do filho foram suficientes para causar desentendimentos e diversos desconfortos na relação familiar, inclusive em um ambiente público, como um *shopping*, em uma comemoração de aniversário dos amigos. Há cinco anos, a mãe de Cullen tem enfrentado sentimentos de angústia, medo e espanto ao constatar que seu filho está sendo tratado com medicamentos para o TDAH durante todo este tempo e, até à época de realização da entrevista, e não houve melhora significativa no comportamento hiperativo e impulsivo do garoto. A mãe costuma se sentir triste ao pensar no filho e desejar mais tempo para ele, uma vez que "tem pouco tempo disponível para ficar com o filho devido ao trabalho e não pode levá-lo a um acompanhamento psicológico sistemático, por falta de tempo, bem como psicopedagógico"[sic].

Como disse Creuza, mãe do garoto que, "meu marido e eu" temos esperança de que nosso filho Cullen volte a ser Cullen, uma criança sorridente, feliz e contente, Sim, a criança ficou mais calma com as drogas, mas se tornou "robotizado", "condicionado" devidos aos feitos colaterais das medicações [sic].

A mãe tem consciência de que, em qualquer lugar em que seu filho esteja inserido, seja em casa, na escola ou em qualquer outro lugar social, estará sempre disposta a ajudá-lo no desenvolvimento humano da criança. A atenção e o afeto da mãe pelo filho dão-lhe força e coragem para superar os obstáculos que o *bullying* e o preconceito social podem causar ao seu filho.

Com base no diagnóstico de Cullen, a mãe informou à pesquisadora que o pai do garoto começou a perceber, através do filho, que, quando ele tinha a mesma idade do filho, de 11 anos, ele tinha um comportamento hiperativo parecido com o da criança até o final de sua juventude. Além disso, a mãe disse durante a pesquisa que a hiperatividade do marido atualmente é menos frequente que na adolescência e juventude. A mãe disse que também tinha dificuldades para se concentrar nas atividades em casa e na escola, como a agitação física, a impulsividade, e a agressividade. Os colegas também se divertiam com seus comportamentos inusitados e reações exageradas nas brincadeiras, como gritar quando perdiam uma partida, chorar alto, chutar os colegas.

Discussão dos dados

Percebemos que a mãe tem dificuldades para conciliar a vida profissional com as tarefas do dia a dia e a responsabilidade materna de cuidar do filho com diagnóstico de TDAH, que usa medicamentos com frequência. Além disso, o pai do garoto também trabalha em tempo integral e enfrenta dificuldades para conciliar o trabalho com o desejo de estar mais próximo do filho para educar”, consoante o relato da mãe durante a entrevista (Diário de campo, 21 de junho de 2023).

Algumas vezes, a mãe percebeu que a relação com o filho tende a se tornar difícil e desgastante no dia a dia, uma vez que as queixas sobre a rotina incluem vários incidentes de confusão em casa com o irmão e na escola, de acordo com os professores. Além disso, Cullen costuma perder objetos pessoais com frequência e é facilmente distraído por estímulos externos, como ouvir o latido do cachorro ao atravessar a sua residência, entre outros.

As narrativas da mãe nos permitiram compreender que a discussão sobre o TDAH não deve ser restrita à criança afetada, mas sim a todos os membros da família e parentes (pais, irmãos, avós, tios, etc.) que, através da escuta e paciência, contribuem para o

desenvolvimento da criança. Isso implica na atribuição de tarefas ligadas à saúde, ao comportamento social e ao bem-estar da criança, criando, dessa forma, um ambiente em que a realidade da situação seja conhecida por todos e permitindo a criação de uma rotina mais integrada e harmônica.

Durante a entrevista, a mãe deixou claro que precisa de ajuda psicológica para lidar com a nova situação vivida pelo filho com o diagnóstico e o tratamento medicamentoso do TDAH (Diário de campo, 21 de junho de 2023). A esse respeito, observamos que a criança com TDAH precisa de habilidades pessoais em casa e, por exemplo, na escola, como saber ouvir e obedecer, aprender, etc., funções as quais sejam relevantes para a interação social, seja dentro da família ou fora dela. Além disso, as habilidades sociais específicas, como fazer amizades, ter empatia, etc., podem contribuir eficazmente para a aquisição de habilidades e reforçar os valores éticos fundamentais para o desenvolvimento moral da criança.

Abaixo, apresentamos um quadro contendo informações gerais sociodemográficas da família, identificada pela pesquisa como família “P”, na qual o pai e a mãe de Priscila (criança em estudo) participaram da entrevista. Eles têm uma filha diagnosticada com TDAH e o tratamento não é medicamentoso. Consideremos:

Quadro 8 – Dados sociodemográficos,

Família “P”

Participantes	Nível de Escolaridade	Configuração Familiar	Idade/ Escolaridade dos filhos	Ocupação	Classificação Econômica	Escola	Tempo de Diagnóstico	Médico/ Diagnóstico/ Tratamento
Pedro e Paula	Pedro – Ensino superior	Pai, mãe, três filhos	Pedro - 58 Paula - 43	Pedro – Área de Relações	B1	Particular	2 anos	Neuropediatra

	Paula - Ensino superior		Pietro – 13 (7ºano)	Internacio- nais				TDAH
			Paulo – 10 (5º ano)	Paula – Gerente Operacio- nal			 Acom- panhamen- to psicoló- gico;
			Priscila – 10 (5ºano)					Psicopeda- gogo;
			Paulo e Priscila são gêmeos	Pietro, Paulo e Priscila - Estudantes				Fonoaudi- ólogo;
								Não toma medica- mentos

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A entrevista foi realizada na residência de Pedro e Paula. Pedro tem, aproximadamente, 58 anos; enquanto Paula, 43 anos. Estão casados há 16 anos. Ele exerce a função de Gerente Operacional em uma agência marítima e ela atua na Área de Relações Internacionais. Pedro e Paula são pais de Pietro – 13 anos e está no 7º ano do Ensino Fundamental II; Paulo e Priscila – 10 anos (gêmeos) estão no 5º ano do Ensino Fundamental.

Priscila (a criança em estudo) foi diagnosticada pela Neuropediatra com TDAH aos oito anos. Atualmente, Priscila tem dez anos ou seja está com dois anos em que os pais acompanham a filha regularmente a cada seis meses para a consulta particular com a Neuropediatra. Priscila (a criança em estudo) e seus irmãos estudam em uma instituição de ensino particular. Priscila e seu irmão gêmeo Paulo estudam na mesma sala (conforme recomendado pelo pai e mãe da criança à escola), o que sugere que os irmãos fiquem juntos.

O primeiro contato com Paula (mãe da garota) foi realizado por telefone. Após o cumprimento, expomos o título da pesquisa e os objetivos. Paula mostrou-se interessada em

participar da entrevista. Em seguida, entramos em contato com Pedro, o esposo, que demonstrou grande satisfação e interesse em participar do estudo, bem como em compartilhar suas experiências cotidianas com a filha.

Após o consentimento de Paula e Pedro - pais de Priscila - agendamos o dia e a hora da entrevista na casa do casal, onde eles moram com os três filhos. Em frente à residência, que fica no mesmo terreno, está a casa dos pais de Paula. Quando chegamos ao local da pesquisa, fomos bem-vindos e cumprimentamos todos os membros da família que estavam à nossa espera. Em seguida, Pedro e Paula nos convidaram para ir à sala de estar, onde aconteceu a entrevista. Enquanto a entrevista era realizada, os três filhos estiveram em outros ambientes da residência, como o quarto e a área de lazer, onde brincaram e assistiam à televisão.

Síntese da entrevista

Priscila nasceu em uma família que sempre lhe ofereceu afeto e proteção. Os pais, Pedro e Paula, começaram a se preocupar com a filha quando perceberam mudanças no seu comportamento aos oito anos, como irritabilidade, agressividade e desatenção ao assistir filmes infantis até o final, ler e não conseguir compreender, além de cansaço mental em casa, antes da pandemia e se intensificou, especialmente, na pandemia da COVID 19.

Os amigos de Pedro e Paula propuseram que a filha fosse atendida por um Neuropediatra devido à sua hiperatividade e falta de concentração em casa e na escola, de acordo com os professores da criança.

Segundo Pedro, o diagnóstico de TDAH que a filha recebeu é apenas um "pacote de letras" [sic]. Pedro demonstra convicção de que Priscila permanece sendo sua filha e que a ama da mesma forma que os outros filhos, independentemente do diagnóstico. Ele afirmou que sua primeira experiência com uma pessoa com TDAH é com a sua própria filha. E ainda acrescenta: “claro, ter uma filha em casa com TDAH, só agora que estou começando a pesquisar e estudar para descobrir o que significa esse transtorno” [sic]. Pedro aborda temas pessoais que a pesquisadora não tratou com profundidade, devido ao curto tempo disponível na entrevista, para explicar o significado da expressão “tenho uma grande loucura em mim

e não há outra maneira de expressar a minha verdade, uma vez que a verdade é extremamente subjetiva” [sic].

Consoante o relato da mãe, "Priscila, quando não demonstra interesse em executar uma tarefa doméstica ou escolar, torna-se um objeto de desprezo por ela, ou seja, não demonstra interesse em executar". Afasta-se do assunto rapidamente, por exemplo, ao ouvi-la contar uma história de um livro ou um acontecimento familiar, a menina tende a ter dificuldades de concentração em assuntos que não sejam relevantes ou do interesse da garota. Além disso, a mente costuma fluir de forma rápida e tende a "viajar" em suas ideias [sic].

O pai e a mãe também disseram que Priscila sempre foi “desorganizada, costuma distribuir e deixar seus pertences pessoais pela casa, ao contrário de Paulo, seu irmão gêmeo, que é organizado em relação às coisas pessoais e domésticas” [sic].

Durante um dos semestres de 2023, a Neuropediatra instruiu os pais, desde a primeira consulta, isto é, a dois anos atrás, sobre a importância de um acompanhamento multidisciplinar para Priscila, incluindo Psicólogo, Psicopedagoga e Fonoaudióloga. Ela também recomendou que não incentivassem a prática de atividades competitivas, pois isso pode aumentar a ansiedade da filha. Segundo os pais, “Priscila gosta de causar confusão em casa e na escola, se sobressair com as colegas, apesar de ser fraca na aprendizagem, apesar de demonstrar ansiedade e iniciativa quando foca em tarefas que são do seu interesse” [sic]. A mãe relatou que a filha apresenta uma "inclinação à competição, o que é considerado uma característica inerente à filha” [sic].

Paula, a mãe da garota, enfrentou dificuldades para aceitar o diagnóstico de TDAH da filha. Alega que, “maculando-se”, tinha sentimento de culpa. Há algum tempo, achava que a culpa era dela pôr a filha ser hiperativa, achando que ela mesma não deu limites à menina [sic]. Afirmou que, no dia a dia, está aprendendo a lidar com essa nova modalidade de comportamento da criança na família e que não pode negar a existência da impulsividade da filha. Quanto ao pai, este afirmou que “Priscila tende diariamente demonstrar agressividade e agitação. Ao apresentar um comportamento agressivo de falar alto com os irmãos, a criança demonstra a sua teimosia, decorrente da convicção em relação ao que está sendo dito, ou de sua incompreensão por não ter aceitação dos conselhos do pai/mãe e da família” [sic].

Há dois anos atrás, “Priscila começou a alterar as notas do boletim, rasurar e se sentir envergonhada pelos colegas por obter notas baixas”, relatou a mãe. “A popularidade social é extremamente importante para a minha filha. A arrogância demonstrada no dia a dia da menina é uma consequência do desejo de ter controle sobre os irmãos e colegas, o que é extremamente intenso no cotidiano em casa” [sic].

Pedro e Paula encerraram a sua participação na entrevista com a seguinte declaração: “Esse estudo é um laboratório de pesquisa para todos os pais, não somente para os pais ou responsáveis pelo filho com diagnóstico e tratamento do TDAH, envolvidos nesta pesquisa, como também para aqueles que estiverem dispostos a lerem esta dissertação” [sic].

Discussão dos dados

Durante a entrevista, percebemos que o pai e a mãe buscaram aprender diariamente como lidar com Priscila. Em geral, eles procuram orientação através de vídeos no YouTube e da ajuda de parentes e amigos para lidar com o diagnóstico de TDAH de sua filha, incluindo com algumas orientações da Neuropediatra que acompanha a filha

A pesquisa nos permitiu perceber a relevância de os pais manterem os valores éticos e morais transmitidos aos filhos. Esses princípios são bases para o desenvolvimento humano, de modo a desenvolver a tolerância, a harmonia, a capacidade de reconhecer e lidar com as frustrações, e, sobretudo, a capacidade de expressar opiniões e sentimentos, sobretudo na família como base primordial da educação humana.

Quanto ao comportamento Hiperativo de Priscila nos permitiu perceber que os significantes atribuídos pelo pai/mãe à Priscila são: briga, empurra, xinga, faz gestos corporais de raiva com os irmãos e sofre *bullying*. O pai e a mãe perceberam que a filha sente dificuldades em lidar com limites e demonstra ansiedade, especialmente quando ela perde uma competição de jogos com seus familiares e amigos. Foi notório observarmos que o pai e a mãe têm consciência de que o TDAH requer muita paciência para evitar discussões com a filha. Às vezes, é preferível interromper um diálogo que possa causar conflito com a filha e retomar a conversa em outro momento.

Em seguida, apresentamos um quadro com as informações gerais sociodemográficas da família, nomeada pela pesquisadora de família "M", na qual uma responsável pela criança participou da entrevista. Ela ajuda a família no desenvolvimento do garoto que tem o diagnóstico de TDAH e usa medicamentos. Consideremos:

Quadro 9 – Dados sociodemográficos,

Família “M”

Participante	Nível de Escolaridade	Configuração Familiar	Idade/Escolaridade do filho	Ocupação	Classificação Econômica	Escola	Tempo de Diagnóstico	Médico/Diagnóstico/Tratamento
Marina	Técnico	Tia-mãe, mãe e um filho	Marina – 35 Marília - 36 Mário – 10 (4ºano)	Marina - Técnico em TI Marília - Cam-bista Mário Estudante	C1	Pública	5 anos	Psiquiatra Infantil TDAH e TOD Medicamentos

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Com o contato telefônico da pesquisadora e o consentimento de Marina, marcamos a data para a realização da entrevista. Marina solicitou que a entrevista fosse realizada em uma das salas silenciosas e reservadas do local de trabalho, uma vez que seria mais confortável para ela. Marina nos recebeu de maneira satisfatória no dia agendado e demonstrou vontade de colaborar com esta pesquisa através desta entrevista.

Há quatro anos, Marina mantém uma relação estável com Marília, a mãe biológica de Mário (a criança em estudo), que atualmente tem 10 anos de idade. A criança estuda o 4º ano do Ensino Fundamental I numa Escola Pública. Marina tem cerca de 35 anos e exerce a função de técnica em Tecnologia da Informação (TI); Marília, com cerca de 36 anos, exerce a função de Cambista do Jogo do Bicho há seis anos. A mãe de Mário não compareceu à entrevista devido ao trabalho que requer muito de seu tempo. O pai biológico, desde o nascimento de Mário, não assumiu a responsabilidade de educar a criança, apenas a registrou como seu filho, e nunca esteve presente na vida do menino.

Marina demonstrou disponibilidade para ajudar com o cuidado, junto com a mãe de Mário, no desenvolvimento da criança. Há cinco anos atrás, a tia-mãe, como Mário a chama, percebeu um comportamento agitado da criança e, em uma conversa com Marília, mãe do garoto, se comprometeu a levar Mário a uma consulta médica. Dessa forma, o Psiquiatra da Policlínica da Criança e do Adolescente identificou como principal diagnóstico o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e, como diagnóstico secundário, o Transtorno Opositor Desafiador (TOD). Nesse momento, Mário tinha cerca de cinco anos quando foi diagnosticado. Atualmente, a criança tem dez anos e está sob acompanhamento constante com Risperidona (1 mg) e Cloridrato de Fluoxetina (20 mg), durante cinco anos de diagnóstico e tratamento.

Síntese da entrevista

Marina, conhecida pelo garoto Mário como tia-mãe, se comprometeu com Marília a colaborar com a família na educação e na saúde da criança. Marília trabalha o dia todo como vendedora de jogos de bichos, tendo pouca disponibilidade de tempo para cuidar do filho. Desde que Marina passou a conviver com Marília, a mãe do garoto, ele permanece com os avós maternos de segunda a sexta-feira. Há cinco anos, a tia-mãe leva a criança à residência da mãe, já que antes Mário passava a semana inteira com os avós para a mãe poder trabalhar.

Marina relatou que quando Mário precisa sair de casa para ir ao médico com a tia-mãe ou acompanhar alguém da família em um local específico, costuma ficar ansioso e não consegue dormir de maneira satisfatória durante a noite, resultando em sono agitado. Além disso, “tende a se morder, o humor muda depressa, sobretudo quando precisa fazer algo que

não está disposto a fazer, como escovar os dentes ou tomar banho, não aceitando” [sic]. A criança trabalha em troca de recompensas com o intuito de adquirir um brinquedo, jogar bola, assistir televisão ou adquirir chocolate.

Os efeitos colaterais do tratamento medicamentoso, geralmente, deixam Mário sonolento e com pouco apetite. Frequentemente, a mãe, a tia-mãe e os avós maternos tendem a ficar preocupados com o comportamento agitado e desatento do menino. Atualmente, o garoto está tomando Cloridrato de Fluoxetina de 20 mg junto com Risperidona (1 mg), conforme recomendado por um terceiro psiquiatra infantil, uma vez que os profissionais que prestam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são frequentemente transferidos de local de trabalho e, além disso, é uma área em que há um número reduzido de especialistas em Psiquiatria Infantil ou Neuropediatria disponíveis no SUS.

A entrevista também possibilitou que Marina expressasse as suas preocupações com o desenvolvimento da criança. Ela nos informou que, durante a pandemia de Covid-19, “Mário não teve mais a chance de retornar às consultas médicas para avaliar o comportamento da criança e continuar o tratamento com medicamentos”. Marina e a mãe do garoto estão cientes de que uma das formas mais eficazes de minimizar os sintomas do transtorno é o uso de medicamentos, apesar dos riscos que podem apresentar, como a falta de sono e ausência de apetite. Apesar de Marina e a mãe da criança desejarem um acompanhamento psicológico sistemático para a criança no Sistema Único de Saúde (SUS), não há essa possibilidade devido à falta desse profissional. Pelo menos no bairro onde moram e nem nos bairros vizinhos elas encontram essa assistência psicológica.

Nos próximos parágrafos, abordaremos uma breve discussão sobre a entrevista com Marina, que nos forneceu dados sobre o olhar dos responsáveis (mãe, tia-mãe e avós maternos) que cuidam e se preocupam com o desenvolvimento de Mário, diagnosticado e em tratamento para TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) e TOD (Transtorno Opositor Desafiador).

Discussão dos dados

Mário mantém uma relação de amor e confiança com Marina, que chama de tia-mãe, uma vez que ela também desempenha funções maternas fundamentais para a educação, o crescimento saudável e o desenvolvimento humano do garoto.

Marina, por sua vez, tem uma relação amorosa com Marília. Ela é casada com a mãe do menino há cinco anos e, desde então, tem oferecido à criança uma presença acolhedora e amigável.

Os principais motivos pelos quais Marina procurou ajuda médica foram a preocupação com os sintomas hiperativos do menino em casa, bem como a necessidade de auxiliá-lo no seu desenvolvimento humano, cognitivo e social.

A mãe e os responsáveis por Mário constataram, por experiência própria, que são raros os médicos Psiquiatras Infantil ou Neuropediatras, uma vez que os profissionais que prestam serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são, frequentemente, transferidos de local de trabalho e, além disso, essa área apresenta um número reduzido de profissionais disponíveis no sistema.

Além da pouca oferta de serviços nos postos médicos, é difícil para a mãe ou responsável pela criança, como explica Mariana, agendar consultas devido à grande procura nos locais públicos onde esses profissionais trabalham. Essas questões reforçam ainda mais a necessidade de melhorar o planejamento administrativo do atendimento em saúde mental para os serviços serem acessíveis a todos os pais/mães e responsáveis que procuram assistência médica para seus filhos/as, como explica Marina em uma de suas colocações na entrevista.

É benéfico que o médico instrua o pai e a mãe sobre como cuidar da criança com TDAH, incluindo não somente medicamentos, mas também atividades recreativas, ocupacionais, esportivas e, principalmente, psicoterapia em grupo ou individual, tanto para a criança quanto para os pais.

Em seguida, apresentamos um quadro com os dados gerais sociodemográficos da família, nomeada pela pesquisadora como família “E”, na qual uma mãe esteve presente na entrevista. Ela tem um filho com o diagnóstico de TDAH e usa medicamentos. Conforme segue:

Quadro 10– Dados sociodemográficos,

Família “E”

Participante	Nível de Escolaridade	Configuração Familiar	Idade	Ocupação	Classificação Econômica	Escola	Tempo de Diagnóstico	Médico/ Diagnóstico/ Tratamento
Edna	Ensino Médio Completo	Mãe, pai e dois filhos	Edna – 36 Edson – 38 Eliana – 18 (3º ano do Ensino Médio) Enzo – 7 (2º ano)	Edna – Atendente Edson – Motorista Eliana e Enzo – Estudantes	C1	Pública	3 anos	Psiquiatra Infantil/ TDAH e TOD/ Medicamentoso e Acompanhamento Psicológico

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A pesquisadora entrou em contato telefônico com Edna, a mãe de Enzo, para tratar de assuntos relacionados à pesquisa. A pesquisadora explicou-lhe que se tratava de uma pesquisa e forneceu alguns dados iniciais como o título e os objetivos do estudo. Após o consentimento da participante da pesquisa, agendamos a data e o horário para a realização da entrevista na residência de Edna.

A entrevista aconteceu na residência de Edna. Edson, o marido, não esteve presente, pois estava trabalhando. Há oito anos eles estão casados. Edna tem cerca de 33 anos; enquanto o seu companheiro, cerca de 37. Edna trabalha como atendente de *Call Center* em horário integral e Edson trabalha como motorista de aplicativo da *Uber*. Edna e Edson possuem o ensino médio completo. Edna tem uma filha chamada Eliana, fruto do primeiro

relacionamento, que atualmente tem 18 anos, e um filho chamado Enzo (a criança em estudo), de sete anos, fruto do segundo relacionamento com Edson, o atual marido.

Ao chegarmos à residência de Edna, fomos muito bem acolhidos. Ela estava somente com os dois filhos, Eliana e Enzo. O marido, que trabalhava como motorista de aplicativo, estava ocupado e ligou para a esposa, pedindo desculpas pelo fato de não poder comparecer à entrevista. Edna nos convidou para irmos à sala de estar onde Enzo estava assistindo desenhos animados na TV. A mãe gentilmente pediu que Enzo, seu filho, desligasse a televisão e assistisse no quarto do casal. Eliana, a filha mais velha, estava no quarto dela quando chegamos e só saiu para nos cumprimentar depois que a entrevista havia acabado. Dessa forma, ficamos sozinhos na sala com Edna, onde ocorreu a entrevista.

O pai e a mãe de Enzo estiveram atentos ao comportamento hiperativo do filho em casa e nas brincadeiras com os amigos do bairro onde moram desde que a criança tinha quatro anos. A criança costumava chutar seus amigos, não suportava perder as brincadeiras, gostava de mentir, entre outros comportamentos, que atraíam a atenção dos pais. O pai e a mãe, por iniciativa própria, levaram a criança ao Psiquiatra no CAPS Infanto-Juvenil. Nesse período, o garoto foi diagnosticado com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Opositor Desafiador (TOD) aos quatro anos de idade. O médico prescreveu o uso de Neuleptil (indicado para distúrbios mentais e comportamentos) para Enzo em doses de 40 mg (7gt/dia). Atualmente, a criança, atualmente, tem sete anos e está cursando o 2º ano do Ensino Fundamental I em uma Escola Pública

Síntese da entrevista

Durante a entrevista, Edna revelou suas preocupações com a saúde mental do filho e afirmou que teme que ele se sinta excluído do convívio social. A confirmação do diagnóstico de TDAH em Enzo deixou todos os membros da família (pais, irmã, avós maternos e paternos, entre outros) em estado de tensão e apreensão. Apesar de o pai e a mãe terem expectativas de um diagnóstico médico para o filho, devido ao seu comportamento habitual de hiperatividade, quando o receberam, ficaram apreensivos com o resultado sobre como lidar com o filho.

Após o diagnóstico de TDAH no garoto, o pai e a mãe passaram a comparecer a cada seis meses ou sempre que o médico agendava os atendimentos. Conforme a mãe, “durante os dois anos em que o filho foi acompanhado pelo mesmo Psiquiatra Infantil, Edna e Edson não se deram muito bem com o médico do CAPS, uma vez que este não dava atenção ao que os pais diziam a respeito do comportamento do filho em casa. O médico achava que os pais exageravam sobre o comportamento hiperativo da criança, o que os deixava mais angustiados”. Até o momento da entrevista, Edna revelou a pesquisadora que há cerca de um ano, que está buscando uma consulta com um Neuropediatra pelo SUS e ainda não havia obtido sucesso.

Edna informou que o filho toma o mesmos medicamentos há dois anos, Neuleptil 40 mg. Os efeitos colaterais da medicação, geralmente, perturbam o sono da criança à noite, apresentando períodos de irritação e dificuldades para dormir. Os pais têm se mostrado bastante preocupados com as dificuldades enfrentadas pelo filho Enzo em casa e na escola, tais como, a impaciência dos pais com ele, a discussão entre os pais, etc. Já na escola, o *bullying* tem proporcionado mais agitação e inquietação na criança, o que tem interferido na dinâmica da sala de aula e a professora a chamar atenção das outras crianças para não acontecer a desrespeito com Enzo. “Há oscilação do efeito da medicação na criança, a mãe decidiu, por conta própria, dar a medicação apenas duas ou três vezes por semana, quando a recomendação é de 1/dia para a criança” [sic]. Ao tomar o remédio Neuleptil, diz a mãe: "a criança costuma dormir tranquila, mas, às vezes, fica agitada na cama por toda a noite" [sic].

Edna está ciente de que, para o tratamento do TDAH no filho, é necessário também o uso de Ritalina, tendo em vista o que ouviu de pessoas próximas a ela, bem como a necessidade da criança de acompanhamento psicológico. Edna, disse: “nenhuma pessoa recomendou que eu levasse o meu filho ao médico. Comecei a perceber uma alteração no comportamento do garoto a partir do momento em que ele completou quatro anos”. Nessa seara, Edna imaginou que seu filho tivesse autismo, uma vez que ele andava nas pontas dos pés quando era menor e enfrentava dificuldades para aprender. A interação com os amigos era boa, pois Enzo gostava de brincar com as crianças que moravam próximas à sua residência. Isso levou os pais a descartarem a possibilidade de um diagnóstico de autismo.

O diagnóstico de TDAH da criança, dado pelo Psiquiatra do CAPS Infante-Juvenil, causou alguns desentendimentos na família, sobretudo entre os pais, devido à hiperatividade da criança, à teimosia em casa e à resistência em cumprir as tarefas. A mãe do garoto afirmou

que o comportamento hiperativo e impulsivo foi um dos sinais que a família identificou de que a criança poderia ter TDAH. Além disso, ela afirmou que a psicóloga do CAPS suspeitou que o comportamento do menino é compatível com as características do transtorno.

O laudo médico que descrevia o diagnóstico de TDAH em Enzo permitiu à mãe, constantemente, se referir ao filho como “você é TDAH”, explicando o comportamento inquieto da criança. Foi possível notar que, sem a devida intenção de magoar o garoto, a mãe também praticava *bullying* em sua rotina, rotulando o próprio filho.

. A pesquisadora conversou com a mãe a respeito da possibilidade da criança ser chamada pelo pai e pela mãe pelo seu próprio nome. A mãe expressou gratidão pela presença da pesquisadora, uma vez que não havia avaliado o impacto que essa atitude poderia causar, em geral, um aumento do sofrimento psicológico na vida do filho, além de ter uma repercussão na família e no contexto social da criança.

Discussão dos dados

A entrevista com Edna nos permitiu perceber que o diagnóstico e o tratamento com medicamentos para o filho Enzo são importantes para a nossa discussão. A questão do diagnóstico tem grande impacto na vida da família com crianças com TDAH. Nessa perspectiva, Lima (2016) elucida que diagnosticar não é apenas “nomear uma condição de adoecimento. É uma classificação que insere o sujeito a um grupo [...] sobre o nome que foi fixado seu sofrimento” (p. 87). Dessa forma, a criança passou a ser chamada pela família e na vida social não somente pelas suas qualidades individuais, mas também pelo nome que lhe foi atribuído em função do diagnóstico no sujeito: “Sou TDAH”.

Nessa ótica, verificamos que as políticas públicas estão cada vez mais fundamentadas em diagnósticos, pois não há medicação sem eles. Os diagnósticos direcionam o indivíduo para uma atitude social e comportamental relacionada ao sofrimento psicológico identificado.

O diagnóstico de TDAH não é apenas um evento clínico que requer um tratamento com medicamentos. Frente a isso, Neves e Souza (2022) denominaram a “racionalidade diagnóstica” (p. 3) como uma forma de unir as diversas narrativas sobre o sofrimento, ou seja, como cada discurso compreende o sofrimento e o conduz. A racionalidade diagnóstica

da evidência psiquiátrica leva a uma rede de cooperação entre diferentes setores da sociedade, com o objetivo de fomentar pesquisas científicas, cooperações com laboratórios de medicamentos e gerência da saúde mental.

A mãe de Enzo, numa atitude não consciente também introduz o filho a carregar o sobrenome de TDAH, uma vez que o novo sobrenome da criança passou a ser a patologia em forma de *bullying*. Se a mãe passa a ver o diagnóstico, ela sentirá dificuldade para conseguir olhar o sujeito-filho ao seu redor. Como já foi mencionado, a criança se afasta do corpo e tende a se tornar uma pessoa sem vínculos sociais, o que pode causar problemas como a exclusão, o preconceito e a discriminação na relação social, devido às suas características e aos sintomas causados pelo transtorno.

6.1. O olhar dos pais/mães e responsáveis em relação ao diagnóstico e ao tratamento do TDAH do seu filho/a:

A partir das sínteses das entrevistas e da discussão dos dados coletados nas cinco entrevistas, apresentamos, neste subcapítulo, alguns pontos relevantes, de forma sucinta, sob o olhar dos pais/mães e responsáveis em relação ao diagnóstico e ao tratamento do TDAH do seu filho/a.

No decurso da pesquisa de campo, notamos que os pais/mães e responsáveis desejam acompanhamento multidisciplinar para seu filho/a, bem como a psicoterapia individual ou em grupo para que possam expressar suas angústias e medos em relação ao diagnóstico e tratamento medicamentoso para o TDAH. Uma equipe multidisciplinar que trabalhe em conjunto com os pais/mães ou responsáveis sobre como lidar com o comportamento hiperativo/impulsivo do filho/a durante a rotina diária. Além disso, proporcionar momentos de encontro que favoreçam a interação com outros pais/mães e responsáveis pelo filho/a com TDAH é uma demanda expressa dos entrevistados pela pesquisadora, permitindo a troca de sentimentos, dúvidas, desejos e experiências de vida diária no relacionamento com a criança

É crucial que os pais/mães e responsáveis sejam acolhidos e escutados através da psicoterapia, seja em grupo ou individual, o que os ajudará a manter o convívio familiar em harmonia, compreender o comportamento do filho/a durante o diagnóstico e tratamento medicamentoso do TDAH e ajudá-los a compreender os sintomas, subjetividade da criança

e o sofrimento psicológico dos pais/mães ou responsáveis que lidam diariamente com a criança.

Em relação ao uso de medicamentos, os pais/mães e responsáveis demonstraram um desejo de transcender o manual de sintomas contido no DSM-5, o que implica uma atenção médica mais atenta ao filho/a em sua singularidade. A prescrição de medicamentos foi frequentemente mencionada como um exemplo de como conquistar direitos e assegurar um lugar para a criança em uma sociedade marcada, geralmente, pela exclusão, pelo preconceito e discriminação por ser diferente.

As entrevistas nos mostraram que, em geral, os pais, mães e responsáveis, motivados pelo desejo de cuidar do filho/a, adquiriram conhecimento com algumas pessoas próximas sobre o que já ouviram falar sobre o comportamento hiperativo do filho/a. Após o diagnóstico de TDAH no filho/a e o tratamento com medicamentos, os pais/mães/responsáveis receberam orientações básicas da Neuropediatra ou Psiquiatra Infantil que acompanha a criança, sobre como cuidar da criança. É comum que os pais, mães e responsáveis, após um dia de trabalho procurem informações sobre o TDAH através da leitura de livros físicos, como *Mentes Inquietas* da Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva, Biblioteca Virtual em Saúde, vídeos no YouTube e ajuda de parentes e amigos, para melhorar a escuta, compreender melhor o comportamento do filho/a e ajudar no desenvolvimento da criança.

No que concerne às obrigações, responsabilidades e demandas profissionais que os pais, mães e responsáveis enfrentam têm diariamente causado preocupações devido à escassez de tempo disponível para a família, o que os impede de dedicar tempo suficiente para cuidar dos filhos/as e auxiliar na educação deles, sobretudo ao filho/a com TDAH, que toma medicamentos.

Dada a rotina atípica dos pais, mães e responsáveis, os momentos familiares com a criança tornam-se mais tensos no dia a dia, uma vez que as queixas sobre a rotina da criança incluem diversos incidentes de confusão em casa com os irmãos e na escola, de acordo com os professores. Além disso, há ocasiões em que os pais/mães enfrentam desentendimentos devido ao cansaço físico e mental, geralmente causado pelo excesso de trabalho profissional e pela necessidade de dedicar mais tempo ao filho com TDAH, ao tratamento

medicamentoso e às atividades diárias da criança, incluindo o desempenho escolar, o lazer e a família.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da complexidade que envolve o diagnóstico, a compreensão e o tratamento do TDAH na criança sob a olhar dos pais/mães e responsáveis, torna-se necessário compreendermos que esse transtorno foi amplamente difundido em diferentes culturas até os dias atuais.

É evidente que diversas obras literárias (livros, teses, artigos e outros) têm se dedicado ao estudo do fenômeno da agitação/desatenção sob uma perspectiva predominantemente biológica. O diagnóstico de TDAH tornou-se um transtorno mental devido à identificação de um conjunto de comportamentos específicos, geralmente mais estudados na infância.

O TDAH é, geralmente, fundamentado em uma descrição específica das atitudes comportamentais advindas dos DSMs ao longo da história. Nesse cenário, a hiperatividade, a desatenção e a impulsividade são fenômenos complexos e interdependentes. A qualidade de vida pode ser afetada por diversos fatores, como os laços familiares, o meio social e cultural, a biologia, a situação socioeconômica e, sobretudo, os aspectos psicológicos da pessoa.

Dessa forma, desejamos avançar para além de um manual descritivo a respeito do sintoma, valorizando o campo do sujeito/criança e sua singularidade. Conforme observado neste estudo, a maioria das categorias diagnósticas, como a Classificação e Diagnóstico das Doenças Mentais (DSM-5), geralmente não inclui o singular, deixando de lado o que é relevante para o sujeito, a sua história.

A psicanálise é um campo do conhecimento que pode ser usado para discutir as especificidades do TDAH na criança, uma vez que considera cada sintoma em relação ao comportamento ponderado como uma resposta subjetiva. Dessa forma, a psicanálise pode ser útil ao considerar as particularidades de cada caso, respeitando a história de vida de cada criança e seus familiares, bem como suas formas de ser e existir. A hiperatividade e a desatenção não são novidades no século XXI: a psicanálise as considera como formas subjetivas de constituir um corpo simbólico e expressar-se de forma instável, por meio de comportamentos.

Em relação, a pesquisa de campo foi proporcionado aos pais/mães e responsáveis um espaço para expressar suas preocupações quanto ao futuro do filho/a, com sentimento de tristeza e expectativas sobre como proporcionar o bem-estar desejado à criança. Como foi possível observar nas entrevistas, é crucial que os pais/mães e responsáveis sejam acompanhados por uma equipe multidisciplinar, composta por Psicólogo, Psicopedagogo, Médico, entre outros profissionais para que possam esclarecer as suas dúvidas, encontrar apoio e força para expressar os seus sentimentos e superar as dificuldades iniciais do diagnóstico e tratamento do TDAH de seu filho/a.

Este estudo nos permitiu, como psicólogas/os, atentar para os problemas psicológicos dos pais/mães e responsáveis, oferecendo-lhes a oportunidade de acolhê-los e ouvir com atenção os seus medos, angústias e ansiedade no presente contexto profissional, familiar e, sobretudo, na responsabilidade de cuidar do filho/a com TDAH em tratamento com medicamentos.

Desejamos que este estudo sirva de base para futuras pesquisas sobre a temática em questão, o que pode resultar em outros estudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa 2022, p. 4. Disponível em: www.abep.org – abep@abep.org. Acesso em: 21 de julho de 2024.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária na Resolução DC/ANVISA Nº 784 DE 31/03/2023. Dispõe sobre a atualização do Anexo I (Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Disponível em: [https://www.legisweb.com.br/](https://www legisweb.com.br/) Acesso em: 12 de julho de 2024

ANDRADE, Carlos Drummond de. Poesia contra a pandemia: Mãos dadas. São Paulo, 1940 Disponível em: <https://centroloyola.com.br/> Acesso em: 10 de maio de 2024.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** - DSM. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO (ABDA). O que é o TDAH. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/o-que-e-o-tdah.html>>. Acesso em: 5 janeiro de 2024.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM. 1 ed. Washington D/C, 1952.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM. 2 ed. Washington D/C, 1968.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais). DSM. 3 ed. Washington D/C, 1980.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM. 4 ed., Washington D/C, 1994.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** - DSM. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARATTO, Geselda. A descoberta do inconsciente e o percurso histórico de sua elaboração. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 74-87, mar. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2024.

BARROS, Manoel de. Retrato Do Artista Quando Coisa. Rio de Janeiro: **Editora Record**, 1998.

BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni; CASELLA, Erasmo Barbante. Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 32, n. 97, p. 93-103, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862015000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2023.

BIRMAN, Joel. Freud & A Filosofia. Coleção Passo-A-Passo. Rio de Janeiro. Editor Jorge Zahar. Disponível em: <https://psiligapsicanalise.wordpress.com/>. Acesso em: 10 de julho de 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - **CONITEC**. Metilfenidato e lisdexanfetamina para indivíduos com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Brasília – DF, 2020. Disponível em: <http://conitec.gov.br/>

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. PORTARIA CONJUNTA Nº 14, de 29 de julho de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/> Acesso em: 20 de junho de 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde – Saúde Mental. Entre 5% e 8% da população mundial apresenta Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade / 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/> Acesso em: 20 de junho de 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **CID 10 – 1990**. Brasília: DATASUS. Disponível em: <http://datasus1.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cid-10> ou em <https://www.medicinanet.com.br/cid10.htm> Acesso em: 21 de junho de 2024.

BRASIL, Lei nº 14.417 de 20 de julho de 2022. Institui a Semana Nacional de Conscientização sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 30 de nov, 2021, PL 263021. <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, pelo código [05152022072100001](http://www.in.gov.br/autenticidade.html)

CALIMAN, Luciana Vieira. **A biologia moral da atenção:** a constituição do sujeito (des)atento. Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Ortega. 2006. 176 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro de Biomédico Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

CALIMAN, Luciana Vieira. TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 3, p. 559–566, jul. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/dMWSQRntTwZwHpXBTswQHhv/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 de abril de 2013.

CALIMAN, Luciana Vieira. A constituição sócio médica do "fato TDAH". **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 135–144, jan. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/hBfJpQhp43DFzLKnCbmPQwf/?lang=pt#>. Acesso em: 5 de outubro de 2023.

CALIMAN, Luciana Vieira. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 1, p. 46–61, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/K7H6cvLr349XXPXWsmsWJQq/?lang=pt#>. Acesso em: 16 de março de 2023

CAPONI, Sandra e BRZOWSKI, Fabíola Stolf. Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: classificação e classificados. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1165–1187, 2009.

CARVALHO, Aline dos Santos Moreira de; FERREIRA, Liliane Musumeci; ALBUQUERQUE, Léia Flauzina da Silva; JAGOBUCCI, Lucélia Aparecida; SOUZA, Karla de Lourdes Antunes; TRICHES, Jean Carlos; ALMEIDA, Luciana Menezes de; PEREIRA, Ingrid dos Santos; PEREIRA, Erika dos Santos; SOUTO, Pacifico Ferraz. A História do TDAH – Evolução. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 2, e7611225604, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/> Acesso em: 22 de julho de 2024.

COUTO, Taciana de Souza; MELO-JUNIOR, Mario Ribeiro de; GOMES, Cláudia Roberta de Araújo. Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade

(TDAH): uma revisão. **Ciênc. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 241-251, abr. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/> Acesso em: 23 jun. 2024.

DESIDÉRIO, Rosimeire C. S.; MIYAZAKI, Maria Cristina de O. S. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 11, n. 1, p. 165–176, jan. 2007.

DIAS, Elsa Oliveira. Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento. **Nat. hum**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-48, jun. 2000 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/>Acesso em: 12 jul. 2024.

DUARTE, Elisangela Evangelista. TDAH - como compreender estas quatro letras transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v.10.n.01. jan. 2024.

FARIA, Leonardo. Tratamento do TDAH: uma revisão atual dos principais medicamentos e terapias com eficácia comprovada. *Meu cérebro*, 2024, n. p. Disponível em: <https://meucerebro.com/artigos/> Acesso em: 12 de julho de 2024.

FINTA, Ana Carolina Neller; NOGUEIRA, Isabelle Leão; MATOS, Carolline Patan de; FERREIRA, Maria Rosa Cordeiro; BUENO, Luciana Cação Vilela; CARDOSO, Luísa Rodrigues; GARCIA, Fernanda Nunes; OLIVEIRA, Mônica Cecília Rincon de; CARAFINI, Karoline Lopes; SAMPAIO, Danilo Curado; FILHO, Darci Candido da Silva e LINDEMAM, Me. André Carvalho. O uso de metilfenidato em crianças com TDAH e sua repercussão: Uma revisão literária. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.5, p. 22002-22013 sep./oct. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/>. Acesso em: 03 de jul de 2024.

FONSECA, João José Saraiva. **Metodologia da pesquisa científica**. Universidade Estadual do Ceará - Fortaleza: Editora UEC, 2002.

FREUD, S. (1980). Uma nota sobre o inconsciente na psicanálise. In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912b).

FREUD, S. (1996). A dissolução do complexo de Édipo. In J. Strachey (Ed. e Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. 19. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924).

FREUD, S. (1926). Inibições, sintomas e angústia. In: **Obras psicológicas completas**: Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1930). O Mal-Estar na Civilização. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. RJ: Imago, 1996.

GASPAR, Leonardo e HOUNIE, Ana G. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: O Básico. **Revista debates em psiquiatria** - Mar/Abr 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Editora Atlas, 1994.

GOMES, Abner Maurício; MATTOS, Gabriela Barros de Freitas. MONÇÃO, Gustavo Lejeune e ALVIM, Virgílio Luiz Andrade de Faria. Desafios enfrentados pelo profissional de psicologia na construção do diagnóstico do TDAH. **REVISTA DE TRABALHOS ACADÊMICOS – UNIVERSO BELO HORIZONTE**, VOL. 1, NO 9 (2023). Disponível em: <http://revista.universo.edu.br/>. Acesso em: 01 de julho de 2024.

GRAEFF, Rodrigo Linck; VAZ, Cícero E. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Psicologia USP**. v.19, n.3, p.341-361. 2008.

JERUSALINSKY, Alfredo. Diagnóstico de déficit de atenção, o que pode dizer a psicanálise? In: **Conferencia proferida en la Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infância**, abril, Buenos Aires - Argentina, 2006. Disponível em: <https://appoa.org.br/> Acesso em: 13 de julho de 2024.

JORGE, Marco Antônio Coutinho. TDAH: transtorno ou sintoma? Resenha do livro Todos hiperativos? A inacreditável epidemia dos transtornos de atenção de Patrick Landman. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, março, 2020, 23(1), 157-160. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n1p157.10>.. Acesso em: 15 de dezembro de 2023.

KAMERS, Michele. A falsa epidemia do TDAH e os impasses no uso da metodologia DSM na infância. **Estilos clín.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 516-527, ago. 2016 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282016000200013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 abr. 2024. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v21i2p516-527>.

KAMERS, Michele. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 18, n. 1, p. 153-165, abr. 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 jul. 2024.

KAMERS, Michele. **Da criança a matar à morte da criança reflexões psicanalíticas sobre a medicalização na infância**. Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Cristina Machado Kupfer. 2018. 167 p. Tese (Doutor em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano). Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia, São Paulo, 2018.

KUNRATH, Letícia Hoffmann; WAGNER, Adriana; JOU, Graciela Y. de. A educação dos filhos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: o que fazer? **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 12, n. 20, p. 235-250, dez. 2006 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682006000200009&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 03 ago. 2024.

LANDMAN, Patrick. Todos os hiperativos? A epidemia incrível de problemas de atenção. Paris: Éditions Albin Michel, 2015.

LACAN, Jacques. Nota sobre a criança. In. **Outros escritos** (V. Ribeiro, trad., p. 369- 370). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, (2003[1969]). p.369.

LIMA, Michelle Cavalheiros. **TDA/H: uma leitura possível**. Orientador: Prof. Dra. Elizabete Regina Almeida de Siqueira. 2016. 100 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco, Recife/PE, 2016.

LUCCIA, Danna Paes de Barros de. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) diagnosticado na infância: a narrativa do adulto e as contribuições da psicanálise**. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2014, p. 26.

MACEDO, Mônica Medeiros Kother; FALCAO, Carolina Neumann de Barros. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. **Psychê**, São Paulo, v. 9, n. 15, p. 65-76, jun. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 jul. 2024.

MATOS, Evandro Gomes de; MATOS, Thania Mello Gomes de; MATOS, Gustavo Mello Gomes de. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Rev Psiquiatr RS**;27(3):312-318, set/dez 2005.

MENEZES, Luciane. SantAnna de; ARMANDO, Gisela Giglio; VIEIRA, Patrícia (Orgs). **Medicação ou Medicalização?** São Paulo: Primavera Editorial, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de.Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora HUCITEC-ABRASCO, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: <https://www.faed.udesc.br/> Acesso em: 12 de julho de 2024.

MINAYO, Maria. Cecília de Souza. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

MOURA, Ana Karina Barbosa; GALLUCCI, Bruna D'Arezzo Pessente; RIBAS, Maria Fernanda Assis e CAMPOS, Érico Bruno Viana. Medicalização da infância e psicanálise: o caso TDAH. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 41, n. 1, p. 5-18, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index>. Acesso em: 13 de julho de 2024.

MORIN, Edgar. É preciso ensinar a compreensão humana. Fronteiras do Pensamento, março de 2015, n. p. Disponível em: <https://www.fronteiras.com/> Acesso em: 21 de julho de 2024.

NEVES, Tiago Iwasawa e SOUZA, Vinicius José de Lima. **Patologia do Desempenho:** TDAH, Drogas Estimulantes e Formas de Sofrimento no Capitalismo. Psicologia: Ciência e Profissão 2022 v. 42, e236353, 1-13. Disponível em: www.scielo.br/pcp. Acesso em: 28 de abril de 2024.

NOVARTIS BIOCIEÊNCIAS S.A. **Ritalina: metilfenidato.** Bula de remédio. São Paulo, 2023.

OKAMATO, Mary Yoko; CRUZ, Murilo Galvão e FERRAZZA Daniele de Andrade. **O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores.** Interface (Botucatu). 2016; 20(58):703-14.

PIRES, Thiago de Oliveira; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva e ASSIS, Simone Gonçalves de. Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 624–633, ago. 2012.

REZENDE, Eduardo de, A história completa do TDAH que você não conhecia. **Psicoedu**, Disponível em: <https://www.psicoedu.com.br/2016/11/historia-origem-do-tdah.html>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2024.

REZENDE, Poliana Aires Rocha; BUENO, Késia Mariane de Oliveira; ARAÚJO, Maria Vitória Lopes de Oliveira; SILVA, Nayara Gomes da; DANTAS, Maria Clara G.; FERREIRA, Ezequiel Martins. Libido segundo a psicanálise: explorando o desenvolvimento infantil. **Teoria e pesquisa em psicologia 2, Capítulo 1**. Atena Editora. Goiás UEG, 2023. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/download-post/78261>. Acesso em: 22 de julho de 2024.

ROHDE, Luís Augusto. BARBOSA, Genário; TRAMONTINA, Silzá; POLANCZYK, Guilherme. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 07–11, dez. 2000.

ROUDINESCO, Elizabeth. **Por que a Psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

ROY, Daniel; ROY, Maryse: Hiperatividade: ordem e desordens. In: SANTIAGO, Ana Lydia, MEZÊNCIO, Márcia (orgs). **A psicanálise do hiperativo e do desatento**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2013.

ROSA, Mirian Izolina Padoin Dalla; ROCHA, Geovane. dos Santos da. Estudo psicanalítico sobre Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH) na infância. **Caderno Psicanálise**. (CPRJ), Rio de Janeiro, v. 42 n. 43, p. 249-264, jul./dez. 2020 Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-72171>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2023.

SANTOS, Isabela Simão Lima. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – “TDA/H” transtorno do comportamento?** Dissertação. Belo Horizonte, 2010.

SANTOS, Caroline Cezimbra dos; SCHMIDT Fernanda Munhoz Driemeier. Amadurecimento psíquico e TDAH: estudo de caso clínico. **Pensamento Contemporâneo Psicanálise e Transdisciplinaridade**. v. 3 n. 1 Jan/Jul 2023. Disponível em: <https://www.pensamentocontemporaneo.com.br>. Acesso em: 10 de julho de 2024.

SANTOS, Letícia de Faria; VASCONCELOS, Laércia Abreu. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 4, p. 717–724, out. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/xD3ksy5kVHLqFVQyGL5jtzz/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 10 de março de 2023.

SCHRAIBER, Lilia. Blima. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 63–74, fev. 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000100010>. Acesso em: 09 de janeiro de 2024.

TONETTO, Ana Paula Mucha; BARBIERI, Valeria; ANDRADE, Marcela Lança e SQUIRES, Claire. Contribuições psicanalíticas para o Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade: uma revisão da literatura. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 53.2, p. 52-82, 2021.

TUCHTENHAGEN, Maria Beatriz Peixoto. **Hiperatividade e déficit de atenção: um olhar psicanalítico**. Dissertação. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, 2007.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis/ Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2003.

VIÉGAS, Lúcia de Sousa; OLIVEIRA, Ariane Rocha Felício. TDAH: Conceitos vagos, existência duvidosa, **Nuances: estudos sobre Educação**, ano 2014, v. 25, ed. 1, p. 39-58, 28 set. 2014.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Estamos pesquisando, nesta entrevista, "o olhar dos pais/mães sobre o diagnóstico e o tratamento do TDAH atribuído ao seu filho/a".

Outras perguntas foram feitas aos pais/mães ou responsáveis no decorrer da entrevista para aprofundar, esclarecer ou estender conteúdos trazidos:

1. O que entendem sobre o TDAH?
2. Quais os métodos de tratamento do TDAH que vocês conhecem?
3. Qual é a diferença entre os medicamentos estimulantes e não estimulantes usados para o tratamento? Qual é o mais usado hoje e quais os efeitos colaterais possíveis que vocês conhecem?
4. Alguém aconselhou vocês, pais/mães ou responsáveis, a levarem o seu filho/a ao médico?
5. Como se sentiram ao receber a prescrição médica do medicamento para o tratamento do seu filho/a?
6. A partir de suas experiências cotidianas, quais foram os impactos sociais e familiares antes e depois do diagnóstico de TDAH no seu filho/a?
7. Existe algum sinal, alguma característica, que exclua a possibilidade de seu filho/a ter TDAH?
8. Por que diagnosticar e medicar a criança "inquieta e difícil" torna-se atualmente urgente?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada (o) para participar da pesquisa “O olhar dos pais/mães sobre o diagnóstico e o tratamento do TDAH atribuído ao seu filho/a.”

Esta pesquisa tem o objetivo: compreender os sentidos atribuídos pelos pais/mães sobre o diagnóstico e o tratamento do TDAH de seu filho/a.

Assinando este termo eu fico ciente de que:

Minha participação na pesquisa não é obrigatória e eu não recebi nenhuma pressão para participar dela;

Posso desistir a qualquer momento de participar da pesquisa e retirar meu consentimento, se assim desejar ou se sentir algum incômodo, desconforto, constrangimento ou cansaço;

Minha recusa de participar da pesquisa não trará nenhum prejuízo em minha relação com a pesquisadora e/ou com outros profissionais da área;

Tenho a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;

Estou ciente que estou participando de uma pesquisa que não envolve qualquer interferência na conduta clínica adotada no tratamento do meu filho/a;

Minha participação na pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semiestruturada de forma individual, que será gravada em áudio (por meio de gravador da voz).

Estou ciente de que a entrevista será transcrita (a fala gravada será transformada em texto de computador) e que alguns pesquisadores poderão conhecer o conteúdo para discutir os resultados;

Estou ciente que posso me recusar a dar resposta a determinadas questões da entrevista;

Estou ciente que, ao término da pesquisa os resultados serão utilizados para fins acadêmicos, como a publicação de textos científicos, levando em consideração os sujeitos em sua própria experiência. Não será utilizado qualquer dado meu que possa identificar a minha identidade ou da minha criança, pois um nome fictício será utilizado para cada um de nós;

Os dados ficarão guardados em local seguro, com a pesquisadora, sem que outras pessoas tenham acesso ao material. Todos os informes que possam identificá-lo serão alterados, de forma a não possibilitar minha identificação ou do meu filho/a;

Fui informado de que a pesquisa não apresenta riscos prévios para mim e nem ao meu filho/a. No entanto, há sempre a possibilidade de incômodo de ordem emocional devido à delicadeza do tema que aborda a interação e os cuidados com uma criança. Caso eu sinta algum desconforto emocional decorrente da pesquisa, a pesquisadora se comprometeu a me encaminhar para profissional competente que oferecerá orientação específica e/ou suporte emocional, se necessário ou caso eu solicite;

No que concerne aos possíveis benefícios a mim e ao meu filho/a, fui informada de que a entrevista me permitirá um espaço de fala sobre questões delicadas da interação e do cuidado com o meu filho/a.

Recebi da pesquisadora uma cópia deste documento, no qual constam o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e minha participação, agora ou a qualquer momento.

DADOS DA PESQUISADORA PRINCIPAL (ORIENTADORA):

MARIA CONSUÊLO PASSOS

Endereço completo: RUA ALMEIDA CUNHA, 245, SANTO AMARO, BLOCO G4
Contato: (81) 2119.4172 (Departamento de Psicologia)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

A pesquisadora me informou que o projeto é aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP, localizado na RUA DO PRÍNCIPE, 526 – BOA VISTA – BLOCO G4 – 6º ANDAR, SETOR A – CEP 50050-900 - RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE:(81) 2119.4376.

ENDEREÇO ELETRÔNICO: cep_unicap@unicap.br/pesquisa_prac@unicap.br

ENDEREÇO DO CONEP

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP SRTV 701, Via W 5 Norte,

Lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília-DF

Havendo dúvida / denúncia com relação à condução da pesquisa deverá ser dirigida ao referido CEP no endereço acima citado.

Recife,de.....de 2023

Nome dos responsáveis _____

Assinatura: _____

Eu, Alzirene Andrade da Fonseca, declaro que forneci aos participantes as informações referentes à pesquisa.

APÊNDICE C**CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS**

Declaramos para os devidos fins, que cederemos a pesquisadora Alzirene Andrade da Fonseca, a desenvolver o seu projeto de pesquisa com o título: O olhar dos pais/mães sobre o diagnóstico e o tratamento do TDAH atribuído ao seu filho/a, que está sob a orientação da Prof.^a Maria Consuelo Passos, cujo objetivo é compreender os sentidos atribuídos pelos pais/mães ao diagnóstico e ao tratamento do TDAH de seu filho/a, para serem utilizados no projeto de pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o mesmo a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar o **PARECER CONSUBSTANCIADO** devidamente **APROVADO**, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, _____ de _____ de 2023

Assinatura dos pais entrevistados

ANEXO A

Bula – Cloridrato de Metilfenidato da Novartis (2015)



1

RITALINA® LA
cloridrato de metilfenidato

APRESENTAÇÕES

Ritalina® LA 10, 20, 30 ou 40 mg – embalagens contendo 30 cápsulas duras de liberação modificada.

VIA ORAL**USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 6 ANOS****COMPOSIÇÃO****Ritalina® LA 10mg**

Cada cápsula de Ritalina® LA contém 10 mg de cloridrato de metilfenidato correspondente a 8,65 mg de metilfenidato. Excipientes: esferas de sacarose, copolímero de metacrilato de amônio, copolímero de ácido metacrílico, talco, citrato de trietil, macrogol, gelatina, dióxido de titânio, óxido de ferro preto, óxido de ferro vermelho, óxido de ferro amarelo.

Ritalina® LA 20mg

Cada cápsula de Ritalina® LA contém 20 mg de cloridrato de metilfenidato correspondente a 17,30 mg de metilfenidato. Excipientes: esferas de sacarose, copolímero de metacrilato de amônio, copolímero de ácido metacrílico, talco, citrato de trietil, macrogol, gelatina e dióxido de titânio.

Ritalina® LA 30mg

Cada cápsula de Ritalina® LA contém 30 mg de cloridrato de metilfenidato correspondente a 25,95 mg de metilfenidato. Excipientes: esferas de sacarose, copolímero de metacrilato de amônio, copolímero de ácido metacrílico, talco, citrato de trietil, macrogol, gelatina, dióxido de titânio e óxido de ferro amarelo.

Ritalina® LA 40mg

Cada cápsula de Ritalina® LA contém 40 mg de cloridrato de metilfenidato correspondente a 34,59 mg de metilfenidato. Excipientes: esferas de sacarose, copolímero de metacrilato de amônio, copolímero de ácido metacrílico, talco, citrato de trietil, macrogol, gelatina, dióxido de titânio, óxido de ferro amarelo, óxido de ferro preto e óxido de ferro vermelho.

INFORMAÇÕES AO PACIENTE**1. PARA QUE ESTE MEDICAMENTO É INDICADO?**

Ritalina® LA é utilizada para o tratamento do Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.

O Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) ou Transtorno hiperativo é um distúrbio de comportamento em crianças, adolescentes e adultos. Cerca de 3% das crianças sofrem deste transtorno, o que as torna incapazes de ficarem paradas e/ou se concentrar em tarefas por um determinado período de tempo. As crianças com esse transtorno podem ter dificuldades para aprender e fazer tarefas escolares. Elas podem frequentemente se tornar difícil de lidar, tanto na escola quanto em casa. Adultos com TDAH frequentemente têm dificuldade de se concentrar. Costumam se sentir inquietos, impacientes, desatentos e ficam entediados com facilidade. Podem ter dificuldades em organizar sua vida pessoal e trabalho.

Se o paciente é uma criança ou se você for um adolescente, o médico prescreveu Ritalina® LA como parte de um programa de tratamento de TDAH, o qual incluirá também usualmente terapia psicológica, educacional e social.

Se você tem alguma dúvida sobre como funciona a Ritalina® LA ou porque este medicamento foi receitado para você, pergunte ao seu médico.

2. COMO ESTE MEDICAMENTO FUNCIONA?

Ritalina® LA tem como substância ativa o cloridrato de metilfenidato. Este medicamento é um estimulante do sistema nervoso central.

A Ritalina® LA age melhorando as atividades de certas partes do cérebro que são pouco ativas. A Ritalina® LA melhora a atenção e a concentração, além de reduzir comportamento impulsivo.

Uma cápsula de Ritalina® LA fornece uma liberação inicial da substância ativa e uma segunda liberação aproximadamente 4 horas depois.

3. QUANDO NÃO DEVO USAR ESTE MEDICAMENTO?

Não tome Ritalina® LA se você:

- é alérgico (hipersensível) ao metilfenidato ou a qualquer outro componente de Ritalina® LA listado no início desta bula. Se você achar que pode ser alérgico, peça orientação ao seu médico;
- sofre de ansiedade, tensão ou agitação;
- tem algum problema da tireoide;



- tem problemas cardíacos, como ataque cardíaco, batimento cardíaco irregular, dor no peito (angina), insuficiência cardíaca, doença cardíaca ou se nasceu com problema do coração;
- tem pressão sanguínea muito alta (hipertensão) ou estreitamento dos vasos sanguíneos (doença arterial oclusiva que pode causar dor nos braços e pernas);
- estiver tomando um medicamento chamado “inibidor da monoamino oxidase” (IMAO), utilizado no tratamento da depressão ou tiver tomado IMAO nas últimas duas semanas (vide “Ingestão concomitante com outras substâncias”);
- tem pressão ocular aumentada (glaucoma);
- tem um tumor da glândula adrenal chamado feocromocitoma;
- tem fala e movimentos corpóreos incontroláveis (síndrome de Tourette) ou se qualquer outro membro da família for portador desta síndrome.

Se você acha que algum dos casos acima aplica-se a você, informe ao seu médico sem tomar Ritalina® LA.

4. O QUE DEVO SABER ANTES DE USAR ESTE MEDICAMENTO?

A Ritalina® LA só poderá ser prescrita por um médico.

Siga todas as instruções do seu médico cuidadosamente, mesmo que sejam diferentes da informação geral contida nesta bula.

Ritalina® LA deve ser utilizada com cuidado se você:

- apresentar ereções anormais ou frequentes e dolorosas do pênis sob tratamento ou após descontinuação de Ritalina®. Isto pode ocorrer em qualquer faixa etária e pode precisar de tratamento médico urgente. Se isso ocorrer, **fale com seu médico imediatamente;**
- sentir a combinação dos seguintes sintomas: agitação, tremores, contrações musculares repentinas, temperatura elevada anormal, náuseas e vômitos enquanto toma metilfenidato com medicamentos que elevam o nível da serotonina do corpo (medicamentos serotoninérgicos, como por exemplo, aqueles usados para tratar depressão, como sertralina e venlafaxina), interrompa o tratamento com metilfenidato e o medicamento que aumenta o nível da serotonina no corpo e **informe seu médico imediatamente;**
- tem histórico de abuso de álcool ou droga;
- tem desmaios (epilepsia, convulsões, crises epiléticas);
- tem pressão sanguínea alta (hipertensão);
- tem qualquer anormalidade cardíaca (por exemplo, anormalidade cardíaca estrutural);
- tem qualquer outro problema cardíaco corrente ou passado;
- tenha ou teve qualquer distúrbio nos vasos sanguíneos cerebrais, por exemplo enfraquecimento da parede dos vasos sanguíneos (aneurisma), acidente vascular cerebral, inflamação dos vasos sanguíneos (vasculites);
- tem distúrbios mentais agudos que causam pensamentos e percepções anormais (psicose), ou fazem você sentir excitação anormal, atividade aumentada e desinibida (mania aguda) – seu médico dirá se você apresenta estas doenças;
- tem sintomas psicóticos como ver ou sentir coisas que não estão presentes (alucinações);
- tem comportamento agressivo;
- tem pensamentos ou comportamentos suicidas;
- tem tiques motores ou se qualquer outro membro da família tenha tiques. Os sinais de tiques são difíceis de controlar, ocorre repetida contração em todas as partes do corpo ou repetição de sons e palavras.
- tem ou desenvolveu problemas oculares, incluindo aumento da pressão ocular, glaucoma ou problemas com a visão de perto (hipermetropia).

Caso qualquer uma destas condições se aplicar a você, informe ao seu médico. O médico decidirá se você pode começar ou continuar a tomar Ritalina® LA.

Algumas crianças tomando Ritalina® LA por um período longo podem ter um crescimento mais lento que o normal, mas elas geralmente o recuperam quando o tratamento é interrompido.

Não há evidências que pacientes com TDAH fiquem viciados em Ritalina® LA, ou que eles tendam a abusar de drogas durante a vida. A Ritalina® LA, como todos os medicamentos que contêm estimulantes do sistema nervoso central, será prescrita a você apenas sob supervisão médica próxima e após diagnóstico adequado.

Monitoramento durante o tratamento com Ritalina® LA

Para verificar se o uso de Ritalina® LA está associado a qualquer efeito indesejado, o médico irá verificar seus indicadores gerais de saúde periodicamente (por exemplo, pressão sanguínea, frequência cardíaca) e também vai acompanhar o crescimento de crianças que tomam a Ritalina® LA. Os testes de sangue serão realizados para monitorar a quantidade de células sanguíneas (glóbulos brancos, glóbulos vermelhos e plaquetas) caso o paciente tome a Ritalina® LA por um longo período.

Se você for ser submetido a uma cirurgia



- pensamentos ou tentativas de se matar (ideação ou tentativa suicida (incluindo suicídio completo)).
- ereção prolongada, causando desconforto no pênis (sinal de priapismo);

Outros possíveis efeitos colaterais

Outros efeitos colaterais incluem os seguintes listados abaixo. Se estes efeitos secundários se agravarem, informe o seu médico, farmacêutico ou profissional de saúde.

Muito comuns: podem afetar mais de 1 em cada 10 pessoas

- dor de garganta e coriza;
- diminuição do apetite;
- nervosismo;
- dificuldade em adormecer;
- náusea, boca seca.

Comuns: podem afetar até 1 em cada 10 pessoas

- angústia emocional excessiva, inquietação, distúrbios do sono, excitação emocional, agitação;
- dor de cabeça, tonturas, sonolência;
- movimentos involuntários do corpo (sinais de tremor);
- alterações na pressão arterial (geralmente aumento), ritmo cardíaco anormal, palpitações;
- tosse;
- vômitos, dor de estômago, indisposição estomacal, indigestão, dor de dente;
- alteração cutânea, alteração cutânea associada a coceira (urticária), febre, perda de cabelo;
- transpiração excessiva;
- dor nas articulações;
- diminuição do peso;
- sentir-se nervoso;
- sentir-se deprimido (depressão)
- sentir-se agressivo (agressão)
- ranger excessivo de dentes (bruxismo).

Incomum: podem afetar até 1 em cada 100 pessoas

- espasmo dos músculos da mandíbula que dificulta a abertura da boca (trismo).

Raras: podem afetar até 1 em cada 1.000 pessoas

- desaceleração do crescimento (peso e altura) durante o uso prolongado em crianças;
- visão turva.

Muito raras: podem afetar até 1 em cada 10.000 pessoas

- baixa contagem de glóbulos vermelhos (anemia), baixa contagem de plaquetas (trombocitopenia);
- atividade anormal, humor deprimido;
- fala e movimentos corporais descontrolados (síndrome de Tourette);
- função hepática anormal, incluindo coma hepático;
- câimbras musculares.

Desconhecidos: a frequência não pode ser estimada a partir dos dados disponíveis

- gagueira (disfemia), irritação, alterações de humor, comportamento e pensamentos anormais, raiva, atenção excessiva ao ambiente, sentimento excepcionalmente animado, atividade aumentada e desinibida (mania), desorientação, alterações na libido, falta de sentimento ou emoção, fazer as coisas repetidamente, obsessão por alguma coisa, confusão, vício;
- fraqueza muscular temporária, perda da sensibilidade da pele ou outras funções do corpo devido a uma falta temporária de suprimento sanguíneo no cérebro (deficit neurológico isquêmico reversível), enxaqueca;
- visão dupla, pupilas dilatadas, dificuldade para enxergar;
- inchaço das orelhas (inchaço auricular, um sintoma de reação alérgica);
- parada de batimento cardíaco, ataque cardíaco;
- garganta inflamada, falta de ar;
- diarreia, constipação;
- vermelhidão da pele (eritema), erupção cutânea (erupção fixa);
- dores musculares, espasmos musculares, espasmo dos músculos da mandíbula que dificultam a abertura da boca (trismo);
- urinar na cama durante a noite (enurese), reação em crianças.
- incapacidade de desenvolver ou manter uma ereção, inchaço das mamas em homens;



- cansaço;
- aumento da pressão ocular (aumento da pressão intraocular)

Outras reações adversas que ocorreram com outros medicamentos contendo a mesma substância ativa de Ritalina® LA:

Desconhecido: a frequência não pode ser estimada a partir dos dados disponíveis

- sangue na urina;
- morte súbita de origem cardíaca;
- sons anormais do coração.

Se um desses efeitos ocorrerem, o médico deve ser avisado.

Se você perceber alguma outra reação adversa não mencionada nesta bula, por favor informe ao seu médico ou farmacêutico.

Informe ao seu médico, cirurgião-dentista ou farmacêutico o aparecimento de reações indesejáveis pelo uso do medicamento. Informe também à empresa através do seu serviço de atendimento.

9. O QUE FAZER SE ALGUÉM USAR UMA QUANTIDADE MAIOR DO QUE A INDICADA DESTES MEDICAMENTO?

Se muitas cápsulas de Ritalina® LA forem acidentalmente tomadas, vá imediatamente ao médico ou à emergência do hospital mais próximo. Informe ao médico em que momento foram tomadas as cápsulas. Você pode necessitar de assistência médica.

Os sintomas de superdose são vômitos, agitação, dor de cabeça, tremores, espasmos musculares, batimento cardíaco irregular, rubor, febre, sudorese, dilatação das pupilas, dificuldade em respirar, confusão e convulsões; espasmos musculares, febre, urina vermelho-marrom que podem ser possíveis sinais de ruptura anormal de músculos (rabdomiólise).

Em caso de uso de grande quantidade deste medicamento, procure rapidamente socorro médico e leve a embalagem ou bula do medicamento, se possível. Ligue para 0800 722 6001, se você precisar de mais orientações.

DIZERES LEGAIS

MS – 1.0068.0080

Farm. Resp.: Flavia Regina Pegorer – CRF-SP 18.150

Importado por:

Novartis Biociências S.A.

Av. Prof. Vicente Rao, 90

São Paulo - SP

CNPJ: 56.994.502/0001-30

Indústria Brasileira

Fabricado por: Societal CDMO Gainesville, LLC - Gainesville - EUA

Embalado por: Packaging Coordinators Inc. - Philadelphia - EUA

® = Marca registrada de Novartis AG, Basileia, Suíça.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

ATENÇÃO: PODE CAUSAR DEPENDÊNCIA FÍSICA OU PSÍQUICA.

Esta bula foi aprovada pela Anvisa em 29/11/2023.



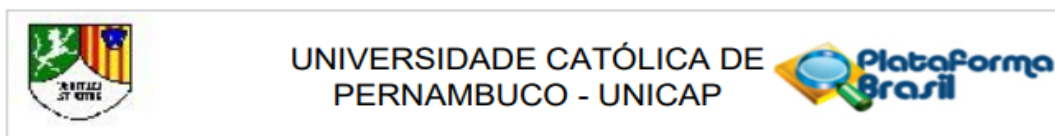
BPL 30.10.23

2023-PSB/GLC-1371-s

VP13

ANEXO B

CAAE - Certificado de Apresentação e Apreciação Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O OLHAR DOS PAIS SOBRE O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO DO TDAH ATRIBUÍDO AO SEU FILHO

Pesquisador: Maria Consuêlo Passos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69118223.8.0000.5206

Instituição Proponente: Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

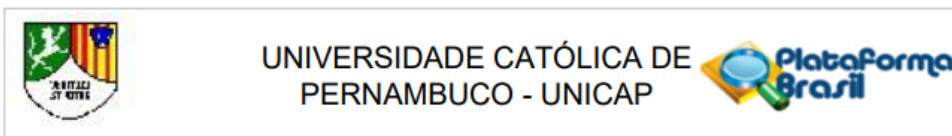
Número do Parecer: 6.083.086

Apresentação do Projeto:

O objetivo desta pesquisa é compreender os sentidos atribuídos pelos pais ao diagnóstico e ao tratamento do TDAH de seu filho. O TDAH no Brasil era pouco conhecido nos anos 90. As crianças que não se comportavam, não aprendiam ou distraíam-se facilmente eram, geralmente, reconhecidas como "preguiçosas", "desinteressadas", "estranhas" ou "inquieta". A partir dos anos 2000, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade tornou-se uma das categorias diagnósticas mais mencionadas e discutidas em diferentes áreas de conhecimento e espaços sociais cotidianos. Com isto, dois fenômenos inter-relacionados se sobressaem na sociedade atual: o TDAH no DSM-5 e o tratamento. Dessa forma, o estudo não se restringirá ao diagnóstico médico da criança. Mas, nas mudanças dos critérios diagnósticos que consolidam técnicas de marketing psicofarmacológico infantil, assim como o relato dos pais que trabalham o dia todo, em meio ao excesso de atividades tão comuns na sociedade atual. Para tanto, a pesquisa será realizada com cinco casais (heteronormativos) ou responsáveis (avós, tios, irmãos mais velhos, vizinhos, etc.) com

filho de seis a 11 anos. Aqui, as pesquisadoras pretendem trazer o TDAH infantil a partir do estilo de vida da sociedade atual e, sobretudo, compreender quais os sentidos atribuídos pelos pais ao diagnóstico e ao tratamento do TDAH de seu filho. Esperam que os resultados da pesquisa permitam outros estudos que se dedicam à temática.

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - 6º Andar - Sala 609
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.050-900
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2119-4041 **Fax:** (81)2119-4004 **E-mail:** cep@unicap.br



Continuação do Parecer: 6.083.086

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender os sentidos atribuídos pelos pais ao diagnóstico e ao tratamento do TDAH de seu filho.

Objetivo Secundário:

- a) compreender os tipos de TDAH e como identificá-los;
- b) analisar as perspectivas sobre o TDAH, em termos de diagnóstico e tratamento infantil;
- c) identificar os aspectos sociais e do mercado que estão relacionados ao diagnóstico e ao tratamento do TDAH.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em relação aos riscos que podem causar aos participantes, prevê-se que a pesquisa possa suscitar algum desconforto emocional (ansiedade ou outros sentimentos indesejáveis) em função da temática abordada ou da resistência à participação na pesquisa, no que serão respeitados. Se isso ocorrer, caso o participante solicite ou o pesquisador observe algum sinal de sofrimento emocional, será oferecida uma conversa depois da entrevista. Se for identificada a necessidade de acompanhamento psicológico, e o sujeito participante aceitar, será encaminhado à Clínica de Psicologia da UNICAP (garantia de referência).

Benefícios:

Os benefícios de participar da pesquisa estão relacionados a um espaço de fala, escuta e respeito às diferenças, tornando-se um possível momento de fortalecimento emocional, um momento de talvez reconhecer e rever algumas dificuldades emocionais que precisam ser superadas, o que poderá proporcionar-lhes maior conforto em relação ao tema. Outra possibilidade é a devolução aos entrevistados em dupla ou em grupo ao final da pesquisa. Para a sociedade (a população acadêmica e/ou leiga), é possível divulgar o resultado da pesquisa por meio de publicações científicas e de palestras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem valor científico, é muito atual, traz importantes questões sobre temática fundamental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequadamente preenchidos.

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - 6º Andar - Sala 609
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.050-900
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2119-4041 **Fax:** (81)2119-4004 **E-mail:** cep@unicap.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PERNAMBUCO - UNICAP



Continuação do Parecer: 6.083.086

Recomendações:

Não há recomendações a serem feitas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou lista de inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP UNICAP acompanha o parecer do avaliador (a) aprovando o protocolo de pesquisa. Lembramos o envio dos relatórios PARCIAL e FINAL da pesquisa por meio de "Notificação". Favor consultar o Manual de Usuário PESQUISADOR, disponível na Plataforma Brasil <http://plataformabrasil.saude.gov.br/visao/publico/indexPublico.jsf> que orienta sobre a emissão dos referidos relatórios, entre outros assuntos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2122600.pdf	03/05/2023 09:27:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOFINAL.pdf	03/05/2023 09:16:46	ALZIRENE ANDRADE DA FONSECA	Aceito
Outros	CERTIFICADODEAVALIACAODEPROJETO.pdf	03/05/2023 09:14:54	ALZIRENE ANDRADE DA	Aceito
Outros	ROTEIRODEENTREVISTA.docx	03/05/2023 09:12:01	ALZIRENE ANDRADE DA	Aceito
Outros	CARTAUODEDADOS.docx	03/05/2023 09:08:37	ALZIRENE ANDRADE DA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/05/2023 09:05:53	ALZIRENE ANDRADE DA FONSECA	Aceito
Outros	LattesConsuelo.pdf	26/04/2023 19:11:23	Maria Consuelo Passos	Aceito
Outros	LattesAlzirene.pdf	25/04/2023 16:30:36	Maria Consuelo Passos	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	24/04/2023 19:04:44	Maria Consuelo Passos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	14/04/2023 09:18:30	Maria Consuelo Passos	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSOCONFIDENCIALIDDE.docx	14/04/2023 08:42:43	Maria Consuelo Passos	Aceito
Outros	Certificadoqualificacao.pdf	14/04/2023	Maria Consuelo	Aceito

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - 6º Andar - Sala 609

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.050-900

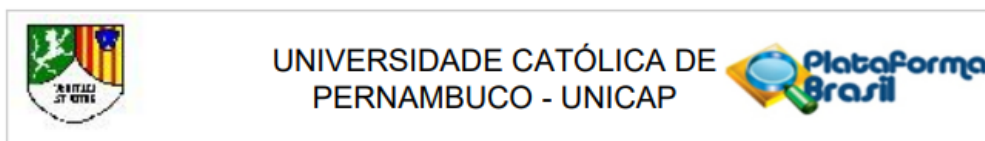
UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2119-4041

Fax: (81)2119-4004

E-mail: cep@unicap.br



Continuação do Parecer: 6.083.086

Outros	Certificadoqualificacao.pdf	08:38:51	Passos	Aceito
Outros	CARTADEANUENCIA.docx	14/04/2023 08:30:20	Maria Consuêlo Passos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	14/04/2023 08:21:57	Maria Consuêlo Passos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 26 de Maio de 2023

Assinado por:

**Nadia Pereira da Silva Gonçalves de Azevedo
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - 6º Andar - Sala 609
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.050-900
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2119-4041 **Fax:** (81)2119-4004 **E-mail:** cep@unicap.br