



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

**KAROLAYNE FERNANDES DE BRITO**

**CUIDADO DOS PAIS DIRIGIDO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM  
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

**CAJAZEIRAS – PB  
2014**

**KAROLAYNE FERNANDES DE BRITO**

**CUIDADO DOS PAIS DIRIGIDO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM  
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

Monografia apresentada à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso como requisito parcial para a Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Álissan Karine Lima Martins

**CAJAZEIRAS – PB  
2014**

**KAROLAYNE FERNANDES DE BRITO**

**CUIDADO DOS PAIS DIRIGIDO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM  
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

Monografia apresentada à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso como requisito parcial para a Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Álissan Karine Lima Martins (Membro)  
UAENF/CFP/UFCG

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Francisca Bezerra de Oliveira (Membro)  
UAENF/CFP/UFCG

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Anubes Pereira de Castro (Membro)  
UAENF/CFP/UFCG

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

B862c Brito, Karolayne Fernandes de  
Cuidado dos pais dirigido a crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. / Karolayne Fernandes de Brito. Cajazeiras, 2014.  
46f.  
Bibliografia.

Orientador(a): Álissan Karine Lima Martins.  
Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Transtorno de déficit de atenção. 2. Hiperatividade. 3. Saúde mental – crianças e adolescentes. I. Martins, Álissan Karine Lima. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –616-008.61

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus pelo amor incondicional, a minha querida avó Neuza (in memoriam) por me ensinar que o amor pela vida é a única coisa realmente capaz de superar qualquer adversidade. Muita saudade!

## AGRADECIMENTOS

*“Senhor, ensina-me o teu caminho verdadeiro, e eu andarei por ele; ajuda-me a te amar e obedecer com todas as forças do meu ser! Eu Te darei graças de todo o coração. Darei glória ao teu nome durante toda a minha vida porque o teu amor fiel por mim é muito grande!” (Salmo 86:11-13)*

O término de um trabalho longo, como este, nos faz lembrar de todo processo que perdurou para a sua realização. Neste caminho, muitas “águas rolaram” e tantas pessoas passaram que seria injusto não me referir a cada uma delas;

Início agradecendo a Deus por se mostrar tão presente na minha vida. Com fé, eu aprendi que tudo é possível. Agradeço por colocar pessoas tão especiais no meu caminho, sem as quais nada disso seria possível e nem teria o mesmo valor;

A minha vizinha Neuza (*in memoriam*), minha mãe Rosilda, e minha tia Roseneide, agradeço as três mulheres mais importantes da minha vida, que me ensinaram valores preciosos que me acompanham vida afora. Pelo apoio e amor incondicional e pelos ensinamentos fundamentais para a vida. Me faltam palavras para agradecer tanto apoio, carinho e amor. Sem vocês eu não teria chegado até aqui. A vocês o meu amor e a minha eterna admiração;

Ao meu pai por me apoiar e estar ao meu lado acreditando e me incentivando;

Ao meu tio Romualdo, por ter sido mais do que tio, obrigada por servir de exemplo e por fazer parte do eu que sou, de tantas e variadas formas. Obrigada por estarem sempre ao meu lado com palavras de afeto e incentivo;

A UFCG por proporcionar o ensino público e a coordenação do curso de Graduação em Enfermagem, pelo empenho e desenvolvimento do nosso curso;

Agradeço a Tito que além de me ajudar nas primeiras elaborações do projeto, auxiliou-me ainda na última e difícil etapa com leituras do trabalho e sugestões de melhoria;

A Dr<sup>a</sup> Álissan Karine, minha orientadora, obrigada pela confiança e incentivo. Ela me deu oportunidade para aprofundar conhecimentos sobre a saúde mental, tornando este trabalho prazeroso, devido a sua grande capacidade profissional, generosidade e disponibilidade;

A todas as famílias de crianças e adolescentes que participaram dessa pesquisa, por confiarem a mim informações muito importantes sobre suas vidas;

Ao meu querido amigo e irmão, Diego Dantas, por sua amizade incondicional, aji suporte e paciência. Obrigada pela dedicação a nossa amizade;

As minhas amigas, Fabiolla e Danielle, pelas palavras de incentivo, pela amizade e constante apoio. Obrigada por estarem sempre presentes na minha vida e fazerem parte dela de uma maneira especial;

A minha amiga Clarissa, obrigada pela boa companhia, paciência, pelas palavras carinhosas e pelos auxílios essenciais ao trabalho.

A minha amiga Sarenne, por todo companheirismo, suporte e aprendizagem nos últimos meses, me ajudando muitas vezes, sendo a melhor ouvinte e amiga que eu poderia ter;

A minha amiga Karine, agradeço pelas conversas e paciência, por ser sempre disponível e acolhedora.

Ao meu amigo Melck, pela infância que vivemos juntos e pela amizade de hoje, obrigado pelas constantes conversas, choros, alegrias e apoio;

Ao meu amigo Pedro, pela amizade, carinho e apoio.

Ao meu amigo Yuri, agradeço por todos esses anos de amizade, por todas as risadas, conversas e carinho.

A todos os amigos e colegas de sala, obrigada por todas as contribuições e apoio ao longo dessa jornada.

Pra fechar com chave de ouro, o meu agradecimento ao meu amigo e companheiro de todas as horas, Tales Ramon Rodriguez. Quantas histórias em quase meia década juntos. Tenho um prazer imenso em poder falar que sou sua amiga e ao lembrar-me de tudo que passamos me arranca ótimas risadas. Estou aqui pra dizer o quanto te amo e o quanto você significa pra mim. Nossa amizade cresce e se desenvolve a cada momento. Amizade que surgiu de um sorriso sincero e se tornou essa parceria incrível. Obrigada por ser essa pessoa ímpar e maravilhosa, que eu faço questão de ter ao meu lado e chamar de amigo. Obrigada por ter me fornecido meus melhores momentos.

“É preciso força pra sonhar e perceber  
Que a estrada vai além do que se vê...”.

Marcelo Camelo



## RESUMO

BRITO. K. F. **Cuidado dos pais dirigido a crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.** 2014. Monografia (Curso de graduação em enfermagem) da Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras, 2014.

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno mental, que se inicia na infância e perdura até a fase adulta, acarretando prejuízos no convívio familiar, no meio social além de atingir o rendimento escolar. Neste contexto, os pais mostram-se como os principais cuidadores, ajudando seus filhos a superarem problemas e a incluí-los na sociedade. Assim, essa pesquisa objetiva analisar o cuidado dos pais dirigido a crianças e adolescentes com TDAH, descrevendo a visão desses perante o cuidado com seus filhos, analisando limites e desafios vivenciados nesta relação, como também verificar que rede de atenção à saúde é acionada. Pesquisa de natureza qualitativa, do tipo descritiva, exploratória, junto a oito mães que residem no município de Cajazeiras-PB. Os dados foram coletados na residência de cada participante através de entrevistas semiestruturadas e analisadas pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), de Lefèvre e Lefèvre. Sobre o TDAH os pais demonstraram, visão comportamental, visão biológica e visão estigmatizada e de rotulação. Através do presente estudo identificou-se o grau de estresse e sobrecarga no cuidado ao portador, devido ao desconhecimento do transtorno, com isto se observa a deficiência dos pais em acionar a rede de saúde apropriada. Nas redes de saúde estiveram presentes, a atenção primária e os serviços especializados, no qual a Estratégia Saúde da Família foi a mais presente e quanto aos principais limites e desafios enfrentados, os pais apontaram o controle dos impulsos e o preconceito. Foram obedecidos os princípios éticos da Resolução N° 466/2012 para pesquisas envolvendo seres humanos. Os resultados foram reunidos em quatro categorias de análise: o conhecimento sobre TDAH pelos pais; sentimentos relacionados ao TDAH; cuidados e redes de saúde acionados para a atenção ao TDAH; e limites e desafios no cuidado ao TDAH. Através deste presente estudo obtive o grau de conhecimento sobre o TDAH pelos pais. Com este estudo pretende-se enriquecer a literatura, colaborar com a família, pesquisadores e profissionais de todas as áreas, com a finalidade de expor a urgência em se trabalhar à saúde mental da população.

**Palavras-Chave:** Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; Saúde Mental; Crianças; Adolescentes.

## ABSTRACT

**BRITO. K. F. Parental care to children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder.** 2014 Monograph (undergraduate course in nursing) Academic Unit of Nursing (UAENF), the Federal University of Campina Grande (UFCG), Cajazeiras, 2014.

The attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a mental disorder that begins in childhood and persists into adulthood, leading to losses in the family friendly atmosphere, the social environment besides reaching school performance. In this context, parents are shown as the main caregivers, helping their children overcome problems and to include them in the society. Thus, this research aims to analyze the care of parents to children and adolescents with ADHD, describing the vision of these to the care of their children, analyzing the limits and challenges experienced in this relationship, but also verify which health care network is triggered. Qualitative research, descriptive, exploratory, with eight mothers residing in the municipality of Cajazeiras-PB. Data were collected at the residence of each participant through semi-structured interviews and analyzed using the Collective Subject Discourse (CSD), Lefèvre and Lefèvre method. Regarding the ADHD parents demonstrated behavioral vision, biological vision, stigmatizing vision and labeling. Through this study, it was identified the degree of stress and overload with patient care due to the ignorance of the disorder, this observation demonstrated the deficiency in parents trigger the appropriate health network. In health networks, primary care and specialist services were present, on which the Family Health Strategy was the most present and on the main limitations and challenges, parents pointed impulse control and prejudice. The ethical principles of Resolution No. 466/2012 for research involving human subjects were followed. The results were grouped into four categories for analysis: knowledge about ADHD by parents; feelings related to ADHD; care and health networks triggered for attention to ADHD; and limits and challenges in care for ADHD. Through this present study I obtained the degree of knowledge about ADHD for parents. This study aims to enrich the literature, collaborate with families, professionals and researchers in all areas, in order to describe the urgency in working with mental health population.

**Keywords:** Disorder Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Mental Health; children; Teens.

**LISTA DE SIGLAS**

AEE	Atendimento Educacional Especializado
AC	Ancoragem
AAQoL	Adult ADHD Quality of Life Questionnaire
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial infantil
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressão chave
IAD	Instrumento de Análise de Discurso
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Idéia Central
SUS	Sistema Único de Saúde.
ESF	Estratégia Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>15</b>
3.1 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: HISTÓRICO E DEFINIÇÃO	15
3.2 A FAMÍLIA E O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)	17
3.3 REDE DE ATENÇÃO E OS DESAFIOS DO CUIDADO AO TDAH	19
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>21</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	21
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	21
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA	22
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	22
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	23
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	24
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>25</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	25
5.2 CATEGORIAS EMERGENTES DOS DSC	27
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno que se inicia na infância e perdura até a fase adulta, acarretando prejuízos na personalidade e complicações no comportamento, deficiência na atenção e concentração, incluindo a hiperatividade. Ele atinge de forma negativa o convívio com a família e com o meio social interferindo no rendimento escolar (MICHELS, 2011).

De acordo com Andrade *et al* (2011), o TDAH tem uma prevalência estimada na população mundial de 4 a 12% em indivíduos entre seis e doze anos. Corroborando com estes dados, Polanczyk *et al* (2012) apontam que o TDAH afeta aproximadamente 5% do público infanto-juvenil no mundo, persistindo até a fase adulta com prevalência de 65 a 75%.

Visto que o início do TDAH se dá na infância, é importante a melhoria e a ampliação dos serviços para lidar com transtornos mentais nesta faixa etária, formando redes de saúde interdependentes. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surgiu com o intuito de prestar assistência em saúde voltada tanto para pessoas em sofrimento mental como para sua família, interligando-as aos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) serve como campo de atendimento e os profissionais que atuam neste setor irão trabalhar com os pacientes e os familiares. Os profissionais inseridos neste serviço devem estar preparados para detectar precocemente e intervir em problemas psicossociais e epidemiológicos, visto que o TDAH é um transtorno que exige conhecimento para entender as peculiaridades do público infantil nestes casos (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Para casos específicos, como no TDAH, o local mais indicado para acolhimento e assistência especializada é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS's foram criados a fim de substituir o modelo manicomial, resgatando e reinserindo o indivíduo em sofrimento, por meio da busca de estratégias que enfatizem a autonomia do sujeito e o cuidado integral, através da terapia em grupo ou individual e da escuta.

O CAPS i é um serviço especializado que foi criado para lidar com crianças e adolescentes em sofrimento mental, dispondo de profissionais qualificados que estão prontos para atender as necessidades, acolhendo, tratando e acompanhando esse público, a fim de promover melhoria nos cuidados dos usuários (FALAVINA; CERQUEIRA, 2008).

Os enfermeiros do Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPS i) devem atender as demandas do serviço, procurando ouvir e acolher todos os usuários, dando suporte para que se

possa alcançar com êxito a melhora do paciente, sempre incluindo a família nas atividades educativas deixando-os preparados para lidar com a terapia. O enfermeiro, como cuidador, tem o dever de intervir buscando aprimorar os conhecimentos ligados aos problemas da população, para que possam promover a assistência devida de forma humanizada.

Mesmo com todos os avanços dos serviços de saúde, é primordial que haja a parceria da família com os profissionais. A família é considerada sujeitos ativos diante de todo o processo. Para que não haja desistência do tratamento, os pais devem permanecer junto ao filho, incentivando e dando suporte, para que haja a inclusão desses portadores na sociedade (ROCHA, 2009).

Na maioria das vezes, esse processo se torna difícil por ainda existir discriminação por parte dos cuidadores e da sociedade. Nesse sentido, os pais são instrumentos essenciais no incremento da autoestima e melhoria no rendimento dessas crianças, contribuindo para que o quadro não se agrave.

Assim, é importante que haja compreensão por parte dos profissionais quanto aos aspectos que permeiam o cuidado familiar oferecido às crianças e adolescentes com TDAH, de modo a proporcionar uma parceria e suporte diante as demandas existentes para esse público.

Diante de todos esses problemas, percebe-se a relevância da análise do cuidado dos pais de crianças e adolescentes com TDAH, dando ênfase ao sofrimento e as dúvidas da família. Sobre estes, foram levantados os seguintes questionamentos: Qual o cuidado da família oferecido diante do TDAH? Quais são os serviços da rede de apoio utilizado por elas?

O interesse em trabalhar sobre esse tema se deu a partir da participação da pesquisadora em um projeto de extensão, despertando inicialmente a curiosidade sobre o TDAH. Após o Estágio Supervisionado I do Curso de Graduação em Enfermagem, cresceu o entusiasmo em aliar conhecimentos da saúde mental infanto-juvenil e a Estratégia de Saúde da Família, em virtude do despreparo dos profissionais da enfermagem em lidar com a família e com os portadores de transtornos mentais nos serviços de saúde.

A partir das orientações dadas, espera-se averiguar as dúvidas sobre o cuidado dos pais diante do TDAH e as dificuldades por eles enfrentadas e as alterações na sua qualidade de vida. Com isso, tem-se a oportunidade de sensibilização dos profissionais quanto à estruturação de novas estratégias capazes de ajudar no cuidado dos pais e portadores do transtorno, identificando as dúvidas mais pertinentes e obtendo, dessa forma um resultado que

possa contribuir com a assistência e a promoção da reabilitação psicossocial desses indivíduos.

Sendo assim, perante o sofrimento dos pais e das dificuldades enfrentadas pelos serviços em lidar no âmbito da saúde mental, esta pesquisa tem o intuito de enriquecer a literatura, colaborar com a família, pesquisadores e profissionais de todas as áreas, com a finalidade de expor a urgência em se trabalhar a saúde mental, promovendo a assistência aos pais e usuários dos serviços.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar o cuidado dos pais dirigido a crianças e adolescentes com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever a visão dos pais relacionada ao cuidado com seus filhos com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade;
- Averiguar a rede de atenção à saúde acionada pela família;
- Verificar os limites e desafios que os pais enfrentam ao lidar com os filhos portadores de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.



### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: HISTÓRICO E DEFINIÇÃO

A primeira descrição do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) deu-se no ano de 1902 pelo médico pediatra inglês George Frederic Still, que descreveu o TDAH como um “conjunto de diferentes tipos de comportamentos que afeta o público infantil” (SILVA, 2005).

A análise do médico inglês George Frederic Still foi uma das muitas teorias que surgiram. Diante de todos os estudos, o TDAH ficou intitulado como um transtorno genético que começa na infância e perdura por toda a vida sendo caracterizado pelo déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade. É um dos transtornos que mais afetam a população infanto-juvenil, causando prejuízo na vida dos indivíduos acometidos (ROHDE, *et al.* 2004).

O TDAH é um distúrbio que afeta inicialmente crianças e adolescentes, acarretando sérios prejuízos na escola, relacionamentos familiares e outros âmbitos. Sendo assim, quando não diagnosticado precocemente, este transtorno se acentua, acarretando rótulos e excluindo os indivíduos. Portanto, quando persiste até a fase adulta, compromete a qualidade de vida, em especial os campos social, afetivo, acadêmico e profissional dos indivíduos (CARMO, 2007).

Várias teorias já foram encontradas a respeito do TDAH, por isso é necessário um olhar criterioso, já que o diagnóstico é composto por três sintomas: o déficit de atenção, a impulsividade e a hiperatividade (SCHICOTTI; ABRÃO; JÚNIOR, 2014).

Frente ao diagnóstico do TDAH, tem-se observado na literatura novos quadros patológicos que apresentam características semelhantes às suas. Diante disso, o diagnóstico pode ser definido com a prevalência de um dos três sintomas, já que os mesmos adquiriram vínculos distintos durante a história médica (CALIMAN, 2010).

O Departamento de Saúde Mental (DSM-IV) inclui Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade como síndrome hipercinética da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde em sua décima edição, 1992 (CID 10), apontando a subdivisão do TDAH em três tipos: a) TDAH com ênfase de desatenção; b) TDAH com predominância da hiperatividade/impulsividade; c) TDAH combinado.

A Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde em sua décima edição – CID 10 apresenta o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em um grupo denominado Transtornos Hiperativos, sendo caracterizado por alterações de início precoce, até a primeira infância.

As crianças portadoras de TDAH sofrem com a inquietude, desatenção e hiperatividade, não conseguem desenvolver atividades diárias, são desatentas e não conseguem finalizar uma atividade antes de passar pra outra, acompanhada por uma postura desordenada e inconsequente, tem dificuldade em dialogar e se relacionar com os adultos e com as outras crianças, se tornando isoladas do meio em que vivem. O TDAH pode vir associado a outros transtornos, acarretando danos ao portador e um declínio na autoestima (OMS, 1993).

Em relação à prevalência do TDAH, em um estudo de revisão bibliográfica realizado por Gonçalves, Pureza e Prando (2011), a prevalência no Brasil é de 5 a 18% em crianças em idade escolar, variando a estimativa de acordo com a região do país, bem como o diagnóstico desse distúrbio. Em um estudo italiano, com 6.183 estudantes escolares, percebeu-se que a prevalência do TDAH foi de 7,3%, sendo 83,7% do sexo masculino (BIANCHINI, *et al.* 2013).

Para avaliação e diagnóstico preciso sobre o TDAH, é necessário conhecimento e experiência por parte dos profissionais, tendo por intuito que o diagnóstico seja realizado corretamente evitando equívocos, pois, além de ser um transtorno complexo, o desconhecimento da doença possibilita que algumas pessoas sejam rotuladas com o TDAH de forma incoerente; enquanto que outros indivíduos portadores do TDAH não recebem o tratamento adequado. Frente a isso, percebe-se a necessidade de uma atenção cuidadosa e criteriosa de todos os profissionais com relação a esse transtorno. (GRAEFF; VAZ, 2008).

O tratamento e ações propostas para os portadores de TDAH devem ser realizados com uma abordagem múltipla, para que assegure o cuidado de cada indivíduo intervindo através do uso de fármacos e do apoio psicossocial, atendendo às necessidades não só do portador como da família (POLANCZYK, *et.al*, 2000).

A maioria dos medicamentos prescritos são os estimulantes, indicados devido a fatores que cooperam para a eficácia do tratamento, podendo ser usados de forma confiável e segura, com poucas contra-indicações (PEIXOTO; RODRIGUES, 2008).

Os portadores de TDAH estão inseridos no grupo de doentes mentais, portanto os cuidados a eles destinados devem ser realizados por profissionais capacitados e especializados

no transtorno, como Médicos Psiquiatras, Neurologistas, Psicólogos ou Psicopedagogos. Por isso, deve-se encaminhar o sujeito para o profissional adequado para que se alcance o diagnóstico e o tratamento correto (MACHADO, CEZAR, 2007).

Quanto à medicalização e diagnóstico, este, além de ser realizado pela análise clínica médica, também é feito com a ajuda da família que, diante das mudanças de comportamento no lar, na escola e no âmbito social, percebe as mudanças negativas que os comportamentos advindos do transtorno causam no cotidiano. Dessa forma, poderá ser fechado um diagnóstico correto. Após a análise clínica dos portadores de TDAH, o medicamento mais prescrito é o Metilfenidato (Ritalina), um estimulante responsável por controlar os estímulos e condutas do sujeito que faz uso do medicamento (MORAES, 2012).

### 3.2 A FAMÍLIA E O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

O TDAH é um transtorno crônico que causa impacto tanto na vida do portador quanto na vida dos familiares, contribuindo negativamente com o desempenho das atividades diárias e o desenvolvimento com o meio social. Em meio aos problemas advindos da doença, é importante a equipe atentar-se para os pais/cuidadores, trabalhando com ações educativas, informando e orientando sobre os problemas que poderão surgir mais adiante, decorrentes do TDAH (DESIDÉRIO; MIYASAKI, 2007).

A família dos portadores de TDAH deve estar envolvida desde o início do diagnóstico até o tratamento, juntamente com os profissionais. Os pais deverão incentivar e dar suporte para que o cuidado seja satisfatório para todos os usuários. Estes devem ser preparados por profissionais, para aprender a lidar e controlar os impulsos dos filhos, pois o portador do TDAH apresenta mudanças nas quais interferem significativamente no cotidiano, e na maioria das vezes, interfere de forma negativa, causando grandes danos nas atividades diárias, no ambiente escolar, no meio afetivo e social. (NUNES; WERLANG, 2008).

A família do portador de TDAH deve informar aos educadores e às pessoas que irão lidar diretamente com as crianças e adolescentes sobre as mudanças que o transtorno causa. Os pais devem subsidiar intervenções que promovam e proporcionem a inclusão dessas crianças, auxiliando e prosseguindo no cuidado, a fim de driblar os obstáculos que dificultem o desenvolvimento desses portadores (MACHADO, 2007).

Para que seja possível executar uma ação correta para esse cuidado, é necessário conhecimento sobre o assunto, dispondo de condições para a melhoria da saúde tanto do sujeito que está doente quanto da família, averiguando as peculiaridades de cada um, como o contexto socioeconômico, ambiental, genético e condutas estressantes, já que todos esses fatores acarretam prejuízos no processo que irá atuar no controle emocional. Os profissionais bem informados atuam sob condições éticas baseados no compromisso, cooperando no processo terapêutico (BRASIL, 1996).

O TDAH é considerado um distúrbio que envolve os fatores biológicos, psicológicos e sociais, acarretando dificuldades no meio profissional, pessoal, emocional e familiar, dificultando o dia-a-dia de cada portador e, conseqüentemente, todos esses fatores ocasionam um descontrole emocional no ambiente familiar (MICHELS, 2011).

Portanto, a proposta é trabalhar cada vez mais na melhoria da saúde da família, a fim de direcionar os cuidados tanto para o paciente quanto para os pais. Dessa forma, deve-se fortalecer a equipe, promovendo estratégias que visam à segurança e ao bem estar dos portadores do transtorno e dessa forma fortalecer a estrutura familiar (MADEIRA, 2009).

Recentemente foi criado um questionário para averiguar a qualidade de vida em Adultos com TDAH, o Adult ADHD Quality of Life Questionnaire (AAQoL). Diante do estudo, identificou-se que os adultos portadores do Transtorno apresentavam evidências negativas nas atividades no cotidiano, comparado aos indivíduos não portadores. Esse instrumento foi desenvolvido para relatar o impacto do TDAH na vida de adultos portadores, a fim de averiguar o mal que o transtorno causa em atividades simples do dia-a-dia. Essa ferramenta é a única disponível para medir o mal causado pelo transtorno e está disponível em português (MATTOS *et al*, 2011).

A família como cuidador primário devem auxiliar as crianças, quanto às alterações no comportamento, alertando aos educadores e as pessoas que irão lidar com os mesmos, sobre as mudanças causadas pelo TDAH. A fim de contribuir nas atividades do cotidiano proporcionando cuidados que incluam os usuários prosseguindo no cuidado, buscando driblar os obstáculos que dificultem o desenvolvimento dos mesmos (SENA; SOUZA, 2008).

Diante de todas as conseqüências negativas causadas pelo transtorno, as mães dos portadores de TDAH são as que mais sofrem, principalmente as mães solteiras que cuidam sozinhas dos filhos e que passam mais tempo cuidando do lar sem ajuda do companheiro. (CARVALHO, *et al*, 2012).

O TDAH é um transtorno crônico que causa impacto tanto na vida do portador quanto na vida dos familiares, contribuindo negativamente com o desempenho das atividades diárias e a reintegração com o meio social. Em meio aos problemas advindos da doença, é importante a equipe atentar-se para os pais/cuidadores, trabalhando com atividades de suporte terapêutico, além de informar e orientar toda a família sobre os problemas que poderá surgir mais adiante, decorrente do TDAH (DESIDÉRIO; MIYASAKI, 2007).

O TDAH por ser um transtorno que causa prejuízos no cotidiano tanto do portador quanto da família, é necessário que os pais se façam mais presentes aprendendo a lidar com essas mudanças, contribuindo com o trabalho dos profissionais especializados para um cuidado mais completo e satisfatório.

### 3.3 REDE DE ATENÇÃO E OS DESAFIOS DO CUIDADO AO TDAH

A Reforma Psiquiátrica brasileira se originou no campo da Reforma Sanitária e é um movimento que surgiu com o intuito de desativar o antigo modelo psiquiátrico além de promover e executar melhores condições de vida para os indivíduos que sofrem com transtornos mentais. Essas Reformas visam ampliar os novos modelos de serviços de saúde, acolhendo a população e buscando a reintegração dos mesmos na sociedade. (SOUZA; RIVERA, 2010).

Mesmo com todos os avanços, visualiza o pouco cuidado direcionado ao público infantil e juvenil. A comprovação dessa falta de assistência é devido à quantidade de transtornos que atingem as crianças e os adolescentes. Assim tornou-se urgente trabalhar e incluir a saúde mental infanto-juvenil como questão de saúde pública agregando ações que possam atuar na melhoria da saúde mental dos mesmos, juntamente as novas redes de atenção e as práticas do Sistema único de Saúde (SUS) (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008)

A Estratégia Saúde da Família foi criada a fim de unir profissionais capacitados para cuidar da comunidade de forma mais humanizada, frente a isso é indispensável que o enfermeiro e todos os outros profissionais trabalhem juntos, com o intuito de detectar precocemente qualquer patologia que possam ocasionar sofrimento mental assegurando o cuidado do indivíduo e da família. (LEMOS; LEMOS; SOUZA, 2007).

A atuação do enfermeiro na saúde mental e psiquiátrica como nos demais campos é essencial, tanto para o acompanhamento quanto para o atendimento da população, mas,

devido à sobrecarga no trabalho, se observa dificuldades em desenvolver as competências da parte assistencial da enfermagem. (ESPERIDIÃO *et al*, 2013).

O enfermeiro deve ser uma figura significativa no gerenciamento do cuidado ao paciente e a família, podendo educar a população quanto à saúde mental, desmistificando a visão de que o transtorno mental só pode ser resolvido no CAPS, com o auxílio de medicações e de médicos psiquiatras (GONÇALVES, 2009).

Diante das dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde em trabalhar com a saúde mental é de suma importância o trabalho em equipe. Dessa forma pode haver a troca de experiências e assim tratar o paciente em sofrimento de forma correta, discutindo as necessidades de cada um. O enfermeiro da Estratégia Saúde da Família pode tratar os seus pacientes ouvindo e acompanhando diariamente, somando seus conhecimentos com os outros profissionais, sem deixar o paciente submetido apenas aos cuidados médicos (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Os serviços vêm buscando reintegrar os portadores de transtornos mentais cada dia mais na sociedade e para isso eles buscam um novo modelo para que esse processo terapêutico se torne algo menos constrangedor e doloroso para os usuários e para a família.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Segundo Pope e Mays (2009), a pesquisa qualitativa, embora não seja realizada através de números, leva em consideração o discurso de cada participante, mensurando e explicando fenômenos sociais através das falas de cada participante. Esse tipo de pesquisa possibilita ao sujeito a expressividade da fala, bem como refletir e discorrer sobre o tema de forma livre.

A pesquisa do tipo descritiva tem como objetivo observar, analisar e interpretar os acontecimentos e as peculiaridades de determinados grupos. São exemplos de técnicas descritivas os questionários e a observação sistemática (GIL, 2008).

O estudo exploratório tem como finalidade proporcionar mais informações sobre o problema que será investigado, possibilitando novos conhecimentos e seu delineamento, a fim de facilitar a delimitação do tema da pesquisa (KOCHER, 2011).

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Cajazeiras - PB. Cajazeiras é um município que se localiza no estado da Paraíba, sendo considerada a 6ª maior cidade do estado e um dos principais polos da região sertaneja. Está distante 477 km da capital João Pessoa. Detém uma população estimada em 58.437 mil habitantes, em sua área de 566 km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 103,28 hab./km<sup>2</sup> (IBGE).

O município de Cajazeiras – PB dispõe de uma rede de saúde mental estruturada com serviços especializados e profissionais capacitados para atender a população que sofre de algum transtorno psíquico. Os serviços disponíveis são o CAPS AD, CAPS II, CAPS i, e Residência terapêutica.

O cenário dessa pesquisa é o CAPS i que conta com 413 usuários no total. Destes, 48 usuários são portadores do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Os atendimentos do CAPS infantil são voltados para crianças e adolescentes até os 17 anos e 11 meses.

### 4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A população de portadores de TDAH atendida pelo CAPS i é de 48 usuários, sendo que esse serviço especializado é referência em saúde para outros municípios da macrorregião como: Cajazeiras (sede), Bonito de Santa Fé, Monte Horebe, São José de Piranhas, Cachoeira dos Índios, Carrapateira, Bom Jesus, Triunfo, Santa Helena, Uiraúna, Bernardino Batista, Joca Claudino, Poço Dantas, Poço José de Moura e São José do Rio do Peixe.

Nessa pesquisa, foram considerados como critérios de inclusão: a) residir no município de Cajazeiras- PB; b) o portador deverá ter frequentado o serviço do CAPS i; c) ter disponibilidade de participar da pesquisa; d) assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (APÊNDICE A). O critério de exclusão adotado foi: a) famílias que não residem na cidade de Cajazeiras- PB.

Os dados foram finalizados quando as falas atingiram o ponto de saturação. A amostragem por saturação das falas é um método utilizado frequentemente em pesquisas qualitativas, que visa estabelecer ou finalizar o tamanho da amostra em estudo. Quando as falas começam a se tornar redundantes ou quando estiverem se repetindo e não acrescentar, não será necessário continuar a coleta dos dados, interrompendo a participação de novos componentes (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

### 4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética do Centro de Formação de Professores. Após ser aprovado, foi utilizado como técnica de coleta de dados a entrevista, na qual irá se norteou o estudo. Esse instrumento foi composto por questões objetivas e subjetivas, utilizando o roteiro semiestruturado (APÊNDICE B) que identificou o cuidado oferecido pelos pais ao filho portador de TDAH e o conhecimento dos pais sobre o transtorno, no qual o entrevistado respondeu as questões e através da sua permissão as falas foram gravadas com o auxílio de um gravador digital.

A coleta foi feita de forma acessível, na residência dos participantes que estiveram disponíveis a participar na data e no horário proposto. As questões foram direcionadas pelos próprios entrevistados e as respostas surgiram de forma espontânea.

A entrevista é uma técnica muito presente na aplicação dos estudos qualitativos, possibilitando o enriquecimento do estudo com informações trazidas pelos próprios



entrevistados (BRITTEN; POPE; MAYS, 2009). Os dados foram coletados no mês de agosto de 2014.

A pesquisadora realizou todo o processo sem interferir em nenhuma resposta, deixando o participante à vontade para responder da forma que achar melhor.

Antes de iniciar a pesquisa os sujeitos foram assegurados que não iam ser prejudicados, pois nem o seu nome nem as informações colhidas serão divulgados. Os participantes relataram as dificuldades em lidar com o transtorno, livremente e sem interrupções.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, foram analisadas as falas dos sujeitos entrevistados através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), de Lefèvre e Lefèvre. O discurso do sujeito coletivo é breve, elaborado através de trechos semelhantes descritos num só discurso. (LÈFEVRE; LEFÈVRE, 2005).

Para isso foi realizada as transcrições das entrevistas, sendo os textos gravados e digitados, observando mudanças no tom da voz, observações, comentários, pausas e continuidade da fala (DUARTE, 2004).

A análise do DSC é, de acordo com Lèfevre e Lèfevre, (2005), é composta por três fases distintas. Elas são organizadas da seguinte maneira:

- 1) Expressões-chave (ECH), as ECH são pequenos trechos das falas mais importantes de cada sujeito, dos quais o pesquisador irá retirar os trechos relacionados ao tema, uni-los e transformar em um só discurso, com ideias que dão sentido a pergunta;
- 2) Ideias centrais (IC), nessa fase o pesquisador sintetiza todos os trechos que foram retidos das ECH, escrevendo o discurso de forma sucinta, dando sentido a pesquisa, que resultará no DSC;
- 3) Ancoragem, pensamentos expostos através das falas, expondo opiniões que serão utilizadas para dar entendimento sobre um determinado assunto, e unindo essas categorias, teremos o DSC de forma breve, unindo as expressões mais importantes e marcantes das falas dos sujeitos, de forma coerente.

Para discussão e análise dos DSC foi utilizado como método, pesquisas estudos e artigos atualizados, buscando fundamentar o trabalho por teoria das literaturas pertinentes.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para o cumprimento dos aspectos éticos foram obedecidas as exigências estabelecidas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que atribuem o respeito aos sujeitos da pesquisa, visando garantir o direito de todos sem implicar qualquer dano (BRASIL, 2012).

O presente estudo foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores (ANEXO 1). Para isso foi solicitado autorização prévia ao município, por meio da Rede Escola (ANEXO 2).

Foi exposto para cada participante o direito de permanecer ou não na pesquisa, além do anonimato, garantindo que as informações contidas serão guardadas para evitar qualquer exposição. Para isso não foi disposto o nome dos participantes, utilizando as iniciais de cada um, evitando assim qualquer dano ao sujeito entrevistado.

O estudo contou com a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), assinado pela coordenadora do CAPS i e pelos pais do portador TDAH, contendo informações claras sobre a pesquisa, portanto, os mesmos puderam responder e se expressar de forma consciente, autônoma, livre e esclarecida.

Deste modo, percebe-se que o presente estudo apresenta risco de constrangimento para os entrevistados, portanto, à medida que a entrevista foi ocorrendo, que o entrevistador notou mudanças no comportamento do sujeito entrevistado, a gravação foi pausada, de forma que o sujeito se acalmasse, sendo esclarecido novamente que a pesquisa trará benefícios para ele e os demais participantes.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa serão apresentados inicialmente pela caracterização do sujeito, seguida das categorias proveniente do DSC, quais sejam, o conhecimento sobre TDAH pelos pais; sentimentos relacionados ao TDAH; cuidados e redes de saúde acionados para a atenção ao TDAH; e limites e desafios no cuidado ao TDAH.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Na primeira parte do instrumento foi realizada a caracterização dos pais, incluindo informações sobre a idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, profissão, renda familiar e cor, conforme aponta o Quadro 1.

**Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica dos pais de crianças e adolescentes com TDAH. Cajazeiras - PB, 2014**

IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	CONJUNTURA FAMILIAR	GRAU DE ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	RENDA FAMILIAR	COR
23	F	Solteira	Companheiro, mãe e filho solteiro.	Ensino Médio Incompleto	Estudante	1 a 2 salários	Branca
24	F	Solteira	Companheiro e filho solteiro.	5ª série do Ensino Fundamental	Do lar	1 a 2 salários	Parda
35	F	Solteira	Mãe, irmã e filhos solteiros.	1º ano do Ensino Médio	Auxiliar de Serviços Gerais	1 a 2 salários	Parda
35	F	Solteira	Companheiro e filhos solteiros.	Ensino Médio Completo	Técnica de Enfermagem	1 a 2 salários	Negra
39	F	Solteira	Sozinha com filhos solteiros.	Ensino Fundamental Completo	Auxiliar de Serviços Gerais	1 a 2 salários	Branca
41	F	Viúva	Companheiro e filhos solteiros.	Ensino Fundamental Completo	Auxiliar de Serviços Gerais	1 a 2 salários	Parda
43	F	Solteira	Companheiro e filhos solteiros.	2ª série do Ensino Fundamental	Do lar	Menos de 1 salário	Parda
58	F	Casada	Companheiro e filhos solteiros.	Curso Superior	Professora Primária	Mais de 4 salários	Parda

Dentre os sujeitos participantes predomina o sexo feminino, mães dos usuários. A maioria é solteira, com grau de escolaridade baixa, não concluíram o ensino médio, estão desempregadas e com renda entre um a dois salários mínimos. Na pesquisa, apenas uma mãe tem curso superior, casada e com uma renda acima de quatro salários mínimos.

O adoecimento requer cuidados contínuos, principalmente da família, porém muitas vezes o ambiente familiar é negligenciado e a partir daí começam os conflitos. O TDAH também pode ser causado por uma série de problemas ambientais, principalmente, problemas no lar, como: desarmonia, agressões físicas e verbais, por isso toda essa violência no lar só acaba causando repercussões negativas, resultando em um declínio na saúde do usuário e da família (PAIANO, *et al.* 2007).

Até o momento, o TDAH também é considerado um fator ambiental, pois diante de algumas alterações como: convívio social e familiar, condição de saúde e situação sócio-econômica do indivíduo, discussões entre os cuidadores, maus hábitos, uso e abuso de álcool e outras drogas durante a gestação, é gerado um nível elevado de estresse, nos pais e portadores (BALBI, *et al.* 2008).

O TDAH é um transtorno que atinge também a maioria dos pais dos portadores. Grande parte não sabe lidar com a situação e, em vários casos, se desesperam sem saber como controlar a forma que vivenciam. Os portadores deste transtorno não conseguem parar pra prestar atenção, não obedecem a regras e nem seguem orientações. Diante disso, os pais se sentem perdidos e desorientados quanto aos cuidados que devem tomar, gerando conflitos em casa e dificultando a convivência no ambiente familiar.

As causas do TDAH ainda continuam sendo estudadas, mas a genética é uma das hipóteses mais concretas. Dentre outras etiologias estão o ambiente familiar, uso de substâncias tóxicas, álcool e tabaco, problemas durante a gestação, baixo grau de escolaridade materna, pais divorciados. Todos esses fatores atingem negativamente o cuidado com essas crianças (REIS, 2004).

O TDAH é um transtorno complexo, com sintomas marcantes, ocasionando graves conflitos no ambiente familiar, por isso a importância em ter um cuidado íntegro pela família. No cuidado ao portador no ambiente familiar, a que se torna mais sobrecarregada é a mãe, com um alto nível de estresse e vulnerável. As mulheres são as responsáveis pelo cuidado dos filhos e do lar, sendo as mais atingidas, tanto no lar quanto no trabalho fora de casa, as mulheres sempre são as mais cobradas. Já os homens também estão desenvolvendo cuidados a

família, mas quanto ao gênero masculino como cuidados, não tem tantos estudos que evidenciam (BATISTA, *et al.* 2013).

Desde os antigos modelos relacionados à saúde mental, os usuários eram internados em hospitais psiquiátricos e esquecidos sem assistência e sem o apoio, sendo segregados do meio social. Atualmente se observa a importância da inclusão da família e das necessidades dos pais mais presentes e envolvidos no cuidado, aprendendo a lidar com o comportamento dos filhos, procurando desenvolver estratégias com os profissionais dos serviços, a fim de reintegrar as crianças, progredindo no tratamento e tornando o ambiente familiar harmonioso resultando no bem estar e desenvolvimento dos pais quanto das crianças (NUNES; WERLANG, 2008).

## 5.2 CATEGORIAS EMERGENTES DOS DSC

### **1ª. Conhecimento sobre o TDAH pelos pais: visão comportamental; visão biológica; visão estigmatizada e de rotulação.**

#### **Visão comportamental**

De acordo com os dados da pesquisa em questão, nota-se que a maioria das mães não conhecem sobre o transtorno. Elas relataram pouco entendimento sobre o TDAH e muitas disseram que é um problema no comportamento:

É um problema sério, não é uma doença, é a hiperatividade é uma criança agitada, passam por dificuldades de concentração para realizar algumas tarefas que necessitam de um pouco mais de atenção são agressivos, ansiosos e concentram nas atividades. Esses comportamentos prejudicam o aprendizado dele e de outras crianças, tem muita energia, não é só energia, tem dia que ele tá bem agitado, tem dia que ele tá bem calmo, de repente muda, eu sinto que tem algo diferente nele, ele é muito esquecido, se distrai com muita facilidade, não se enturma com os outros amigos, é mais na dele, é pensativo, fechado e de repente muda, eu sinto que tem algo diferente ninguém pode mexer com ele. Ele não quer obedecer, de jeito nenhum, fazendo coisa errada (DSC1).

O DSC1 evidencia os problemas gerados pelo transtorno e relata que são crianças que sofrem com as tarefas diárias, por não conseguirem prestar atenção nas atividades e por variarem constantemente de humor, algumas impulsivas demais e outras mais calmas. Todos esses fatores interferem diretamente na vida desses portadores do TDAH na escola, atingindo

o rendimento das outras que convivem com elas e diante desses impactos, começam as reclamações de professores, que muitas vezes não tem familiaridade com o transtorno e julgam essas crianças como desobedientes, distraídas, avoadas. Em consequência disso, muitas vezes as crianças acabam sendo vetadas de algumas atividades por não conseguirem manter o foco, acarretando um baixo desempenho nas atividades.

As crianças acometidas pelo TDAH são frequentemente julgadas pelo comportamento, e geralmente essas condutas são vistas por professoras em decorrência da desobediência, indisciplina e agitação dos mesmos em sala de aula (GIRARDI; RUBIO, 2012).

Em decorrência de todas essas reclamações, os pais são diretamente responsáveis em acompanhar e tomar medidas para conter esses impulsos causados pelo transtorno. Os professores da escola atentam para que os pais desses alunos possam levá-los a um serviço especializado, para que seja feito o tratamento adequado, o intuito é amenizar esses impactos tanto na escola, quanto no desenvolvimento das crianças acometidas.

O TDAH vem sendo um desafio para os profissionais de todas as áreas, tanto da área da educação quanto da saúde. Diante de tantos problemas na escola, se observa o despreparo dos educadores em lidar com essas crianças em sala de aula, enquanto os profissionais da saúde que foram formados para terem um olhar mais clínico. Esses também enfrentam dificuldades em diagnosticar o portador, em decorrência da falta de estudo, e pesquisas, o diagnóstico dos portadores acaba sendo tardia, levando a uma série de hipóteses diagnósticas. (MACHADO, 2003).

Todos esses problemas comportamentais advindos do TDAH revelam o valor do trabalho com essas crianças e incitam a pensar nas dificuldades enfrentadas pelos portadores e pais dos portadores, de modo que os mesmos possam se sentir mais seguros sofrendo menos com os impactos causados pelo TDAH.

### **Visão biológica**

A principal causa do TDAH apontada pelos entrevistados foi em decorrência da genética, fator biológico, algo que é gerado de uma gravidez conturbada ou de um problema que ocorre no nascimento.

O transtorno é do nascimento, tinha que nascer assim, minha gravidez foi muito conturbada, pode ter sido através do período da minha gravidez, pode ser de família, algo genético, ou um defeito no cérebro... sei lá, débil mental, deve ter algo errado, tem algum problema, ele não é normal. É um problema de grande importância para a pessoa que tem essa doença, não é normal, é

uma doença que precisa de um psiquiatra, psicólogo, psicopedagogo, de algum médico e remédio pra que melhorar e ficar mais calmo (DSC2).

O DSC2 indica o TDAH como um defeito genético, que foi gerado no nascimento. Diante da falta de informação, nota-se o medo das mães que seus filhos sejam deficientes mentais. Remetendo a isso, elas concluem que tudo se deu em decorrência de uma gravidez atribulada, julgando os mesmos como pessoas anormais.

Em decorrência da quantidade de nomes que foi sendo desenvolvido até chegar ao TDAH, mais pesquisadores vem buscando concretizar a definição e a etiologia desse transtorno. Sabe-se que não é uma causa isolada, pois crianças são diagnosticadas pelo TDAH por apresentarem inquietude, e estudos comprovam que o TDAH é composto por três sintomas que devem ser bem estudados para se chegar ao diagnóstico preciso, assim, referente aos modelos mais atuais, o TDAH é uma causa genética, neurobiológico, intercorrências antes durante ou depois da gestação e dessa forma concluindo que o TDAH está relacionado a história família (TEIXEIRA, 2005).

As causas do TDAH ainda continuam sendo investigadas, muitas definições, nomes e classificações já foram dados por diversos pesquisadores cientistas, mas atualmente os responsáveis por este diagnóstico são aqueles que possuem conhecimento na área os médicos, alguns especialistas dizem que as principais causas do transtorno são decorrentes de fatores genéticos, problemas no córtex pré- frontal, onde indicam uma ligação entre o córtex pré-frontal o comportamento e a personalidade (BRZOZOWSKI; BRZOZOWSKI; CAPONI, 2010).

As causas ligadas ao TDAH são de origem, genética, biológica e teorias apontam que os fatores ambientais, também fazem parte dessa causa, sendo o fator genético o mais forte (GONÇALVES, 2011).

A etiologia do TDAH é multifatorial, ligados a fatores neurobiológicos, deficiência nos neurotransmissores, fatores sociais e genéticos, em decorrência de tantas pesquisas, o TDAH recebeu diversos nomes para chegar a essa nomenclatura, mas até que surjam outros estudos, o TDAH é um transtorno genético, que causam mudanças da personalidade e do comportamento. Formado pela tríade sintomatológica, desatenção, hiperatividade e impulsividade (SILVA; TAKASE, 2010).

Mesmo após tanto tempo de estudo se observa controvérsias nas formas clínicas entre os pesquisadores e profissionais da saúde que tentam descobrir a causa correta que gera o

TDAH, desde antes da década de 1990, os cientistas tentam encontrar as causas para esse transtorno que acomete tantas crianças (CALIMAN, 2010).

Diante dessas descobertas, o TDAH passa a ser uma doença cerebral, e decorrente dessas nomenclaturas que crianças portadoras são ditas como “doida”, surgem as visões deturpadas sobre o transtorno, como: “essa doença não é normal, meu filho é doido...débil mental”, e isso cada vez mais diminui a autoestima dos portadores.

Estudiosos apontam que patologias ligadas à saúde mental, estão vinculados a fatores biológicos, que interferem diretamente no controle dos impulsos, portanto, pessoas acometidas por problemas mentais devem ser tratados por especialistas, em decorrência da gravidade do quadro, por isso o alerta para os profissionais, quanto a gravidade e os cuidados que devem ser tomados, para que não o transtorno não venha a se agravar posteriormente (ABREU, 2007).

A genética é uma das explicações mais plausíveis para a causa do TDAH, embora muitos pesquisadores ainda busquem outras explicações, a maioria das pesquisas levanta a hipótese, de que o TDAH é uma causa genética, o fator hereditário por enquanto vem sendo a explicação para transtorno (ASHERSON, 2013).

### **Visão estigmatizada e de rotulação**

Muitos pais se sentem temerosos em deixar seus filho ingressarem em uma escola tradicional como mostra o DSC 3:

É uma doença, eu sinto que tem algo diferente, num é normal, parece doido, débil mental... ele é diferente, é um problema muito grande pra minha mãe, ela nunca aceitou que ele era assim, ela isola ele, tenta tirar ele do convívio, não gosta que ele estude...acha que ele não vai aprender nada, não querem que ele entre em contato com as pessoas...mas eu não posso dizer nada, eles tem medo que ele sofra com o preconceito, até uma bicicleta que eu dei ela tomou, o médico que me explicou...a genética, que não tem curas, tratamento muito pouco que jamais ele terá uma, profissão, tipo assim, ler, fazer alguma coisa... inteligência pura, mas, se ensinar, ensinar um negocio braçal, ele vai aprender, uma oficina, o médico disse que ele sempre vai ter uma mente de criança, ele não vai se comportar como um adulto (DSC3).

Dessa forma, os pais impedem uma nova abordagem fazendo com que o seu filho viva em uma cápsula protetora, longe de tudo e todos e por mais que eles estejam pensando que isso fará bem, só estão impedindo que os portadores levem uma vida “normal”, assustando e fazendo com essas crianças os vejam dessa maneira, como pessoas diferentes, trazendo esse



modelo de isolamento pra o resto da vida, acarretando danos até a fase adulta, impedindo que os mesmos tomem decisões, perca as oportunidades e desconhecendo o despertar e a dimensão do ser feliz.

Devido ao rótulo dado pela sociedade, os portadores de TDAH são discriminados e isolados, muitas vezes por desconhecerem o transtorno a família, os profissionais, os professores e meio social, acabam rotulando a criança como doente mental, aonde eles acham que os mesmos são incapazes de realizar atividades ou até mesmo de se relacionarem com outras pessoas. Em decorrência dessas opiniões preconceituosas e estereotipadas os pais passam a tratar seus filhos como loucos, causando a baixa autoestima das crianças. Muitas vezes mães dos portadores acabam não permitindo que seus filhos estudem impedindo que os mesmos levem uma vida normal junto as outras crianças, quando na verdade o único objetivo, é aprendermos a escutar, para que eles se sintam capazes e obtenham sucesso no cotidiano (GONÇALVES, 2010).

A assistência prestada a esses portadores e aos pais pode ser uma prática sem auxílio de medicação, basta o empenho e conhecimento do profissional para mudar essa realidade.

As práticas de exercício, diálogo e troca de informações são formas de relaxamento e torna-se algo primordial para que se obtenha um bom começo e desmistifique o transtorno como uma doença incapaz de permitir que os portadores possam estudar e frequentar os ambientes que outras crianças sem transtorno frequentam. Essa é uma forma diferente de tratamento, que foge do modelo tradicional. Podendo ser o início de uma nova terapia educacional que irá transformar o pensamento, o cotidiano e a vida dessas pessoas, ajudando a família a ver como que é possível conviver com o TDAH.

Muitas famílias não aceitam o diagnóstico. Isso possivelmente dificulta o desenvolvimento de suas habilidades e implicam no isolamento e no preconceito. Quando o diagnóstico é precoce e preciso, mais cedo os pais irão poder atuar, ajudando na terapia e tomando as medidas pertinentes para que as crianças possam avançar, sem correr risco de declínio nas atividades escolares e sem serem julgadas ou rotuladas no meio social, o diagnóstico ao invés de ser um peso para as famílias, deve ser vista como uma conquista, pois só assim vai ser possível realizar a terapia correta, podendo atender as necessidades dos portadores (RAMOS, 2012).

## **2ª. Sentimentos relacionados ao TDAH**

### **Estresse / Sobrecarga do Cuidado**

Perante as adversidades e dificuldades causadas pelo TDAH em crianças e adolescentes, os pais desses portadores sofrem diariamente para lidar com comportamento dos filhos.

Eu vivo estressada, eu estou precisando de um psicólogo, ninguém agüenta o meu filho, acumula o estresse, o cansaço, as raivas que eu tenho, sem contar que não tenho lazer nenhum, não posso sair de casa, porque ninguém agüenta meu filho. Meu estresse é muito alto! Eu não sabia o que fazer, fiquei com medo, é uma doença grave, fiquei doida, minha casa virou um inferno, minha casa se tornou uma guerra, eu sempre penso e quando eu não estiver aqui pra cuidar dele, pensei muito nisso quando descobri...Só eu cuido bem dele e isso me deixa triste, eu sinto muito um frio assim, uma ansiedade, aquele medo, tem horas que penso, meu Deus o que vou fazer, será que vou morrer?...sinto uns negócios me apertando, aquela agonia, dá aquele friozinho, aquela vontade de ficar sozinha, tem horas que dá vontade de tá com um monte de gente, tem horas que tenho medo até da batida do meu coração quando fico escutando, eu tenho um pouco de medo, aquele pânico (DSC4).

Diante das dificuldades encontradas em lidar com o portador do TDAH, é de extrema importância voltar a atenção aos pais dessas crianças, pois são muitos os obstáculos no dia dia, a falta de assistência, acaba causando um alto nível de estresse tanto para criança, quanto para família. Quando os pais não estão em boas condições psicológicas, o cuidado ao portador será ineficaz e para que haja uma terapia adequada, é necessária a orientação, e construção de novas intervenções, para atender as necessidades dos pais, dos familiares e portadores (FARIA, 2011).

As dificuldades mais freqüentes entre os pais de portadores do TDAH são, controlar os impulsos dos mesmos e lidar com os julgamentos da sociedade leiga no assunto, essas dificuldades acabam ocasionando o estresse e sentimento de incapacidade em lidar com aos filhos, que por sua vez acaba prejudicando a atuação dos cuidadores na assistência as crianças (MACHADO, 2003).

Perante esse quadro de total sobrecarga e estresse dos pais, devem ser tomadas as medidas necessárias, para aliviar todo esse sentimento de frustração. A população que desconhece o TDAH tem uma visão errônea sobre o transtorno opinando de forma negativa onde, ao invés de ajudar, acaba contribuindo para um impacto negativo, desfavorecendo o cuidador e a criança portadora, que precisa de total apoio nesse momento tão delicado.

Para que haja resultados satisfatórios, é necessário o entendimento dos pais e da família sobre o diagnóstico, os danos e os cuidados relacionados ao TDAH, evitando a

rotulação dos portadores e o estresse dos cuidadores. Para isso, os profissionais da saúde devem trabalhar motivados e sem preconceito, a fim de desenvolver estratégias para cuidar e alertar os pais e familiares, procurando abordar com cautela os mesmos, para que a criança não seja considerada um peso no ambiente familiar, por isso os profissionais devem intervir no cuidado, contribuindo ativamente para promover melhor qualidade de vida aos cuidadores e ao portador. (FOCHI, 2013).

Para um bom apoio ao portador do TDAH é necessário que os pais e apoiadores estejam cientes de todos os males causados pelo transtorno. Um diagnóstico tardio pode comprometer o tratamento, por isso é necessário que os pais tenham clareza sobre o tema, para aprenderem a lidar com o portador e para que o mesmo não venha afetar de forma negativa a estrutura familiar, evitando o estresse, os rótulos e a sobrecarga no cuidado.

### **3ª. Cuidados e redes de saúde acionados para a atenção ao TDAH**

#### **Atenção básica**

De acordo com o DSC 9, nenhum profissional da enfermagem auxiliou no processo do encaminhamento e muito menos procurou explicar sobre o transtorno, diante desse quadro, podemos tentar solucionar esse problema promovendo capacitações para os mesmos, para que estejam aptos a trabalhar a saúde mental da população:

Primeiramente procurei a unidade básica, a enfermeira nem conversou direito e disse que não resolvia meu problema, então me mandou passar na médica. Fui pra conversar com a médica pra ela tentar resolver, eu contei que o comportamento dele tava diferente, então ela me disse que como eu era a mãe, convivo com ele e tava percebendo que ele não tava se comportando bem, podia levar no CAPS i e me deu o encaminhamento eu não lembro direito o que ela colocou, mas achei até estranho, ela colocou que ele tava sendo encaminhado pro psicopedagogo, pro psicólogo e pro psiquiatra, aí levei ele pro CAPS i (DSC9).

A dúvida mais frequente atualmente é averiguar qual o primeiro serviço de saúde que se deve procurar e se tratando da palavra sofrimento mental, muitos acham que o CAPS é a primeira escolha. O enfermeiro ele está buscando meios para trabalhar com a saúde mental, as portas estão se abrindo para a enfermagem, com o tempo foram surgindo especializações para dar o suporte necessário para lidar neste campo e desenvolver ações da enfermagem. Com o passar do tempo espera-se que com tantos estudos e pesquisas essa restrição de serviços para

o profissional da enfermagem mude, desmistificando que o paciente em sofrimento, necessita de um psiquiatra como primeira opção (CAIXETA; MORENO, 2008).

A enfermagem pode e deve atribuir ações no cuidado a saúde mental e psiquiátrica na unidade básica e nos serviços especializados, mesmo com tantos desafios, com o tempo, foram surgindo novas formas assistenciais para o paciente em sofrimento mental, é importante que a equipe da unidade básica desenvolva estratégias a fim de promover a reintegração da família com o meio social, contribuindo para que a estratégia de saúde da família seja um serviço base servindo como primeira opção para prestar a assistência no processo do adoecimento, procurando atuar em parceria com os outros serviços especializados (BRASIL, 2004).

A Reforma Psiquiátrica foi criada para aplicar mudanças trazendo novas opções para os serviços de saúde, que tem como objetivo reinserir o usuário e a família, promovendo uma reabilitação psicossocial, fugindo do antigo modelo manicomial e assim tentando extinguir as internações em hospitais psiquiátricos. O enfermeiro como cuidador, deverá procurar atuar para contribuir com esse novo modelo, dando suporte e colocando em prática a sistematização da assistência enfermagem (SAE), evoluindo e promovendo cuidadas as famílias nas atividades diárias, procurando promover ações educativas nas unidades básicas, para motivar a população a participar e assim, passar uma maior credibilidade a população quanto o papel do enfermeiro (CARVALHO; AMARAL; MAGALHÃES, 2011).

Ainda existem profissionais da enfermagem com uma visão estigmatizada quanto o transtorno mental, muitos deles acham que a melhor saída é o encaminhamento para o CAPS ou até mesmo acreditam que a população que passa por o processo do adoecimento mental necessite ser internado. As novas propostas de assistência ao portador com transtorno mental vem sendo ampliada buscando desmistificar essa visão errônea, há muito tempo pesquisadores e órgãos públicos vem tentando construir e implantar novas estratégias para serem trabalhadas na unidade básica, buscando incluir o usuário e a família, em um ambiente onde eles possam entrar em contato com outras pessoas e que sejam tratados de forma humanizada (LEMOS; LEMOS; SOUZA, 2007).

### **Serviço especializado**

Mesmo com os serviços especializados, ainda vemos a falta de conhecimento da população. Em virtude também da baixa escolaridade dos entrevistados da pesquisa, nota-se a

busca de informação por meios incorretos. Antes da procura por profissionais, eles se apegam a vizinhos, parentes, amigos e até mesmo a igreja.

Procurei primeiro o padre da Paróquia São João Bosco, noto que meu filho depois que passou a freqüentar junto comigo a igreja ficou muito mais calmo, mas mesmo assim fiz o que o padre disse, procurei o CAPS i, lá os médicos sabem tratar as crianças, enfim eles passam os remédios pro meu filho melhorar, mas eu continuo levando ele pra igreja (DSC10).

Meu filho sempre foi muito inquieto, e eu sou impaciente, eu não nego, eu sou muito impaciente, eu acho que é mais de eu lidar com ele, eu sou muito impaciente, aí eu reclamando e tal, e eu vou bater em você, então quando levei ele em outro cabeleireiro ele me disse que fazia psicologia e tinha percebido essas mudanças no comportamento, então ele me disse que era melhor eu levar ele ao psicólogo pra começar a terapia e disse que lá eles iam me ajudar no tratamento, aí levei, fiz a triagem e marquei a consulta pra passar na médica (DSC11).

Muitos deles desconhecem o transtorno e acabam recorrendo, ao conhecimento popular ou procuram os profissionais da Unidade básica, que serve como modelo e auxílio para a população.

O CAPS é um serviço aberto a população que foi criado há algum tempo, dispondo de profissionais capacitados, enfermeiro, psiquiatra, psicopedagogo e psicólogo, cada um desses profissionais busca trabalhar com os usuários e com a família, com uma nova proposta de inclusão, a fim de substituir os antigos hospitais psiquiátricos (TAVARES, 2003).

Com a criação dos CAPS's, se pretende alcançar uma assistência mais minuciosa e humanizada, evitando cada vez mais as internações em hospitais psiquiátricos, buscando reinserir os pacientes junto a família, para que possam conviver melhor. Dessa forma irá contribuir para que os mesmos possam estudar, trabalhar, e ter lazer, aumentando a auto estima e fazendo se sentirem capazes, obtendo uma terapia eficaz e um resultado satisfatório (FILHO, MORAES, PERES, 2009).

Os Centros de apoio devem dispor de profissionais capacitados, para promover a ligação profissional/paciente, acolhendo os mesmos e os reinserindo no território em que vivem. Os profissionais dos serviços especializados devem trabalhar em parceria com a rede básica de saúde, para dar o suporte necessário aos indivíduos em sofrimento que desconhecem o trabalho dos profissionais (MORENO, 2009).

Diante desse quadro de desconhecimento da população os profissionais da enfermagem deverão prestar assistência, servindo como suporte, respeitando, ouvindo e dialogando com o paciente para que eles se sintam bem atendidos. O enfermeiro deverá se

dispor a ajudar e procurar fazer a diferença, colocando em prática seus conhecimentos, com amor e sem preconceito, deverá acolher o paciente se necessário encaminhá-lo para outro profissional, para que a assistência seja continuada, por isso a necessidade dessa ligação entre o CAPS e a rede básica (CASTRO, 2007).

#### **4ª. Limites e desafios no cuidado ao TDAH**

##### **Controle dos impulsos e preconceito**

De acordo com os dados da pesquisa em questão, nota-se que a maioria das mães não conhece o transtorno, sendo difícil impor limites nas crianças. O que mais marca na fala dos sujeitos é a dificuldade no controle dessa inquietude, também se observa o preconceito na fala dos DSCs. Apesar de já termos avançado muito nas pesquisas e na área da saúde percebe-se que desde o início dessa luta contra a exclusão e desinstitucionalização o percurso foi e continua sendo desafiador, quando falamos em TDAH, muitas pessoas desconhecem o significado, mas, quando falamos transtorno mental ou saúde mental muitas pessoas, leigas no assunto tem uma visão estigmatizada e preconceituosa.

Percebemos na fala de um dos DSC:

São tantos, primeiro o preconceito e junto com o preconceito a rejeição, são desafios muito grandes e a gente fica triste com isso, muitos pensam que é pirraça e não entendem controlar a língua das pessoas é um desafio muito grande, quem não conhece diz que ele é assim porque é ruim, que eu passo a mão na cabeça dele. A professora reclamava muito dele, ele não conseguia se desempenhar na escola, coloquei ele no AEE que é uma salinha pra ajudar a desempenhar melhor, se os meninos forem mexer com ele, ele quer ser agressivo, conversei com professora e pedi pra ela ter paciência com ele, falei que ele frequenta o CAPS i, toma remédio e é hiperativo, que ela aprendesse a lidar com ele, que eu já não sabia mais o que fazer, eu passei indo um tempo com ele pro CAPS, mas ele não se dava bem com o homem que cuidava dele, aí eu tô esperando arrumarem outro pra cuidar, em casa, eu não posso desviar a atenção dele um minuto, se tirar o olho dele, ele sai, aí eu que tenho que cuidar, mas é muito difícil. Eu me lastimo às vezes, sinto vontade de ter outros filhos, mas quando penso no problema que meu filho traz, eu desisto, ele toma todo o meu tempo, as vezes acho que estou pagando por alguma coisa, não consigo controlar ele é danado demais, ele é inquieto, e eu sou impaciente, se eu pedir pra ele sentar, ele não fica, eu tenho que gritar, ele só me atende se eu gritar umas dez vezes, falar não adianta, eu não vivo em paz, nem consigo cuidar de mim nem consigo cuidar dele(DSC13).

Dessa forma, é necessário promover atividade com os pais, para que os mesmos possam estar orientados quanto as mudanças no comportamento e a visão e rotulação da sociedade.

Há pouco tempo foi implantado um novo modelo de ensino o Atendimento Educacional Especializado (AEE). É uma sala adaptada para trabalhar com crianças especiais, que sofrem com o déficit no aprendizado, a fim de desenvolver as habilidades dos mesmos. As crianças que estiverem frequentando essa sala poderão estar matriculadas e frequentar regularmente a sala de aula tradicional, na salinha multifuncional são utilizados computadores, joguinhos para estimular o raciocínio e a memória, esse programa foi firmado para ajudar e inserir as crianças, eliminando as barreiras encontradas por esses sujeitos no dia dia na escola (BRASIL, 2010).

A inclusão das crianças na escola é necessária e é um direito de todos terem um ensino de qualidade. Espera-se colocar toda essa teoria em prática, pois muitas vezes nos deparamos com situações que não sabemos como resolver, principalmente no caso de crianças com TDAH, esses portadores são rotulados diariamente como mal educados, loucos, perturbados, enfim, são isoladas e tidas como “anormais”. No ambiente escolar essas cobranças e definições são bem mais freqüentes (BRZOZOWSKI, 2009).

Os principais desafios citados por pais de portadores é a famosa tríade de sintomas, que além da desatenção, inquietude e impulsividade, ainda seguem acompanhados do isolamento e do esquecimento. Muitos portadores não conseguem parar pra prestar atenção, interrompem a fala das pessoas e todos esses são os sintomas que marcam os portadores de TDAH, afetando os pais e os professores que na maioria das vezes são os primeiros que observam essas mudanças, mas é em casa que os pais vão poder observar e procurar ajuda. Dessa forma, é necessário aprimorar o conhecimento das pessoas que estão lidando com os mesmos, para evitar definições equivocadas (COSTA, 2010).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TDAH é um transtorno complexo com sintomas marcantes e apresenta-se como importante dentre os principais transtornos que se inicia na infância e perdura até a fase adulta, ocasionando graves conflitos no ambiente familiar, social e escolar. Desta forma, os pais e a sociedade devem estar informados sobre as mudanças no comportamento para que não haja definições equivocadas.

A detecção e tratamento precoce na atenção primária dos transtornos mentais da população ainda é o desafio do atendimento público à saúde mental no país. Neste contexto, os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) devem estar preparados para atender as necessidades da população a fim de promover melhor qualidade de vida à família e aos usuários.

Através desta pesquisa foi possível conhecer ações que podem ser desenvolvidas pelos enfermeiros dentro da atenção primária e das redes especializadas podendo contribuir de forma significativa desenvolvendo técnicas para promover o bem estar da comunidade, ampliando os conhecimentos na área da saúde mental.

O instrumento utilizado para avaliação dos pais em relação ao TDAH representou importante fonte de informação para os resultados. Quanto a visão final dos pais, o TDAH está ligado a visão comportamental, visão biológica e visão estigmatizada, os principais sentimento elencados foram estresse e sobrecarga no cuidado ao portador. Dessa forma, se pode averiguar o desconhecimento dos pais quanto aos serviços de saúde que os mesmos devem acionar e quanto os principais limites e desafios os pais evidenciam sofrimento em lidar com o preconceito dado pela sociedade.

Ao final das entrevistas, foi avaliado de forma positiva pela entrevistadora a iniciativa do estudo, deixando evidente a aplicabilidade de princípios e diretrizes que invistam na melhoria da atenção aos pais dos portadores de transtornos mentais, para que os mesmos adquiram novos conhecimentos acerca de temas relacionados à saúde mental.

No decorrer do estudo houve alguns limites dentre os quais as dificuldades na acessibilidade as residências, o número restrito de participantes e o tempo reduzido.

É pertinente mais estudos que norteiam o cuidado aos indivíduos em sofrimento mental, pois os pais dos portadores não estão bem informados qual o serviço de saúde que os mesmos devem acionar.



Conclui-se ser fundamental contribuir para um debate aberto e profundo a respeito dos princípios, estratégias e modelos dos gestores, para que se consiga reverter de uma vez o modelo hospitalar para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar, de base comunitária, administradas com responsabilidade e compromisso com a população.

## REFERÊNCIAS

ABREU. J. N. S. **Memória e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**. p.16; São Paulo, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM – IV - TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ANDRADE, C.R.M. *et al.* Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Rev Med Minas Gerais**; v. 21, n. 4, p. 455-64, 2011.

ASHERSON. P. **O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e a Genética**. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância p. 10 Kings College London, REINO UNIDO, 2013.

BALBI. C, *et al.* Compreendendo a vivência de ser mãe de uma criança com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.8, n.2, p.57-66 São Paulo, dezembro de 2008. Disponível em:

<[http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol8-n2/v.8\\_n.2-art1.pesq-compreendendo-a-vivencia-de-ser-mae-de.pdf](http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol8-n2/v.8_n.2-art1.pesq-compreendendo-a-vivencia-de-ser-mae-de.pdf)>. Acesso em: 22 jun. 2014.

BATISTA. C. M. F, *et al.* **Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: influência do gênero do cuidador**. *Cad. saúde colet.* [online]. 2013, vol.21, n.4, p.359-369, 2013.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2013000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2013000400002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 jun. 2014.

BIANCHINI, R. et al. Prevalence of ADHD in a sample of Italian students: a populations-based study Prevalence. **Res Dev Disabil.** v.34, n. 9, p. 2543-50, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília (DF), 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

\_\_\_\_\_. Rede de Atenção Psicossocial: diretrizes, **Portaria GM N° 3088**, 2011.

\_\_\_\_\_, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012.

BRITTEN, N; POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BRZOZOWSKI, F. S; BRZOZOWSKI, J. A; CAPONI, S. Classificações interativas: o caso do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade infantil. **Interface- Comunic. Saúde. Educ.**, v. 14, n. 35, p. 891- 904, out./dez. 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/2810.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

BRZOZOWSKI, F. S; CAPONI, S. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados. **Physis Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1165-1187, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a14.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

CAIXETA. C. C, MORENO. V. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. **Ver. Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. 2008; v.10, n., p.179-88. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a16.htm>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

CALIMAN, L. V. Notas sobre a história oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 30, n. 1, p. 45-61, 2010.

CARMO, Z. **TDAH: segregação e rotulação**. APPOA, Porto Alegre, n. 164, dez. 2007.

CARVALHO, J. A. *et al.* TDAH: CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE. **Rev. Científica do ITPAC**, Araguaína, v.5, n.3, Pub.5, julho, 2012.

CARVALHO. C. G; AMARAL. R. M. S; MAGALHÃES. S. R. **Assistência de enfermagem ao portador de transtorno psíquico: visita domiciliar**. e-Scientia, Belo Horizonte. v. 4, n. 1, p. 31-8, 2011.

CASTRO. T. M. **Atuação do enfermeiro em um Centro de atenção psicossocial**. Ribeirão Preto: EERP –USP, 2007. Dissertação de mestrado p.19.

COSTA, S. A. S. **Um desafio de inclusão para professores: Alunos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. Porto Alegre, 2010.

COUTO, M. C. V; DUARTE, C. S; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev Bras Psiquiatr**. n.30, v. 4, p:390-8, 2008.

DESIDÉRIO, R. C. S; MIYAZAKI, M. C. O. S. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): orientação para a família**. *Psicol. Esc. Educ. São José do Rio Preto/SP*, v. 11, n. 1, p. 165-176, jan./jun. 2007.

DUARTE, R. **Entrevistas em pesquisas qualitativas**. Educar. Editora UFPR: Curitiba -PR, n. 24, p. 213-25, 2004.

ESPERIDIÃO, E. et al. A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. **Rev. bras. enferm.** Brasília. v.66, n. esp, p. 171-6; set, 2013.

FALAVINA. O. P; CERQUEIRA. M. B. Saúde mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. **Rev. Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 1, p. 34-46, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n1/Artigo%205%20-%20referente%20ao%2070-2008.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

- FARIA. A. M. D. B. **Crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: um olhar sobre o cuidador primário.** Ribeirão Preto, p.28, 2011.
- FILHO. A. J. A; MORAES. A. E. C; PERES. M. A. A. **Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica** 2009.
- FOCHI. M. T. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade uma proposta informativo educativa.** Porto Alegre, p. 13, jun.2013.
- FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, jan, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2014.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GIRARDI, M. A. M. G; RUBIO, J. A. S. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. **Rev. Eletrônica Saberes da Educação**, v. 3, n. 1, 2012. Disponível em: <[http://www.facsao Roque.br/novo/publicacoes/pdf/v3-n1-2012/M\\_Aparecida.pdf](http://www.facsao Roque.br/novo/publicacoes/pdf/v3-n1-2012/M_Aparecida.pdf)>. Acesso em: 28 jun. 2014.
- GONÇALVES, H. A.; PUREZA, J. R.; PRANDO, M. L. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: breve revisão teórica no contexto da neuropsicologia infantil. **Rev. Neuropsicologia Latinoamericana**. v. 13, n. 3, p. 20-4, 2011.
- GONÇALVES, R. M. D. A. **Ações dos enfermeiros em saúde mental na estratégia saúde da família.** Uberaba–MG, 2009.
- GONÇALVES. S. C. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade no contexto escolar: uma visão psicopedagógica**, Niterói. p. 12, 2010. Disponível em: <[http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias\\_publicadas/n203935.pdf](http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/n203935.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2014.
- GRAEFF, R. L; VAZ, C. E. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Psicologia USP**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 341-61, jul/set, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/psicosp/article/view/41967>>. Acesso em: 20 jun. 2014.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades.** [online] Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>> Acesso em: 20 mai. 2014.
- KOCHE, J.C, **Fundamentos de metodologia Científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa.** 29ª ed- Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
- LEFÈVRE F; LEFÈVRE A.M.C. **Depoimentos e Discursos. Uma nova proposta de análise em pesquisa social.** Liberlivro. Brasília, 2005.
- LEMOS. S. L; LEMOS. M; SOUZA. M. G. G. O preparo do enfermeiro da atenção básica para a saúde mental. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP **Arq Ciênc**

**Saúde**. v14, n.4, p.198-202, set/out, 2007. Disponível em:

<[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-14-4/ID227.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-4/ID227.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2014.

MACHADO, L.F; CEZAR, M. J. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (tdah) em crianças: reflexões iniciais**. Maringá, SP, 2008. Disponível em:

<<http://www.abpp.com.br/artigos/85.htm>>. Acesso em: 04 jul. 2014.

MACHADO, V. B. **O professor e a inclusão do aluno com déficit de atenção e hiperatividade**. PUC-CAMPINAS, 2007.

MADEIRA. K. H. **Práticas do trabalho interdisciplinar na: saúde da família**. Itajaí, 2009.

MATTOS, P, *et al*. Validação semântica da versão em língua portuguesa do Questionário de Qualidade de Vida em Adultos (AAQoL) que apresentam transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). **Rev Psiq Clín**, v. 38 n. 3, p. 87-90, 2011.

MICHELS. J. B. G. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. CRICIÚMA, jul. 2011.

MINISTRO DE EDUCAÇÃO. PORTARIA NORMATIVA Nº- 13, DE 24 DE ABRIL DE 2007.

MORAES, R. B. S “**...Como se fosse lógico**”: considerações críticas da medicalização do corpo infantil pelo TDAH na perspectiva da sociedade normalizada. São Paulo, 2012. Tese (CDAPG) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Orientador: Isleide Arruda Fontenelle.

MORENO. V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. **Rev Esc Enferm USP** 2009; v.43, n.3, p.566-72.

NUNES, M. M. S; WERLANG, B. S. G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de conduta: aspectos familiares e escolares. **ConScientia e Saúde**; v.7, n. 2, p.207-16, 2008.

OLIVEIRA, A. G. B; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 3. p. 333-40, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16543.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

PAIANO. M, *et al*. Distúrbios de conduta em crianças do ensino fundamental e sua relação com a estrutura familiar. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, v.17, n.2, p. 111-121, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v17n2/12.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

PEIXOTO, A. L. B; RODRIGUES, M. P. Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. **Rev. Psic. Aletheia**, Canoas, n. 28, jul/dez. 2008. Disponível em: <<http://www.ulbra.br/psicologia/files/aletheia28.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

POLANCZYK, G. V *et al.* Transtorno de déficit de Atenção / hiperatividade: Uma perspectiva científica. **Rev.Clin.** v.67, n.10, p. 1125-26, 2012.

RAMOS. M. M. **Teoria e prática rumo à compreensão do TDAH no âmbito escolar**, p 12. São Gonçalo, 2012.

REIS, M. P. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. Rio de Janeiro, 2004.

ROCHA, M. M. **Programa de habilidades sociais educacionais com pais**: efeitos sobre o desempenho social e acadêmico de filhos com TDAH. 2009. 251 f. Tese (Doutorado em Educação do Indivíduo Especial) UFSCar. São Carlos/SP.

ROHDE, L. A. *et al.* Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Rev. Psiq. Clin.** São Paulo, v. 31, n. 3, p. 124-131, 2004.

SCHICOTTI, R. V. O.; ABRÃO, J. L. F.; JÚNIOR, S. L. F. TDAH e medicalização: considerações sobre os sentidos e significados dos sintomas apresentados por crianças diagnosticadas. **Nuances**: estudos sobre Educação, Presidente Prudente-SP, v. 25, n. 1, p. 135-54, jan./abr. 2014.

SILVA. E. J. C. Transtornos do déficit de atenção com hiperatividade em adolescentes. **Adolesc Saude**. v. 2, n. 2, p. 25-9, 2005.

SILVA. J. V. A; TAKASE. E. Aspectos neurobiológicos do TDAH e a TCC como modelo psicoterápico, **revista digital- Buenos Aires-** ano 14, n.141, fev, 2010.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev Tempus Actas Saúde Colet.** v.4, n.1, p. 105-14, 2010.

TANAKA, O. Y; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva**. 2009, vol.14, n.2, p. 477-486. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a16v14n2.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

TEIXEIRA. A. L. A. **ROTÚLO: “TDAH”**. Rio de Janeiro, 2005.

**APÊNDICES**

**ANEXOS**