

USO DO CLORIDRATO DE METILFENIDATO EM CRIANÇAS DE DOIS COLÉGIOS NO MUNICÍPIO DE SETE LAGOAS/MG

Micheli Di Mingo Sartori*

Brunno Carnevale Miceli**

RESUMO

O Metilfenidato é utilizado como estimulante do sistema nervoso central, mais especificamente na atividade intelectual. Ele é a primeira opção no tratamento do TDAH, associando-se á terapias de comportamento. A alta no consumo do medicamento reflete maior conhecimento do TDAH e aumento de diagnósticos, entretanto levanta a alerta do uso indevido do medicamento, inclusive por erro no diagnóstico. Esse fato torna-se mais preocupante, pois se percebe uma dificuldade por parte dos professores e familiares, em perceber os sinais e sintomas presentes na criança e na sua intervenção com os mesmos. Neste sentido, a finalidade dessa pesquisa foi investigar se os professores de crianças de 7 a 12 anos de idade, de dois Colégios sendo um público e o outro particular, ambos localizados na cidade de Sete Lagoas, Minas Gerais-Brasil, possuem conhecimento suficiente do TDAH. A pesquisa foi realizada no período de fevereiro a março de 2017. Os dados foram coletados através de um questionário semiestruturado aplicado a 10 professores dos colégios citados acima. Através dos resultados obtidos, pode-se verificar que os professores possuem pouco conhecimento a respeito da identificação do transtorno, da medicação e de seus efeitos ao organismo. Este trabalho sugere novas pesquisas, que possam colaborar com o conhecimento dos educadores frente às crianças portadoras do transtorno.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; Conhecimento; Crianças; Professores.

ABSTRACT

Methylphenidate is used as a stimulant of the central nervous system, specifically in intellectual activity. It is the first option of treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), associated with behavioral therapies. The increase in the consumption of the drug reflects a greater knowledge of ADHD and increased diagnosis, but raises the warning of misuse of the medication, including by mistake in the diagnosis. Circumstances become more worrisome, when difficulties are perceived by teachers and family in perceiving the signs and symptoms present in the child and in their intervention with them. Thus, the purpose of this research was to investigate whether the teachers of children in the age range between 7 and 12 years old have sufficient knowledge of ADHD, in two different schools, a public and a private one, in the city of Sete Lagoas, Minas Gerais, Brazil. The research was carried out from February to March 2017. Data was collected through a semistructured survey taken by 10 teachers of the two schools mentioned above. It could be concluded from the research that there is little knowledge about the disorder identification, the medication and its effects to the organism. This project also suggests new research to collaborate with the educators' knowledge about children with the disorder.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Knowledge; Children; Teachers.

* Graduada em Farmácia, Faculdade Ciências da Vida, Sete Lagoas – MG. e-mail: midimingo@hotmail.com

** Bacharel em Farmácia (UFMG), Especialista em Gestão de Negócios, CBA, IBMEC-MG. e-mail:

brunnocarnevale@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O tema do presente trabalho diz respeito ao uso do Cloridrato de Metilfenidato em crianças de 7 a 12 anos de idade, no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). A pesquisa foi realizada em dois colégios no município de Sete Lagoas – MG, sendo um estadual e outro particular. O termo TDAH é empregado para denominar um transtorno neurobiológico de causas hereditárias ou não, que surge prioritariamente na infância, podendo acompanhar a pessoa ao longo da sua vida. No Brasil, ainda é preocupante para os professores receber e ensinar crianças com TDAH. A falta de capacitação, administração pedagógica, estrutura de algumas escolas, situação econômica, social e cultural das famílias, são temas importantes e recorrentes nos debates que ocorrem fora e dentro da escola sobre TDAH (AYRES, 2014; ABUCHAIM, 2015). Segundo Brandão (2012), existe uma relação de vinculação do desenvolvimento da pessoa com o seu aprendizado num determinado grupo social.

De acordo com Connors (2012), cerca de 2% a 5% das crianças em idade escolar demonstram indícios acentuados e bem definidos desse transtorno. Segundo, Ballone (2013) no Brasil o transtorno afeta 3,6% a 5% da população em idade escolar. Atualmente transformações na educação e na maneira pela qual é realizada a edificação do conhecimento, levam a necessidade de mudança, atualização e percepção sobre a conjuntura escolar e dos estudantes (FLECK, 2010).

Tendo em vista todos os elementos mencionados, o presente estudo é norteado pelo seguinte questionamento: Qual o conhecimento dos professores sobre o uso do Cloridrato de Metilfenidato em crianças com TDAH? Com finalidade de responder a esse questionamento levantou-se a seguinte hipótese: existe uma ausência de informação sobre o TDAH por parte dos professores. Esse estudo constituiu-se em um estimulante desafio, tendo como objetivo geral analisar como os educadores avaliam os resultados da intervenção com Metilfenidato em 2 colégios do município de Sete Lagoas/MG. Objetivos específicos: analisar o conhecimento dos professores, sobre Metilfenidato; analisar o nível de conhecimento dos professores sobre o TDAH; analisar se a escola está preparada para receber alunos com TDAH.

Esse artigo justifica-se, devido ao aumento no diagnóstico do TDAH e no uso do medicamento Metilfenidato. Nos últimos 10 anos no Brasil houve um aumento de 775% no consumo desse fármaco, esse aumento levou a restrições ao uso e prescrição do mesmo. Para

o correto diagnóstico é necessário avaliar vários critérios. A escola é uma das ferramentas primordiais no encaminhamento e no tratamento das crianças portadoras de TDAH, através da possível contribuição dos professores com as crianças portadoras desse transtorno. Desempenhando um trabalho mais apropriado, junto aos alunos. É de suma importância o conhecimento dos professores sobre o TDAH, o seu convívio com os alunos, permite um entendimento que seus atos ou omissões, podem acarretar diversas decorrências na vida dos mesmos (FUENTES *et al.*, 2014; ANVISA, 2016). Os dados foram coletados através de uma pesquisa de campo, mediante aplicação de questionários semiestruturados, aos professores dos colégios escolhidos para a pesquisa, os dados foram analisados qualitativamente sob a forma descritivo-interpretativa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

Considera-se o TDAH um dos temas mais avaliados em crianças em fase escolar. As principais particularidades são os sinais de falta de atenção, hiperatividade e impulsividade (García 2014). No início do século 20, ocorreu a primeira exposição sobre esse distúrbio, sendo denominada inicialmente como disfunção cerebral mínima ou lesão cerebral, síndrome da criança hiperativa, distúrbio primário da atenção ou distúrbio do déficit de atenção com ou sem hiperatividade (SANTOS, 2010).

É importante diferenciar TDAH de Transtorno de Déficit de Atenção (TDA), no qual TDAH é considerado como um transtorno metabólico neural que origina condutas mal adaptadas (as mais frequentes são: impulsividade, agitação, dificuldade em conservar-se tranquilo ou parar de falar; problemas para manter a concentração em atividades extremamente extensas, recorrentes ou que não sejam atraentes para o indivíduo; facilidade de desatenção por estímulos externos ou pensamentos "interiores", causando a sensação de encontrar-se "desatento"). O TDA é um transtorno cuja possível causa neurofisiológica está relacionada à baixa quantidade de dopamina principalmente no córtex pré-frontal e no sistema límbico (BRASIL, 2014).

Referindo-se à terminologia, nota-se que no Brasil foi adotada a designação de Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH). Alguns autores citam esse transtorno como Déficit de Atenção (DDA) (SILVA, 2013). Nos EUA e em alguns países de língua inglesa o transtorno é cognominado AD/HD (Attention-Deficit/Hyperactivity-Disorder) ou ADD (Attention Disorder Deficit). Em Portugal, mencionam o TDAH como PHDA, ou seja, “Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção” (FERNANDES, 2011).

O diagnóstico do TDAH é fundamentado unicamente no histórico do comportamento, pela exclusão de diferentes patologias ou problemas socioambientais. Os indícios precisam, obrigatoriamente, apresentar qualquer tipo de problema ou empecilho para a concretização de ocupações. Existem dois conjuntos fundamentais de juízo crítico, com análises de caráter corrente sendo, um fundamentado na Classificação Internacional de Transtornos Mentais e Comportamentais, 10ª revisão - CID-10 (OMS, 2013). E outro baseado nos discernimentos do “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-IV) (ANVISA, 2014). Embasado no CID-10, o diagnóstico do transtorno demanda condições atípicas de hiperatividade, desatenção e impulsividade num período de pelo menos seis meses. Divulgado em 2010 e revisado em 2014, a quarta publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV destaca cinco critérios a serem analisados no diagnóstico do TDAH:

Pelo menos seis sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade devem persistir durante pelo menos seis meses a um ponto inconsistente com o desenvolvimento normal. 2. Alguns sintomas devem estar presentes antes dos 7 anos de idade. 3. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (p. ex., na escola ou trabalho e em casa). 4. A deficiência deve ser clinicamente significativa em relação ao desempenho social, acadêmico ou ocupacional. 5. Não deve ocorrer exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro distúrbio psicótico. Também não devem ser mais bem explicados por outros distúrbios mentais (VENANCIO, 2013).

O TDAH abrange três subtipos: subtipo conjugado, onde três sinais efetivos estão presentes, sendo eles: a hiperatividade, a desatenção e a impulsividade; um subtipo predominantemente distraído, onde o lapso está presente, entretanto não apresenta hiperatividade ou impulsividade; e o subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo, onde a hiperatividade e impulsividade estão presentes, porém não ha desatenção. A significação do DSM-IV do TDAH conjugado é semelhante com o transtorno hipercinético. A preferência por determinados critérios de análise, acarreta efeitos na prevalência da enfermidade, como na tomada de deliberações a propósito do tratamento. O diagnóstico é dificultado pelo fato de estar sujeito profundamente aos relatos dos pais e professores e da não existência de exames

laboratoriais confiáveis que conseguem ratificar esse tipo de problema (VENANCIO, 2013). Crianças/adolescentes do sexo masculino são mais acometidos, proporcionalmente variando de 4 a 10 meninos para 1 menina (BRASIL, 2014).

Libâneo (2014, p. 195) ressalta que:

A avaliação é uma tarefa didática necessária e permanente do trabalho docente, que deve acompanhar passo a passo o processo de ensino e aprendizagem. Através dela os resultados que vão sendo obtidos no decorrer do trabalho conjunto do professor e dos alunos são comparados com os objetivos propostos a fim de constatar progressos, dificuldades, e reorientar o trabalho para as correções necessárias.

2.2 TRATAMENTOS PARA O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

O tratamento para o TDAH abrange uma série de intervenções podendo ser sociais, psicológicas, de comportamento e inserção de medicamentos, podendo ser introduzidas todas juntas ou separadas, de acordo com o caso a ser tratado. No Brasil os meios de comunicação têm exposto ao exagero o TDAH como o grande responsável, em determinados episódios de problemas escolares nas crianças de maneira geral. Esse fato tem seu reflexo no aumento do uso do metilfenidato para o tratamento do TDAH no meio escolar. O diagnóstico é médico e precisa ter embasamento em elementos cuidadosos a respeito do comportamento da criança em diversos ambientes, considerando casa, escola e no meio das amizades (NELSON, 2014; PRATT, 2012; SILVA, 2015).

O tratamento da criança com TDAH constitui em oferecer a elas um desenvolvimento mais apropriado a sua faixa etária. Quando as crianças portadoras de TDAH são chamadas atenção, castigadas e/ou rigorosamente repreendidas, as mesmas podem se isolar, apresentar baixa autoestima e inaptidão nas relações interpessoais (GATTÁS, 2015). Podem-se adotar determinadas ações adequadas para melhorar o tratamento, como:

- Valorizar e elogiar comportamentos adequados e tentativas envolvendo a persistência de tarefas, como permanecer sentado lendo, colorindo ou brincando de modo tranquilo.
- Estabelecer regras claras que devem ser transmitidas para a criança de modo objetivo, direto, com comandos curtos e olhando nos olhos, sempre que possível.
- Organizar uma rotina para a criança e avisá-la com alguns minutos de antecedência da atividade que está por vir e do que é esperado que ela faça.

- Organizar o ambiente: a carteira da escola, o quarto e o local de estudo não devem estar cheios de objetos que dificultem a manutenção do foco em uma tarefa. (GATTÁS, 2015, p.280).

2.3 METILFENIDATO

O Metilfenidato (Cloridrato de Metilfenidato) é um estimulante do sistema nervoso central e seu provável mecanismo é devido à inibição da recaptação de dopamina no estriado, sem disparar a liberação de dopamina nas fendas sinápticas, sendo um potente inibidor da recaptação de dopamina e noradrenalina. O Metilfenidato é absorvido no trato gastrointestinal, sendo rapidamente metabolizado e excretado por via renal. Apresenta meia vida de trinta minutos. O fármaco apresenta fortes implicações agonistas sobre os receptores alfa e beta adrenérgico, eleva o grau de alerta do sistema nervoso central, desenvolvendo assim os mecanismos excitatórios do cérebro. Alguns estudos verificaram efeitos benéficos de curta duração, desses estimulantes centrais na hiperatividade das crianças (ORTEGA, 2013).

Sua forma mais comum de apresentação é em comprimidos de 10mg, cápsulas de 20mg, 30mg e 40mg e comprimidos revestidos de liberação prolongada de 18 mg, 36 mg e 54 mg. É aconselhado como elemento de uso no programa extenso de tratamento para o TDAH, que pode abranger avaliações psicológicas, educativas e sociais. Seu uso é recomendado em adultos e crianças acima de 7 anos de idade. No Brasil o medicamento é vendido com os nomes Concerta®, Ritalina® e Ritalina® LA. A terapêutica com formulações de liberação imediata de Metilfenidato precisa ser iniciado com uma dose de 5 mg, uma ou duas vezes por dia, e acrescida, se necessário, até um máximo de 60 mg diárias (ORTEGA, 2013).

Um medicamento é avaliado como eficaz quando proporciona uma resposta maior do que a oferecida pelo placebo. Para avaliar essa resposta, emprega-se o experimento clínico randomizado, preferencialmente o duplo-cego, estimado como o melhor método de análise para testes com drogas. Para o tratamento do TDAH o Metilfenidato é considerado como o padrão-ouro, sendo um medicamento produzido em grande escala no mundo, para o tratamento do TDAH. Tem-se uma grande incidência dessa doença no Brasil, e estudos mostram que a taxa encontrada gira em torno de 3,6% a 5% da população escolar, ou seja, em crianças de 7 a 12 anos de idade, e em quase 50% desses pacientes, os sintomas prosseguem presentes na vida adulta (PIGNARRE, 2014).

Apesar da grande importância e uso do Metilfenidato, ele apresenta reações adversas. Em um curto tempo são muito comuns: ansiedade, insônia, irritabilidade, diminuição do apetite, anorexia, labilidade emocional podendo, além disso, ocasionar comumente: dor de cabeça, dor abdominal, aumenta a sudorese, e náusea. Em menor presença, podem-se perceber isolamento social, alterações de personalidade, pesadelos, e, ainda mais raramente, delírio. Determinados indícios, não raramente mencionados, são implicações paralelas do tratamento, assim como angústia, “olhar parado”, altruísmo e consternação. No entanto, eles podem, de fato, estarem pautados na doença em si. Os efeitos colaterais em longo prazo, são mencionados três como fundamentais: diminuição da altura, dependência química e psicológica e efeitos cardiovasculares (PASTURA, 2012).

Algumas táticas são expostas para tentar diminuir as decorrências que o uso do Metilfenidato pode originar, conforme Barkley (2016):

1. Observar se o efeito colateral investigado se deve realmente ao metilfenidato e não a qualquer outra condição médica. Por exemplo: dor abdominal causada por verminose;
2. Sempre que possível, reduzir ou suspender temporariamente a medicação, de modo a aguardar o fim do efeito indesejado e comprovar que este se deve realmente ao fármaco. Muitas vezes, a reintrodução do metilfenidato não se acompanha do efeito colateral ou este ressurge mais leve que anteriormente;
3. Oferecer a medicação com alimento;
4. Em caso de piora dos efeitos durante o pico da medicação, trocar para metilfenidato de liberação lenta;
5. Em caso de perda de apetite, fazer uso de metilfenidato de curta ação, o que facilita o manejo do tempo de ação da droga;
6. Tentar períodos de férias da medicação (feriados, finais de semana e férias escolares) de modo a evitar efeitos colaterais nesse período.

O Metilfenidato é um medicamento clinicamente eficiente e seguro no tratamento do TDAH, exibindo um perfil muito satisfatório no que tange aos efeitos colaterais. Na maioria das vezes, o paciente com TDAH alcança um bem-estar muito amplo ao empregar este medicamento, o que, na verdade, é um estímulo para conservar seu tratamento de maneira apropriada. As implicações cardiovasculares do Metilfenidato são precisas e temporárias. Imediatamente depois do uso do medicamento, nota-se uma pequena elevação da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória, no entanto essas alterações não permanecem por um extenso período (CALMAN, 2014; GOMES, 2015; MATTOS, 2015).

A literatura traz elementos conflituosos sobre a decorrência na redução da estatura de crianças com TDAH que fazem uso Metilfenidato. Poeta e Neto (2016) concluíram que pacientes que utilizaram Metilfenidato por dois anos consecutivos sem descansos do medicamento apresentaram diminuição de 1,5 cm na estatura, se comparados com os que

deram uma pausa no uso da medicação. Já pesquisas conduzidas por Rohde (2014) evidenciaram que crianças que tomaram Metilfenidato não apresentavam alteração na estatura, quando confrontadas ao alvo genético ou à população em geral.

3 METODOLOGIA

A investigação da presente pesquisa está classificada como hipotética dedutiva. Segundo Vergara (2013, p. 121) [...] esse método proporciona maior informação sobre determinado assunto, com objetivo principal de aprimoramento de ideias ou descoberta de intuições. A pesquisa foi dividida em duas etapas: pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo. A pesquisa bibliográfica permite desenvolver, esclarecer, relacionar conceitos e ideias a respeito do uso do cloridrato de Metilfenidato em crianças, segundo Marconi e Lakatos (2010), a pesquisa bibliográfica permite um diagnóstico da situação investigada, além de ampliar as informações referentes ao tema estudado. O tema investigado partiu do interesse e da necessidade de conhecer mais a respeito da percepção dos professores sobre o uso do Cloridrato de Metilfenidato, além disso, buscou-se conhecer historicamente o uso deste medicamento e apresentar o contexto do seu uso em crianças de 7 a 12.

A pesquisa de campo foi realizada, em uma Escola Estadual e em um Colégio Particular ambos localizados na cidade de Sete Lagoas. Os dados foram coletados, mediante aplicação de questionários semiestruturados, no período de fevereiro a março de 2017. Os questionários foram aplicados aos professores do 1º ao 5º ano, dos turnos matutino e vespertino, avaliando o conhecimento deles sobre o TDAH e frente ao uso do Cloridrato de Metilfenidato por 8 alunos/crianças na faixa etária de 7 a 12 anos. Cada professor recebeu um questionário composto por 10 perguntas (ANEXO A). Os resultados obtidos, foram submetidos a uma análise qualitativa, sob a forma descritivo-interpretativa, por meio da qual se procurou avaliar todos os pontos de vista para a compreensão do tema estudado. Os dados foram organizados em gráficos e tabelas no programa software Word (Microsoft).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O gráfico 1 avalia o conhecimento dos professores diante do seu próprio nível de preparo para ensinar uma criança com TDAH. De acordo com avaliação, as respostas foram as seguintes: dos professores do Colégio particular (total de 5 professores), 40% (n=2) se consideram preparados para ensinar crianças com TDAH e 60% (n=3) não se julgam preparados. Já os professores da Escola Estadual 100% (n=5) assumem se sentir preparados para ensinar uma criança com TDAH. Segundo Amaral e colaboradores (2013), é na fase escolar que a grande maioria das crianças são diagnosticadas com TDAH, sendo necessário o conhecimento do transtorno, para que o mesmo possa trabalhar com a inclusão desses alunos nas salas de aulas regulares.

O gráfico 2 relaciona a estrutura da escola à formação do profissional e apresenta o seguinte resultado: no Colégio Particular, 80% (n=4) dos professores entrevistados informaram que essa relação é fundamental para um bom desempenho da criança com necessidades educativas especiais. Porém 20% (n=1) acredita que é importante a contínua capacitação do profissional. Já na Escola Estadual, 100% (n=5) dos entrevistados afirmam ser fundamental a relação da infraestrutura da escola com o desempenho dos estudantes. Além disso, essas duas causas mostraram-se de fundamental importância, para que as crianças consigam se relacionar bem e acompanhar a turma no aprendizado dos conteúdos lecionados. Todos os professores de ambos os colégios analisados concordam que estes dois fatores influenciam totalmente nessa questão de aprendizagem.

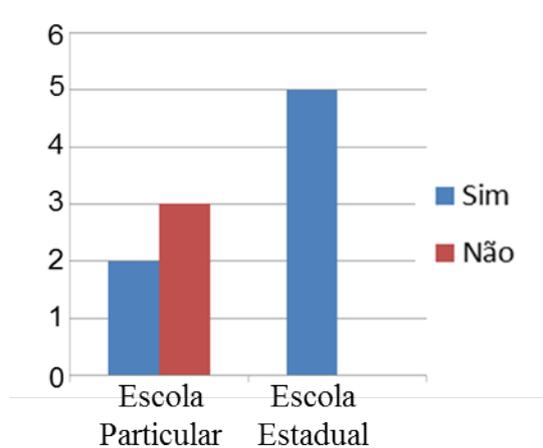


Gráfico 1: Nível de conhecimento dos professores sobre o TDAH em relação ao Colégio Particular e a Escola Estadual

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

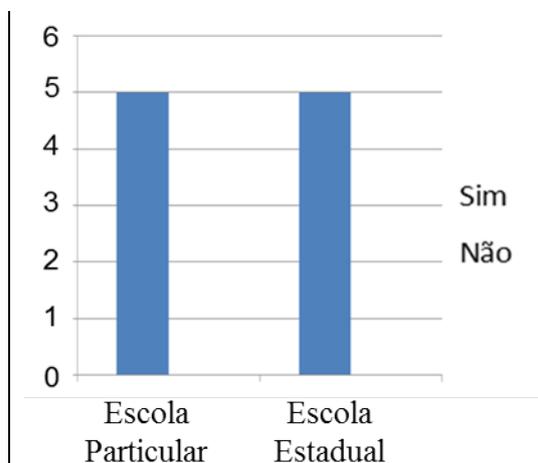


Gráfico 2: Relação Infraestrutura dos colégios X Formação dos professores quanto ao aprendizado dos alunos diagnosticados com TDAH.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A terceira pergunta do questionário busca identificar a partir de que idade é possível perceber o TDAH. As respostas dos professores entrevistados nos dois colégios foram dispostas na tabela abaixo:

Tabela 1- Percepção dos professores em relação à idade das crianças com TDAH

Colégio Particular	Escola Estadual
PROFESSOR 1: “... Geralmente, o diagnóstico com médicos especialistas não é concluído antes dos 5 ou 6 anos de idade. ”	PROFESSOR 1: “...a partir dos 6 anos de idade. ”
PROFESSOR 2: “... É possível perceber o TDAH a partir das séries iniciais do Ensino Fundamental; ”	PROFESSOR 2: “... Acredito que a partir dos 3 anos de idade. ”
PROFESSOR 3: “... Acredito que a partir dos 3 anos de idade. ”	PROFESSOR 3: “... A partir do momento que ele entra para a escola. ”
PROFESSOR 4: “... O TDAH pode ser percebido em crianças pequenas embora o diagnóstico normalmente é fechado com 6/8 anos. ”	PROFESSOR 4: “... A partir dos 6 anos. ”
PROFESSOR 5: “... Pode ser percebido bem cedo, mas geralmente o diagnóstico é feito aos 6 anos. ”	PROFESSOR 5: “... A partir da fase escolar. ”

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Percebe-se, a partir das respostas acima, que os professores do Colégio Particular e da Escola Estadual estão sincronizados com relação às informações referentes à idade das crianças (7 a 12 anos) com TDAH, embora dois professores, um de cada colégio, tenham respondido que a idade correta seria a partir dos três anos de idade, gerando inclusive uma possibilidade de dúvida em suas respostas.

No gráfico 3 é possível observar a visão dos professores, sobre os comportamentos observados em uma criança com TDAH. As respostas abaixo demonstram que cada um percebe em seus alunos características específicas, ou seja, cada criança apresenta uma identificação marcante e pessoal. Cada professor percebe em seus alunos características específicas do TDAH, a característica “falar alto” e “nervosismo” não é comum em ambos os colégios, pois os professores do Colégio Particular não perceberam tais características. Portanto, diante da diversidade de aspectos característicos das crianças com TDAH, não se pode estabelecer uma única regra para o comportamento dos alunos, levando então à ideia de que os professores entendem que as características mais marcantes seriam individualizadas. De acordo com Ferreira *et al.* (2014), o julgamento clínico dos sintomas de TDAH pode ser diferente entre os profissionais.

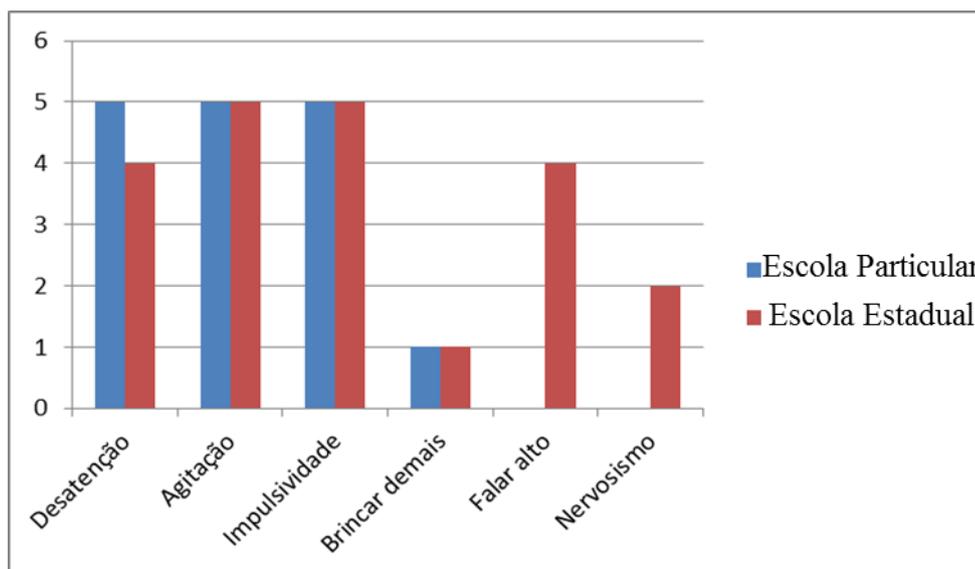


Gráfico 3: Tipos de comportamentos observados pelos professores nos alunos com TDAH

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

O gráfico 4 avalia se os professores sabem identificar as reações adversas geradas pelo medicamento (Cloridrato de Metilfenidato). Pode-se dizer que a maioria dos professores, 60% (n=3) do Colégio Particular e 40% (n=2) da Escola Estadual, avalia que o medicamento não causa efeito algum nas crianças. Entretanto, em ambos os colégios, dois professores de cada perceberam a apatia com principal reação, e 20% (n=1) da Escola Estadual desconhece. Observou-se através dessas respostas que quase todos os efeitos adversos listados pela literatura existente não são percebidos pelos professores dentro de sala de aula, ressaltando exclusivamente a apatia, como principal efeito colateral. Apesar disso, 60% (n=3) professores disseram não perceber quaisquer efeitos colaterais nas crianças que fazem uso do Metilfenidato, o que leva a pensar que realmente é necessário que sejam introduzidas reciclagens, cursos, etc., preparando de maneira mais eficaz tais profissionais para perceber de forma coesa e clara, os efeitos adversos que essa medicação pode causar às crianças que fazem uso da mesma. Objetiva-se que seja um consenso entre os professores, a percepção a respeito dos efeitos adversos deste medicamento.

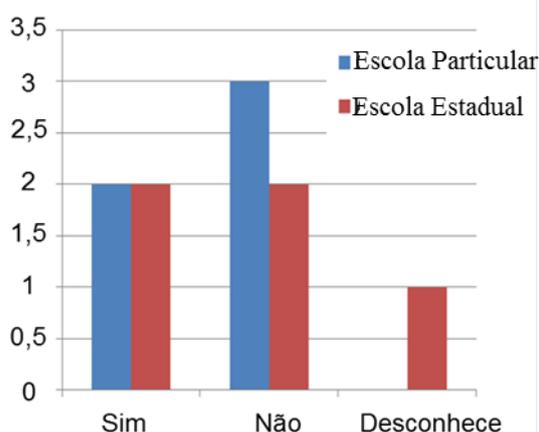


Gráfico 4: Conhecimento dos professores quanto ao efeito causado pelo medicamento nos alunos com TDAH

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

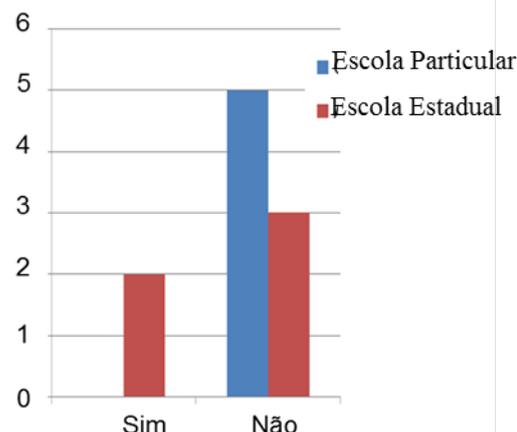


Gráfico 5: Conhecimento dos professores se todas as crianças com TDAH necessitam usar a medicação

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

O gráfico 5 (acima) mostra o conhecimento dos professores quanto ao uso de medicamentos pelas crianças com TDAH. Entre a opinião dos professores, o resultado obtido no Colégio Particular foi unânime, ou seja, 100% dos professores acreditam não ser necessário o uso do Metilfenidato para tratar o TDAH. Entretanto esses mesmos professores alegam ser necessário o uso do medicamento quando esse transtorno prejudicar o desempenho escolar. Por outro lado, na Escola Estadual, 40% (n=2) dos professores acham que toda criança com TDAH precisa de medicação e 60% (n=3) acham que nem todas precisam do medicamento. Percebe-se, mais uma vez, que os professores não conhecem realmente a respeito deste transtorno, o que complica substancialmente o seu comportamento junto a esses alunos, no que se refere em como proceder para ajuda-los.

Em relação aos benefícios do medicamento para uma criança com TDAH, 100% dos professores concordam que o uso do medicamento é benéfico no que diz respeito ao melhoramento do comportamento. Segundo Machado e colaboradores (2015), o uso racional do Metilfenidato deve ser estimulado, e qualquer outra estratégia terapêutica só poderá ser indicada após uma minuciosa avaliação clínica da criança, frente aos seus comportamentos em casa, escola e na sociedade. No presente estudo, os professores pesquisados informaram, que os alunos ficam mais calmos, mais atentos dentro de sala de aula, mais receptivos as atividades propostas e a interação com o restante da turma, quando fazem o uso desse fármaco. Os trechos mais significativos das respostas foram dispostos na tabela 2 abaixo:

Tabela 2 - Benefícios observados pelos professores através do uso da medicação pelos alunos com TDAH nos dois colégios

Colégio Particular	Escola Estadual
PROFESSOR 1: "... os principais benefícios são: A criança fica mais atenta, mais focada e menos impulsiva. Com isso, o resultado acadêmico melhora."	PROFESSOR 1: "... Mais concentração e aquietação."
PROFESSOR 2: "... Com o uso de medicamento as crianças conseguem se organizar e concentrar ao realizar as tarefas."	PROFESSOR 2: "... Mais concentração durante as atividades."
PROFESSOR 3: "... A criança fica mais concentrada, atenta, tranquila e consegue acompanhar o ritmo da turma."	PROFESSOR 3: "... Melhora na concentração, mais participativa."
PROFESSOR 4: "... Maior concentração e atenção, mantendo o coro por mais tempo. Redução da inquietude."	PROFESSOR 4: "... Fica mais concentrado e mais calmo."
PROFESSOR 5: "... Ajuda na concentração e reduz a inquietude."	PROFESSOR 5: "... A criança passa a concentrar durante a aula."

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Quanto à percepção da criança com TDAH em relação às demais crianças com as quais convive. Dos dez professores entrevistados, 90% (n=9) responderam que as crianças não se percebem diferentes das outras, um professor do Colégio Particular afirmou que sim, que elas se sentem diferentes das outras, uma vez que se isolam, e tem comportamentos de introversão, não gostam de participar das atividades em grupo. Um estudo semelhante realizado na escola municipal Laurindo Luis Formolo do município de Caxias do Sul, 63% dos professores entrevistados informaram que a criança ou adolescente percebe que é diferente dos demais colegas, já 21% não sabe e 16% acham que eles não percebem a diferença (FORTUNATII, *et al.*, 2014).

Diante do conhecimento dos professores a respeito do diagnóstico de TDAH, notou-se que para os professores do Colégio Particular, todas as crianças que tomam medicamento foram diagnosticadas com este distúrbio, ou seja, foram a um médico e estão assistidas por um profissional; já na Escola Estadual, 60% (n=3) dos professores acreditam que seus alunos que tomam o Metilfenidato, foram diagnosticados, e 40% (n=2) dos professores acham que não. Acredita-se que, pelo nível das respostas obtidas na Escola Estadual, onde os professores não têm certeza se as crianças que estão em uso do Metilfenidato foram realmente diagnosticadas por um médico com TDAH, mostrando novamente a falta de capacitação dos professores e a deficiência na estrutura da escola para receber uma criança com necessidades

educativas especiais. Tornando-se controverso com relação à primeira pergunta do questionário: se os professores se sentem preparados para ensinar uma criança com necessidades educativas especiais, onde a resposta obtida foi que esses mesmos professores entrevistados assumiram se sentir preparados, mas não sabem se essas crianças foram diagnosticadas com TDAH, por um profissional da saúde.

Em um estudo semelhante realizado na rede pública de ensino em Curitiba, Amaral e colaboradores (2013), concluíram que para o professor não é fácil, pois o mesmo trabalha em um sistema educacional inclusivo e sujeito a falhas. Cabe ao núcleo pedagógico responsável pelos professores, proporcionar atualizações para que esses profissionais consigam atuar mais adequadamente com essas crianças. Entretanto os professores pesquisados dos dois colégios de Sete Lagoas-MG, quando foram questionados quanto as contribuições possíveis do professor para auxiliar o aluno com TDAH, informaram que:

Tabela 3 - Contribuição diferenciada do professor para o desenvolvimento das crianças com TDAH

Colégio Particular	Escola Estadual
PROFESSOR 1: "... Evitando rótulos, coloca-lo sentado a frente próximo ao professor, incentivar sempre sua participação dentro de sala de aula, reforços positivos e acompanhamento individualizado."	PROFESSOR 1: "... Trabalho diferenciado, com atividades direcionadas ao caso específico."
PROFESSOR 2: "... O professor precisa dar comandos diretos e simples, ajudar o aluno a organizar-se, intercalar atividades de concentração com atividades praticas, fazer intervenções individuais frequentes."	PROFESSOR 2: "... auxiliando e cobrando. Acreditar na capacidade da criança mesmo com algumas limitações."
PROFESSOR 3: "... O professor pode alertar aos pais para uma avaliação neurológica e ser paciente, tolerante, carinhoso e atento."	PROFESSOR 3: "... Conversando, mantendo próximo ao professor."
PROFESSOR 4: "... Reduzir as distrações, simplificar a linguagem dando instruções de forma clara, posicionar o aluno sentado distante de distrações."	PROFESSOR 4: "... Estimulando a atenção do aluno, provocando-o, fazendo com que ele se sinta útil e participativo."
PROFESSOR 5: "... Simplificando o comando da tarefa."	PROFESSOR 5: "... Fazer um trabalho diferenciado, por isso o professor de apoio entra para ajudar o professor regente."

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Pôde-se perceber que todos os professores estão preocupados em inserir um modo justo e inclusivo no que diz respeito às crianças portadoras de TDAH, através de atividades mais direcionadas, claras e objetivas, atenção e total apoio as crianças, com reforços positivos

e acompanhamento individualizado. Observa-se um grande despreparo dos professores e a necessidade da interação entre professor/escola e pais, para que em conjunto, possam planejar, de maneira responsável e eficaz, as atividades que darão resultados satisfatórios e que consigam melhorar o comportamento do aluno.

Depois de analisar todos os resultados obtidos, foi possível verificar que os fatores que se apresentaram com maior frequência foram: falta de informações sobre o transtorno TDAH, informações necessárias aos professores sobre o transtorno, suas fases, suas características, implicações, tratamentos, etc., falta conhecimento sobre a forma de se conseguir tais informações e as mesmas serem incompletas ou ineficientes. A apresentação de uma proposta de melhores formas de intervenção dos professores para com os alunos portadores do TDAH, se deve pelo motivo da importância e do aumento de casos nas crianças em faixa etária escolar. Além disso, foi demonstrada a necessidade de se conhecer mais sobre o TDAH, buscando melhorar o trato com as crianças e a sua inclusão.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da pesquisa foi possível constatar que as maiores dificuldades são à falta de informação dos professores no que diz respeito ao TDAH, a falta de conhecimento no trato com crianças portadoras deste transtorno, a não interação escola-pais-crianças. Mas, com todo este contexto, percebeu-se que, atitudes simples podem modificar, para melhor essa relação, tais como: algumas alternativas para melhorar este contexto seria aumentar o conhecimento pedagógico particularizado incluindo boas práticas individualizadas em sala de aula; o envolvimento do professor com pais e crianças, com a ajuda da escola e das pedagogas, para acompanhar as mudanças da sociedade, de modo a lhe permitir uma co-orientação para seu trabalho; o professor possuir uma bagagem consistente nos campos psicopedagógico, científico, pessoal, cultural e contextual, irá proporcionar uma capacitação para que o mesmo possa assumir a tarefa educacional em toda sua complexidade.

Sugere-se a realização de reuniões, reciclagens, cursos, onde todos os professores poderão repassar as reais necessidades existentes e assim podendo resolvê-las, sendo encaradas como oportunidades aos profissionais da educação, para que assim sejam sanadas as dúvidas sobre o assunto e se crie uma uniformidade no que se refere à forma de se proceder com as crianças portadoras de TDAH. A pesquisa revelou que o assunto tratado não se

processa de formato unidimensional, também não é de tão simples solução. Na maioria dos casos, esse despreparo do profissional acarreta dúvidas, insegurança, medo e em muitos casos a inabilidade na maneira de agir com as diferenças.

Somente o convívio de crianças com TDAH e os não portadores deste transtorno em sala de aula regular não garante o relacionamento apropriado se, não houver um cuidado particular às suas igualmente necessidades peculiares. Esse cuidado tem por finalidade permitir experiências, aproveitar as possibilidades visando atingir um patamar satisfatório de socialização e de aprendizagem. Os pais devem colaborar com os professores, quanto ao que tange o acompanhamento de suas crianças com um especialista da área, com medicação correta, para que as crianças consigam se concentrar de maneira satisfatória para fazer as atividades propostas. Os professores devem dar estímulos, apoio e assistência para impedir que os alunos se sintam fracassados.

É importante ressaltar que pesquisas nunca apresentam conclusões definitivas. Enquanto não existir uma equipe multidisciplinar atuante que agregue a família e a escola, na responsabilidade da educação da criança com TDAH. Contudo, ambiciona-se que as inquietações e os pontos apontados durante esta pesquisa possam de alguma maneira, trazer benefícios ao campo da Educação e, especialmente, à escolarização de crianças com TDAH.

REFERÊNCIAS

ABUCHAIM, C. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. 2015.

AMARAL *et al.* A formação do professor para trabalhar com crianças que apresentam diagnóstico de TDAH no ensino fundamental I na rede municipal de ensino de Curitiba. **Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia das Faculdades**. ISSN 2175-1773 – dezembro. 2013.

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: **identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário**. Boletim de Farmacoepidemiologia [periódico na internet]. 2014. Acesso em 2 Mar 2017. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/c4038b004e996487ada1af8a610f4177/boletim_sngpc_2_2012+corrigido+2.pdf?MOD=AJPERES

AYRES, A. T. **Prática Pedagógica Competente**. Ampliando os saberes do professor, Petrópolis: Vozes, 2014.

BALLONE, G. J. **Distúrbio de Déficit de Atenção por Hiperatividade** - in. PsiqWeb Psiquiatria Geral, Internet, 2016 - disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/tdah.htm>> Acesso 15 Marc 2017.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade TDAH guia completo para pais, professores e profissionais de saúde**. São Paulo: Artmed. 2016

BRANDÃO, A; VIEIRA, C. Definições e Indefinições da Aprendizagem. São Paulo: Summus, 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Prescrição e Consumo de Metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. Boletim de Farmacoepidemiologia SNGPC**. Ano 2, nº 2; jul./dez. 2014.

CALIMAN, L.V. **A constituição sócio-médica do “fato TDAH”**. *Psicolog. Socied.*, 21(1), 135-144. 2014.

CONNERS, C. K. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento** 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

FERNANDES, A. **Perturbação de Hiperatividade com déficit de atenção. Acta Pediatrica Portuguesa**, v. 32, 2011, p. 91-98.

FERREIRA *et al.* Exigências de produtividade na escola e no trabalho e o consumo de Metilfenidato. *Rev. Educ. Soc.*, Campinas, v. 35, n. 127, p. 587-604, abr.-jun. 2014.

FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FORTUNATTI *et al.* **A administração dos alunos com TDAH na escola municipal Laurindo Luis Formolo do município de Caxias do Sul**. Anais I Mostra de Iniciação Científica Curso de Psicologia da FSG. v.1, n.1. 2014.

FUENTES *et al.* **Neuropsicologia: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2014.

GARCIA, Z. J. N. **Dificuldades de aprendizagem e intervenção psicopedagógica**; trad. Ernani Rosa. – Porto Alegre: Artmed, 2014

GATTAS, L. B. **A criança com dificuldades de aprendizagem**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2015.

GOMES, M. **Conhecimento sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade no Brasil**. *J. Bras. Psiquiatr.* 56 (2), 94-101. 2015.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Técnicas de Pesquisa: 7.ede**.São Paulo: Atlas, 2015.

LIBANEO, J. C. **Didática**. Cortez Editora: São Paulo, Coleção Magistério 2º Grau Série Formando Professor, 2014.

MACHADO *et al.* **Uso de metilfenidato em crianças com transtorno de Déficit de Atenção e**

Hiperatividade. **Rev Saúde Pública**, v. 49, 32. 2015.

MATTOS, P. Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em crianças. **Rev. Psiquiatr.** 28 (1), 50-60. 2015.

MOYSÉS, Maria Aparecida. **A droga da obediência**. 2011. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/educacao/carta-fundamental-arquivo/a-droga-da-obediencia>. Acesso em: 16 maio. 2017.

NELSON, R. H. G. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**: panorama visto de longe e um caso visto de perto. 2002. 65f. Monografia (Curso de Especialização em Neurociência e Comportamento) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

OMS – Organização Mundial de Saúde – 2013 Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/@@search?Subject%3Alist=OMS> Acesso 16 abr 2017

ORTEGA, Francisco *et al.* A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface (Botucatu)**. vol.14, n.34, pp.499-512. 2013.

PASTURA, G; MATTOS, P; ARAUJO, A.P.Q.C. **Prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares**. Arq Neuropsiquiatr, 2012.

PIGNARRE, P. **O efeito placebo não existe!** Le site de Philippe Pignarre. 2014.

SANTOS, L. F; VASCONCELOS, L. A. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. **Psic.: Teor. e Pesq.** vol.26 no.4 Brasília out./dez. 2015.

POETA, L.S; NETO, F.R. Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolas da rede pública usando a EDAH. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 26 (3), 150-155. 2015.

PRATT, H. D. **Neurodevelopmental issues in the assessment and treatment of deficits in attention, cognition, and learning during adolescence**. *Adolescent Medicine*, v. 13, n.3, p.579-598, oct. 2012.

ROHDE, L.A. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Atualização diagnóstica e terapêutica. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 22 (2), 7- 11. 2014.

SANTOS, M. M. Dificuldade de aprendizagem: **transtorno do déficit de atenção com hiperatividade no contexto escolar**. 2012. Monografia (Graduação em Pedagogia)-Instituto Superior de Educação da América Latina, São Paulo, 2012.

SILVA, E. J. C. Transtornos do déficit de atenção com hiperatividade em adolescentes. **Revista Oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente / UERJ**. Vol. 2 nº 2 - Abr/Jun – 2015.

SILVA, A. B. **Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas**. 25. edição, São Paulo: Ed. Gente, 2013.

SOUZA *et al.* **Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças.** J Bras Psiquiatr 2014. Acesso em 21 set 2016. Disponível em [http:// dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000500004](http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000500004)

VENANCIO, S. I. **Uso do metilfenidato no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA) em crianças e adolescentes:** parecer técnico-científico/ Sonia Isoyama Venâncio, Rui de Paiva, Tereza Setsuko Toma. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 30p.

VERGARA, Sylvia. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração.** 4ªed. São Paulo: Atlas, 2003.

YIN, R. k. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2013.

ANEXO A



QUESTIONÁRIO

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
O uso do Cloridrato de Metilfenidato em crianças de 7 a 12 anos.

Nome (opcional): _____

Profissão: _____ Tempo de serviço: _____

Escolarização: _____

Atuação: _____

Educação infantil ()

Ensino Fundamental () Série _____

Ensino Médio () Série _____

1 - Você se sente preparada para ensinar uma criança com necessidades educativas especiais?

() Sim () Não

2 - Você acha que a estrutura da escola junto com a formação profissional é fundamental para um bom desempenho da criança com necessidades educativas especiais?

() Sim () Não

() Outro

3 - A partir de que idade é possível perceber o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)?

4 - Quais são os comportamentos observados em uma criança com TDAH?

() Desatenção () Impulsividade () Falar alto
() Agitação () Brincar demais () Nervosismo

5 - O medicamento usado tem algum efeito adverso que vcs observam?

() sim () não

Se SIM quais são

6 - Todas as crianças com TDAH necessitam usar medicação?

Sim Não

7 - Quais os benefícios da medicação para uma criança com TDAH percebidos em sala de aula?

8 - Em sua opinião a criança com TDAH percebe que é diferente?

Sim Não

9 - Todos os alunos que tomam o medicamento para o TDAH, foram diagnosticados com esse distúrbio?

Sim Não

10 - Como o professor pode ajudar o aluno com TDAH?

ANEXO B



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

O uso do Cloridrato de Metilfenidato em crianças de dois colégios no município de Sete Lagoas/MG.

Venho por intermédio desta, convidá-lo(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada O uso do Cloridrato de Metilfenidato em crianças de dois colégios no município de Sete Lagoas/MG., conduzida por Micheli Di Mingo Sartori. Este estudo tem por objetivo investigar se os professores de crianças de 7 a 12 anos de idade, possuem conhecimento suficiente do TDAH.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento, você poderá desistir de participar sem nenhum prejuízo.

Informo que não há nenhum risco da sua participação nesta pesquisa e a mesma não possui fins lucrativos. A sua participação não será remunerada nem implicará em qualquer tipo de gasto.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário, constituídas de 10 (dez) perguntas, sendo abertas e fechadas, a respeito da percepção dos professores dentro de sala de aula, daquelas crianças com TDAH que fazem uso do Cloridrato de Metilfenidato (Ritalina).

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa.

Contatos do pesquisador responsável:

Micheli Di Mingo Sartori (31)3774-0926 / 98482-0840. Email: midimingo@hotmail.com

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

Sete Lagoas, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____