

ALUNOS RELEGADOS À PRÓPRIA SORTE: o desconhecimento dos educadores e dos profissionais da saúde pública em relação ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

DENISE CARNEIRO DOS REIS BERNARDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI (UFSJ)

MARILENE TAVARES CORTEZ

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI (UFSJ)

ALUNOS RELEGADOS À PRÓPRIA SORTE: o desconhecimento dos educadores e dos profissionais da saúde pública em relação ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

Introdução

A partir de 1995, o governo brasileiro implantou um sistema de avaliação da educação no país através do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) (Coelho, 2008). Desde então, as análises de tais avaliações evidenciam que nos últimos anos o país tem ocupado, sistematicamente, as últimas posições na classificação do Programa Internacional de Avaliação de Estudantes (PISA) (Morais, 2014), coordenado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), nos quesitos leitura, matemática e ciências. Segundo os dados apresentadas pelo Inep, o pior desempenho dos alunos avaliados relaciona-se à compreensão textual.

Com relação a este último dado, Cortez, Pinheiro, Carazza e Rodrigues (2013), em um estudo exploratório realizado com 27 alfabetizandos do ensino regular de uma escola municipal de Divinópolis (MG), verificaram que 33% desses apresentavam comprometimentos na velocidade de nomeação, consciência fonológica e nos processos de decodificação e codificação. Esse resultado revela a dificuldade da escola em ensinar os processos básicos de leitura, como a decodificação, principalmente, cuja automatização é fundamental para a compreensão da leitura e para aprendizagem da escrita. Se essa situação é dramática para as crianças sem problemas específicos de aprendizagem, o seu impacto é ainda maior para aquelas com transtorno de aprendizagem (TA) e as com o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

Uma quantidade expressiva de pesquisas fora do Brasil mostra que as crianças com TDAH apresentam desempenho escolar muito prejudicado e inferior ao da criança típica (Barry, Lyman & Klinger, 2002; Daley & Birchwood, 2010; Mayes & Calhoun, 2006; Rodriguez et al., 2007; Spira & Fischel, 2005; Tannock, 2007). Também no Brasil, tem crescido o número de pesquisas que identifica as dificuldades do escolar com o TDAH (Capellini & Conrado, 2009; Capellini, Ferreira, Salgado, & Ciasca, 2007; Cunha, Silva, Lourencetti, Padula, & Capellini, 2013; Pastura, Mattos, & Araújo, 2007). Estudos revelam que 29% dessas crianças são reprovadas, 35% abandonam a escola, 46% são suspensas e 11% são expulsas (Barkley, 2002; Tannock, 2007). Pesquisa realizada em três países europeus revela que o atraso desse aluno inicia-se já na pré-escola e perdura por toda a sua vida acadêmica, uma vez que apenas 1% deles consegue completar um curso de pós-graduação (Rodriguez et al., 2007).

No Brasil, as pesquisas têm confirmado as dificuldades acadêmicas dos escolares com o TDAH e identificam, também, que os professores não têm um conhecimento adequado sobre esse transtorno (Capellini et al., 2007; Costa, Dorneles, & Rohde, 2012; Cunha et al., 2013; Oliveira et al., 2013; Pastura et al., 2007; Siqueira & Gurgel-Giannetti, 2011). Essa carência os leva a cometer equívocos conceituais com sérias repercussões para a vida escolar dessa criança (Carreiro et al., 2007; Cortez & Carazza, 2012; Coutinho et al., 2008; Landskron & Sperb, 2008; Mesquita, 2009). Daí a ponderação de Carvalho et al. (2009).

Na medida em que “existe uma clara incompatibilidade entre os sintomas de TDAH e os comportamentos necessários para o funcionamento acadêmico eficiente” (Rogers, Wiener, Marton, & Tannock, 2009, p. 171) e que o sistema educacional no Brasil desfavorece o aprendizado (Morais, 2014), criam-se condições para as escolas brasileiras assumirem um discurso “individualizante e patologizante” (Landskron & Sperb, 2008, p. 153) sobre o aluno com o TDAH, distanciando-se das contribuições que a neurociência e a ciência da leitura oferecem para a aprendizagem (Cosenza & Guerra, 2011; Dehaene, 2012). Por exemplo, Mattison e Mayes (2012) mostram que as crianças com TDAH com déficits definidos nas funções executivas (FE), em comparação com aquelas com TDAH, mas sem tais déficits,

apresentam pior desempenho acadêmico, incluindo o aumento de risco para os transtornos de aprendizagem.

Resta ainda ponderar a escassez de políticas públicas no Brasil que considerem a necessidade de identificar corretamente (e estimular) as crianças que apresentam o TDAH (assim como as com os transtornos de aprendizagem), de forma a lhes prover um tratamento adequado no sistema de saúde e educacional.

Problema de Pesquisa e Objetivo

Qual a importância do desenvolvimento de políticas públicas que capacitem professores, médicos e psicólogos da rede pública no reconhecimento do TDAH entre os escolares? Nesse sentido, o objetivo geral do trabalho foi identificar o conhecimento desses profissionais sobre os alunos que apresentam esse transtorno.

Fundamentação Teórica

O Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH)

O TDAH passou a ser considerado um transtorno do neurodesenvolvimento a partir da publicação do DSM-5 (APA, 2014). Um dos aspectos mais importantes a ser considerado quando se toma um transtorno em sua perspectiva do neurodesenvolvimento é assumir que o indivíduo que apresenta algum desses transtornos, como o TDAH, a dislexia, o Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação, entre outros, terá déficits no desenvolvimento que levarão à prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico e profissional. No caso da criança, ela apresentará um comportamento e desempenho discrepante em relação aos seus pares apresentando um atraso no seu desenvolvimento (APA, 2014).

Outro aspecto relevante a ser observado quanto ao emprego do conceito de Transtorno do Neurodesenvolvimento é que quando ocorrem alterações no desenvolvimento do indivíduo, ele se torna mais vulnerável ao meio ambiente do que os outros (Baldaçara, Araújo Filho, & Jackowski, 2011). Dessa forma, categorizar o TDAH como um transtorno do desenvolvimento permite que a sua identificação e intervenção ocorram mais cedo possibilitando a diminuição da manifestação de alguns sintomas (Tannock, 2013b) e diminuição da presença de comorbidades, tais como a depressão, o transtorno de ansiedade, ou mesmo a dependência química.

Estudos sobre a neurobiologia do TDAH identificaram alterações em diferentes sistemas neurotransmissores. Investigações sobre a genética do indivíduo que apresenta esta condição consideram que esse transtorno tem uma natureza poligênica. Igualmente, acredita-se que a predisposição para esse transtorno pode ser aumentada a partir da interação dos genes defeituosos com o ambiente.

Pesquisas da neuropsicologia identificaram prejuízos em diferentes processos cognitivos, tais como a memória de trabalho, as funções executivas, a atenção e linguagem. Esse conjunto de características que compõem o TDAH torna o seu diagnóstico bem como seu tratamento difíceis, sendo necessária a presença de uma equipe multidisciplinar para realizar o seu diagnóstico e conduzir o seu tratamento.

Desenvolvimento de políticas públicas para o TDAH

Desde 1984 a Organização Mundial de Saúde (OMS), ao ampliar o seu entendimento de saúde, atribui ao sistema escolar um papel vital para a promoção da saúde mental de crianças e adolescentes, funcionando como um sistema de proteção e de diminuição de riscos em relação aos alunos (Vieira, Estanislau, Bressan, & Bordin, 2014). Contudo, a realidade dos serviços públicos no Brasil, mais especificamente, educação e saúde caminha no sentido oposto ao preconizado pela OMS. Muitas vezes parece que os profissionais da educação apenas transferem para os profissionais da saúde a responsabilidade de resolver as

“dificuldades de aprendizagem” dos alunos (Cosenza & Guerra, 2011) (melhor seria dizer, dificuldades pedagógicas das escolas). Entende-se, portanto, ao lado de outros pesquisadores (Navas, 2011, 2013), que somente quando ações promovidas por políticas públicas forem vetor para o conhecimento das ciências que investigam os transtornos neurodesenvolvimentais é que o quadro aqui delineado poderá ser mudado.

Há necessidade, também, de se promover a entrada de profissionais no serviço público com maior conhecimento sobre o TDAH, ancorado naquilo que as pesquisas científicas propõem sobre esse transtorno. Somente esse conjunto de mudanças no sistema público de educação e de saúde poderá ajudar a criança com o TDAH a escapar da exclusão escolar e social, diminuindo o sofrimento dessa criança e da sua família.

Os resultados de pesquisas que discutem as dificuldades na realização do diagnóstico de TDAH evidenciam a urgência de se qualificar os profissionais da área da saúde uma vez que eles não se apropriaram das discussões que a ciência faz sobre esse transtorno (Peixoto & Rodrigues, 2008). Existem profissionais que não usam manuais, que solicitam testes que não são sensíveis ao TDAH, entre outros procedimentos anacrônicos em relação a esse transtorno e ao seu diagnóstico. Essa evidência, que está de acordo com muitos autores, deveria ser seriamente avaliada pelo poder público, responsável pelo bem estar das crianças e pelas políticas de saúde.

Quando se reconhece que o governo é o responsável por promover as mudanças necessárias para melhorar o seu funcionamento,

No âmbito do Ministério da Educação também *começa a haver aberturas* para a discussão da questão [melhoria da alfabetização no Brasil]. O Ministro Fernando Haddad, sensibilizado pelo relatório, sugeriu à nação e à comunidade acadêmica que debatessem a questão. A imprensa ensaiou alguns passos nessa direção, mas sem grande fôlego. Algumas medidas importantes encontram-se em implementação. Uma delas foi o apoio financeiro para a produção de um Curso de *Formação de Professores Alfabetizadores à Distância*, com base nos princípios da *Ciência Cognitiva da Alfabetização* exposta no relatório. Também pela primeira vez o MEC apoiou o desenvolvimento de um projeto para desenvolvimento da fluência de leitura que se encontra em fase experimental. *Esse tema, ignorado durante décadas nas políticas educacionais [...]*. (Brasil, 2007, p. 10-11) (grifo dos autores).

Vários países desenvolveram políticas educacionais reconhecendo a contribuição que a ciência cognitiva e a ciência da leitura fornecem para o ensino-aprendizagem, incluindo as crianças com dificuldades de aprendizagem, desde a década de 1990 (Brasil, 2007, Morais, 2014; Navas, 2011, 2013). No Brasil, a despeito de algum avanço nessa discussão (Navas, 2013), as crianças com TA, com o TDAH e seus professores continuam à margem do sistema educacional brasileiros.

Metodologia

No intuito de alcançar o objetivo desse trabalho, identificar o conhecimento professores, médicos e psicólogos da rede pública sobre os alunos que apresentam o TDAH, a pesquisa envolveu investigação quali-quantitativa.

A amostra foi constituída de 27 professores. Dessas, 7 (25,9%) são provenientes de escolas particulares (n=3) e 20 (74,1%) de escolas públicas (n=3), com média de tempo de docência de 14 anos. Quanto à escolaridade, 11 (40,7%) dos professores têm graduação, 13 (48,1%) algum curso de pós-graduação e 3 (11,1%) não responderam. Das 11 que declaram ter apenas graduação, 5 (20,8%) são da rede particular e 6 (25,0%) da rede municipal; das 13 que declaram ter pós-graduação, 2 (8,3%) são da rede particular e 11 (45,8%) da rede municipal.

Em relação aos profissionais de saúde participaram do estudo 2 pediatras e 3 psicólogos da saúde pública, 1 neuropediatra e 1 neuropsicóloga da rede privada de saúde. Parte deles emitiram o diagnóstico de TDAH das crianças do presente estudo. Mesmo que tenha sido

feito um esforço para se alcançar esse profissional que está habilitado a fornecer o diagnóstico de TDAH, médicos e psicólogos, apenas um pequeno número de profissionais respondeu ao questionário proposto. Desta forma, com essa amostra tão pequena de profissionais, os resultados aqui apresentados não podem ser generalizados para os profissionais da saúde.

Para efeitos dessa pesquisa constituiu-se, ainda, uma amostra de 71 alunos com: TDAH (n=9), dislexia (n=6), TDAH + dislexia (n=11) e sem transtorno (n=45). Essa amostra foi composta a partir da reavaliação de alunos em risco para o TDAH, segundo a avaliação dos professores e de alunos que receberam diagnóstico médico.

Procedimento de acesso aos participantes

O acesso aos professores iniciou-se através do contato com a Secretaria Municipal de Educação de Divinópolis (SEMED) no intuito de consentir a participação de escolas e de professores na pesquisa por meio da assinatura do Termo de Anuência Institucional (TAI). Mediante a assinatura desse documento pela secretaria, a direção de cada escola selecionada foi convidada a participar da pesquisa e as que aceitaram assinaram também o TAI. O mesmo foi feito com os professores. Os que deram a sua anuência foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O contato com os profissionais da saúde pública foi feito após assinatura do Termo de Anuência Institucional (TAI) pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA). Os profissionais (saúde pública e privada) que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Instrumento respondido pelos professores

O *Swanson, Nolan and Pelham Teacher and Parent Rating Scale* (SNAP-IV, versão brasileira de Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde, & Pinto, 2006).

O SNAP-IV é uma escala composta de 18 perguntas que investigam aspectos de desatenção (perguntas de 1-9) e de hiperatividade e impulsividade (perguntas de 10-18). O instrumento não se restringe ao registro da presença ou a ausência de sintomas. Emprega escores quantitativos, em uma escala de 4 pontos (nem um pouco, só um pouco, bastante e demais), semelhante à escala *Likert*.

Questionário respondido pelos profissionais da saúde

O instrumento levantou os seguintes dados: formação acadêmica e profissional; local em que se formou; especialidade de atuação; experiência profissional; tempo de clínica; local de atuação (saúde pública ou privada); conhecimento sobre o TDAH; critérios diagnósticos e exames empregados; exames para exclusão; grau de importância que atribuem à medicação para esse transtorno; contato com outro profissional que atende a criança com TDAH.

Quanto ao procedimento de entrega dos questionários, inicialmente, buscou-se alcançar todos os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para isso, a SEMUSA promoveu uma reunião entre os pesquisadores e os gerentes das UBS, na qual foi combinado que eles repassariam os questionários para os profissionais da saúde, com a solicitação de que os respondessem.

Essa estratégia, contudo, mostrou-se ineficaz, uma vez que, dos questionários entregues, apenas dois foram preenchidos (dois psicólogos). Assim, um novo acordo foi feito com os gerentes das UBS. Foi combinado que os questionários seriam levados até as unidades e que os pesquisadores conversariam diretamente com os profissionais, a fim de explicar a eles a natureza da pesquisa e pedir que aqueles que concordassem em participar do estudo respondessem ao questionário. Visando esse objetivo, foram sorteadas nove UBS, localizadas em regiões urbanas. Novamente, para os instrumentos entregues, obteve-se um retorno mínimo de respostas (considerando o número de profissionais que atuam na saúde pública):

17 pediatras efetivos e 5 contratados; 10 neurologistas; 6 psiquiatras efetivos e 2 contratados; 57 psicólogos efetivos e 8 contratados e nenhum neuropsicólogo. Responderam ao questionário apenas 2 pediatras, 3 psicólogos e 1 neuropediatra.

A maior parte dos diagnósticos de TDAH identificados nesta pesquisa é dada por três neurologistas que atuam na Policlínicaⁱⁱ de Divinópolis. Foi feito contato com os três, bem como com as suas clínicas particulares; contudo, nenhum deles respondeu ao questionário, seja pela esfera pública, seja pela privada.

O contato com outros profissionais que atendem em clínica particular foi feito por telefone e por *e-mail*, sempre sendo mediado pela indicação de outro médico ou psicólogo que conhecia os profissionais abordados nesta pesquisa. Assim, foram contatados 2 psiquiatras, 2 neurologistas, 1 neuropediatra e 1 neuropsicóloga. Apenas o neuropediatra e a neuropsicóloga responderam ao questionário.

Análise dos Resultados

Os resultados consistiram da comparação da avaliação feita pelos professores (via SNAP) e pelos profissionais da saúde (diagnóstico médico) em relação à criança em risco ou identificada como apresentando o TDAH com a reavaliação diagnóstica realizada pelos autores desse trabalho. Antes desse processo, as crianças (n=71) estavam agrupadas de acordo com o motivo pelo qual foram selecionadas, conforme mostra a Tabela 2.

Para verificar a associação entre os resultados do SNAP com o grupo de classificação do escolar, foi utilizada a estatística Qui-Quadrado, e, quando houve quebra de pressupostos, utilizou-se a estatística Phi ou V de Cramer (Siegel, 2006). Para verificar a precisão do SNAP foram usadas duas medidas: “sensibilidade e especificidade. Segundo Fagan (2006, p.181) ‘o grau em que um teste irá prever a presença de um transtorno é chamado de “sensibilidade”; o sucesso na predição da normalidade (ausência de transtorno) é chamado de “especificidade” de um teste”’.

Avaliação dos professores sobre risco para o TDAH

Como pode ser visto na Tabela 1, 25,% (n=11 de um total de 44) das crianças identificadas pelos professores como grupo de risco para o TDAH estudam em escola pública e 22,2% (n=6 de um total de 27) em escola particular. Assim, há pouca diferença entre os tipos de escola e a percepção dos professores em relação à criança em risco para o TDAH. Contudo, se levarmos em consideração que estudos epidemiológicos (Polanczyk et al., 2007) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (APA, 2002) o número de escolares com o TDAH deve estar em torno de 5% (de 3 a 7%), percebendo-se que os professores superestimam escolares em risco para esse transtorno.

Diagnóstico médico de TDAH

Na Tabela 1, observa-se também que 36,4% (n=16) das crianças com o diagnóstico médico de TDAH estudam em escolas públicas e 25,9% (n=7), em escolas particulares, evidenciando maior número de diagnóstico de crianças provenientes da rede pública. Todos os diagnósticos de TDAH foram emitidos por médicos, neurologistas (12 diagnósticos), neuropediatras (5 diagnósticos), psiquiatras (3 diagnósticos) e médicos que não tiveram as suas especialidades identificadas (3 diagnósticos). Todas as crianças diagnosticadas por médicos foram medicadas.

Tabela 1
Motivo da Indicação da Criança segundo Tipo de Escola

Tipo de Escola	Motivo da Indicação da Criança para a Pesquisa							
	Diagnóstico Médico de TDAH		Indicadores de TDAH pela Escola		Criança sem Transtorno		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Escola Municipal	16	36,4	11	25	17	38,6	44	100
Escola Particular	7	25,9	6	22,2	14	51,9	27	100
Total	23	32,4	17	23,9	31	43,7	71	100

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Risco de TDAH versus diagnóstico de TDAH

A comparação entre a avaliação de risco de TDAH pelos professores e de diagnóstico dessa condição fornecido pelos médicos com a reavaliação aqui conduzida mostrou que de 17 crianças em risco de TDAH, apenas 2 crianças apresentavam esse transtorno, 9 não tinham nenhum transtorno, 1 era disléxica e 5 apresentavam TDAH+dislexia. Igualmente e ainda mais discrepante, das 23 crianças que receberam o diagnóstico médico de TDAH, apenas 7 apresentaram o transtorno, 5 não apresentaram nenhum tipo de transtorno, 5 tinham apenas dislexia e 6 apresentavam o TDAH+dislexia (Tabela 2).

Tabela 2
Distribuição de Frequências de Crianças nos Grupos de Classificação conforme a Reavaliação da Amostra

Motivo da Indicação	Grupo de Classificação				
	Sem Transtorno	TDAH	Dislexia	TDAH + Dislexia	Total
Diagnóstico Médico de TDAH	5	7	5	6	23
Indicadores de TDAH pela professora	9	2	1	5	17
Criança sem Transtorno	31	0	0	0	31
Total	45	9	6	11	71

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

O percentual elevado de crianças com o TDAH (28% - 20 alunos em 71) na presente amostra deve-se ao fato de ela não representar a população de forma geral. O critério para a criança ser admitida nesta pesquisa foi o de que ela já tivesse sido diagnosticada com o TDAH ou que apresentasse indicadores para esse transtorno. Esta condição era crucial para a pesquisa, uma vez que um dos principais objetivos dela foi o de investigar o conhecimento que os educadores e os profissionais da área da saúde têm sobre o TDAH. Assim, foi criado um filtro para a construção da amostra. Contudo, a percentagem de crianças disléxicas (8,5% - 6 alunos em 71) e de crianças com o TDAH+dislexia (15,50% - 11 alunos em 71) encontra-se dentro do esperado (Mattison & Mayes, 2012; Mayes & Calhoun, 2007; Mayes & Calhoun, 2006).

Os resultados obtidos confirmam a expectativa sobre o insuficiente conhecimento de educadores e de médicos em relação ao TDAH, o que não é surpresa mediante o estado da arte sobre o estudo do TDAH. Enquanto os professores superestimam o risco para esse transtorno (23,9%) (17 crianças em 71), os médicos emitiram diagnóstico de TDAH para 32,4% (23 crianças em 71) das crianças da amostra. A avaliação desses últimos é muito mais preocupante do que aquela dos professores por ultrapassar ainda mais a incidência esperada de acordo com a literatura e por ser influenciada pelo tipo de escola, uma vez que mais diagnósticos positivos foram emitidos para alunos de escolas públicas do que para de escolas particulares. Esse quadro se torna ainda mais grave diante dos desdobramentos das distorções encontradas, sendo o principal deles: a indicação de medicação para os diagnósticos falso-positivos.

O achado de que no grupo de crianças consideradas pelos professores como tendo o TDAH (e assim diagnosticadas pelos médicos), “seis eram somente disléxicas” (Tabela 2), revela a ausência de reconhecimento de casos puros de dislexia pelos profissionais em questão. O resultado sugere que eles não conhecem a condição “dislexia” e nem a alta comorbidade entre ela e o TDAH (25 a 40%), situação que tem sido também constatada por outros pesquisadores (Gomes, Palmini, Barbirato, Rohde, & Mattos, 2007). No entanto, considerando que a dislexia é uma das Desordens Específicas de Aprendizagem (DEA) (DSM-5) (APA, 2014), que se manifesta na escola e que deve ser identificada por profissionais com conhecimento em DEA e em avaliação psicológica/cognitiva, não é surpreendente que os professores e médicos não saibam como identificar essa condição. Isso confirma que é crucial repensar projetos governamentais que capacitam os professores ou grupo de profissionais para trabalharem com as crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem, como o Atendimento Educacional Especializado (Ropoli et al., 2010).

O AEE complementa e/ou suplementa a formação do aluno, visando a sua autonomia na escola e fora dela, constituindo oferta obrigatória pelos sistemas de ensino. É realizado, de preferência, nas escolas comuns, em um espaço físico denominado Sala de Recursos Multifuncionais. Portanto, *é parte integrante do projeto político pedagógico da escola.* (Ropoli et al., 2010, p. 17) (*grifos dos autores*).

Como discute Navas (2013), as crianças com o TDAH e disléxicas não são contempladas nesse projeto do AEE. Isso impede, pelo menos, 10% da população escolar, com necessidade de suporte pedagógico, de participar de tal projeto, promovendo desigualdades profundas de aprendizado.

Outro achado surpreendente foi a quase total ausência de diagnósticos de TDAH emitidos por psicólogos. Na amostra do presente estudo houve um único diagnóstico (de um profissional da rede privada de saúde), que afinal se comprovou incorreto. Esse fato leva à pergunta: o psicólogo não faz o diagnóstico de TDAH nem o de dislexia? Por quê?

Finalmente, é também digno de nota a ausência em toda a amostra tanto de relatórios sobre as avaliações efetuadas, quanto do envolvimento de uma equipe multidisciplinar para a realização do diagnóstico de TDAH, condição recomendada (Ciasca, 2010; Simão, Toledo, & Ciasca, 2010). Essa situação, ausência de uma equipe interdisciplinar para realizar diagnóstico de transtornos neurodesenvolvimentais, ajuda a compreender o número expressivo de diagnósticos falso-positivos na saúde pública. O avanço das pesquisas em relação a tais transtornos obriga que diferentes aspectos neurodesenvolvimentais da criança sejam avaliados, como por exemplo, no caso do TDAH, o déficit de linguagem (Navas, 2011, 2013; Navas, Pinto, & Dellisa, 2009; Snowling & Hulme, 2012).

Resultado do questionário respondido pelos profissionais da saúde

Conforme comentado nos procedimentos de coleta de dados, apesar dos esforços realizados na entrega de questionários aos profissionais da área da saúde, habilitados a fazer o diagnóstico da criança com suspeita de apresentar o TDAH, o número de questionários respondidos e devolvidos foi pequeno. Foi feito um esforço especial para abordar os 3 neurologistas que atendem na Policlínica de Divinópolis, uma vez que a maior parte das crianças com esse diagnóstico, oriundo da saúde pública, vem de um desses profissionais. No entanto, nenhum deles respondeu ao questionário. Dois desses foram abordados também em suas clínicas particulares.

Diante disso, estamos cientes de que os resultados apresentados não possuem significância estatística. Contudo, consideramos pertinente destacar aspectos que julgamos importantes em relação a algumas respostas formuladas pelos profissionais.

Da rede pública de saúde, 2 pediatras, 3 psicólogos e 1 neuropediatra (que atende também à clínica particular) responderam ao questionário. Da rede privada de saúde, apenas uma neuropsicóloga e o neuropediatra responderam. Como mencionado, a rede pública de saúde dispõe de um total de 97 profissionais. A média de anos de atendimento desses profissionais era de 16 anos, tendo o mais velho 28 anos de clínica [psicólogo] e o mais novo, 3 anos [pediatra], sendo oriundos de instituições de ensino públicas (Universidades Federais) e privadas.

Em relação aos profissionais que atuam na saúde pública, somente uma psicóloga respondeu que usa um manual para fazer o diagnóstico, o DSM-IV; que interage, em alguma medida, com a professora para obter informação sobre a criança avaliada. Todos os demais profissionais, as 2 pediatras e os 2 psicólogos, têm apenas os pais como fonte de informação sobre o paciente.

Nenhuma dos pediatras utiliza um manual psiquiátrico, seja a CID-10 ou o DSM-IV. Porém, um deles explicitou que pede a avaliação de um neurologista, quando suspeita que a criança pode apresentar o TDAH. Ambas parecem, também, desconhecer as possíveis causas para o TDAH, o envolvimento dos processos cognitivos e as comorbidades que podem acompanhar esse quadro nosológico, como a dislexia, o Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação e o Transtorno do Processamento Auditivo. Uma delas relata que os pais destacam os benefícios da medicação, a outra destaca os efeitos colaterais.

As respostas do neuropsicólogo (saúde privada) mostraram-se as mais completas, evidenciando um conhecimento mais sistematizado sobre o transtorno, indicando as ferramentas e as estratégias que devem ser utilizadas para fazer diagnóstico e investigar possíveis comorbidades. Além de mencionar o DSM-IV, destaca os testes que investigam os processos cognitivos que normalmente estão comprometidos no TDAH.

As respostas do neuropediatra (saúde privada), apesar de menos completas do que as da neuropsicóloga, mostraram-se bem mais consistentes do que as das pediatras. Contudo, parece que ele não tem a mesma clareza que a neuropsicóloga sobre o envolvimento dos processos cognitivos nesse transtorno e nem dimensiona, corretamente, a associação desse transtorno com comorbidades, especialmente os TA (este aspecto é claramente evidenciado nas respostas da neuropsicóloga). As crianças que foram identificadas pela reavaliação como tendo o TDAH + dislexia, ele percebeu apenas o TDAH, chegando a dar esse diagnóstico às crianças disléxicas e outras sem transtorno. É importante destacar, ainda, que foi o único profissional que relatou alta aderência dos pais ao tratamento medicamentoso para o filho (90%).

A análise qualitativa das respostas dos profissionais habilitados a fazer o diagnóstico em crianças com suspeita de TDAH no serviço público de Divinópolis revela o desconhecimento por esses profissionais de aspectos cruciais e básicos sobre o transtorno. Assim, parece não haver reconhecimento sobre: 1) a necessidade de consulta a mais de uma fonte para a obtenção de informações sobre a criança avaliada; 2) o envolvimento dos processos

cognitivos no TDAH; e 3) o fato de ser o TDAH uma condição que apresenta muitas comorbidades.

O que mais chama a atenção no padrão de respostas dos psicólogos é a falta de recursos para investigar os sintomas do TDAH. Esses profissionais praticamente não pedem exames nem testes que se relacionam com esse transtorno. Um dos psicólogos menciona o teste *House-Tree-Person* (HTP, casa, árvore e pessoa), mas não justifica o porquê do uso deste teste na avaliação da criança com suspeita de TDAH. Nenhum outro teste foi mencionado pelos psicólogos e todos mencionaram que pedem avaliação neurológica. Parece evidente, pelas respostas dadas, que eles não conhecem a discussão feita na literatura sobre as possíveis causas para o TDAH, o envolvimento dos processos cognitivos e as comorbidades que podem acompanhar esse quadro nosológico.

Outro ponto que chama a atenção é que os pesquisadores que discutem a questão diagnóstica do TDAH destacam a importância do pediatra na vida das crianças de risco para desenvolverem transtornos e dos seus pais (Siqueira & Gurgel-Giannetti, 2011). Pondera-se que o “pediatra é o profissional de saúde que acompanha o paciente longitudinalmente, tendo a possibilidade de identificar precocemente sinais e sintomas que possam sugerir TDAH.” (Rohde & Halpern, 2004, p. 67). Contudo, pudemos constatar que as respostas dos pediatras foram extremamente inespecíficas quanto ao TDAH. Ambos disseram que quando têm dúvida quanto ao diagnóstico pedem a avaliação do neurologista. Uma gerente da UBS relatou que não pediu ao pediatra da sua unidade para responder ao questionário alegando que esse profissional não faz o diagnóstico de TDAH. Diante desses dados, ficamos nos perguntando como esse profissional poderia “identificar precocemente sinais e sintomas que possam sugerir TDAH” (Rohde & Halpern, 2004, p. 67), se não visualizou-se em suas respostas noções sobre aspectos específicos e básicos desse transtorno?

Analisando o conjunto das respostas desses profissionais, parece que há um consenso implícito de que o profissional mais qualificado para realizar esse diagnóstico é o neurologista. Isto surgiu tanto na amostra delineada quanto no Boletim da Anvisa (2012).

Exceto a neuropsicóloga, que respondeu que pede uma avaliação psiquiátrica da criança, todos os demais profissionais responderam que pedem avaliação neurológica da criança de risco para o TDAH. Ao analisar as demais respostas da neuropsicóloga, somente ela reconhece que esse diagnóstico deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar. Apenas o neuropediatra e uma pediatra pedem exame neuropsicológico. Assim, parecem identificar que nesse transtorno há o envolvimento de disfunções cognitivas.

Conclusão

Ao longo da presente pesquisa foram delineando-se problemas e perguntas que não podem e não devem ser ignorados. A falta de compreensão e de conhecimento da escola sobre o TDAH tem levado à exclusão daqueles que sofrem com essa condição. Acredita-se que essa exclusão seja maior no Brasil do que em outros países, já que muitos desses adotam medidas protetivas em relação ao aluno com dificuldade escolar. A esse respeito, segundo Navas (2013), “no mundo, há legislação específica para apoio educacional e garantia de diagnóstico por equipes multidisciplinares em mais de 150 países” (s/n).

Infelizmente, no nosso país, a criança com TDAH e sua família ficam relegadas à própria sorte. Por exemplo, o Projeto de Lei 7081/10, apresentado pelo senador Gerson Camata, “propõe que o poder público mantenha programa de diagnóstico e tratamento de estudantes da educação básica com dislexia e com TDAH, por meio de equipe multidisciplinar composta, entre outros, por educadores, psicólogos, psicopedagogos, médicos e fonoaudiólogos” (Senado Federal, 2011, p. 12) precisa, ainda, ser aprovado em duas comissões para só então ser sancionado pela presidência.

No presente estudo as crianças TDAH+dislexia, mesmo apresentando um desempenho bastante inferior ao das demais crianças, não foram identificadas pelos professores. No máximo, foram vistas como apresentando o TDAH, tanto pela professora quanto pelo médico. Esse achado é preocupante, uma vez que criança que apresenta TDAH+dislexia e que tem o pior prognóstico, não só para a escola, mas para a vida de forma geral, é uma criança completamente invisível para os médicos e para os educadores, quando, ao contrário, deveria ter ambos os transtornos tratados. Essa situação certamente alimentará a vivência de fracasso escolar e social experienciado pela criança comórbida (Sexton, Gelhorn, Bell, & Classi, 2011; Tannock, 2007). Vale destacar que poucos estudos se debruçam sobre a condição particular.

As análises das respostas obtidas com o SNAP-IV e questionários endereçados aos profissionais da saúde permitiram identificar que, apesar do SNAP-IV apresentar sensibilidade para o TDAH, a sua especificidade é baixa e oscila a partir do informante. Trata-se da emergência da subjetividade do informante nas respostas. Reforçam ainda a ponderação de Gomez et al. sobre a necessidade de cautela para identificar a criança que apresenta o TDAH por meio da avaliação do adulto que interage com ela, uma vez que as escalas, de forma geral, apresentam baixa confiabilidade. Trata-se do ‘efeito da fonte’ (Gomez et al. 2003).

Há ainda um último aspecto abordado por esta pesquisa que dificulta a realização do diagnóstico de TDAH: o contexto social e escolar da criança em risco para esse transtorno. A esse respeito, um número expressivo de diagnósticos falso-positivos de TDAH foi fornecido pelo médico ao aluno de escola pública. A maior parte desses diagnósticos não foi confirmada pelos critérios diagnósticos adotados aqui. O que chama a atenção é que todos os casos de dislexia e a maior parte dos casos de TDAH+dislexia encontram-se em escola pública, que pode apontar, mais uma vez, para a baixa qualidade do ensino em Divinópolis (MG) e no Brasil.

A baixa qualidade do sistema educacional brasileiro parece promover um número elevado de diagnósticos falso-positivos para a dislexia e para o TDAH, especialmente nas escolas públicas. Assim, mesmo que o sistema educacional no Brasil, como um todo, promova um fracasso em massa dos estudantes, conforme os resultados do Programa Internacional de Avaliação de Estudantes (PISA) (Morais, 2014), as escolas públicas parecem acentuar ainda mais as dificuldades das crianças. Isto é, a criança que apresenta alguma dificuldade de aprendizagem dificilmente receberá o suporte necessário da escola para superar tal dificuldade. O contrário parece ocorrer com a criança que estuda em escola particular. Considerando o papel da escola, Brooke e Soares (2008) descobriram que quase 30% da variância no progresso dos alunos na escola primária era atribuível à escola conjuntamente com fatores de *background*. A escola foi responsável por quase um quarto (24%) da variância no desenvolvimento de leitura dos alunos entre o primeiro e o terceiro ano. Portanto, mesmo que a estimulação do ambiente familiar seja fundamental para o aprendizado da criança, em casos de ausência de um ambiente adequado, a escola pode compensar por essa carência se de fato ensinar.

Como ponderaram Carvalho, Peron, Sena e Souza (2009), é importante levar o conhecimento produzido pelo meio científico para os demais segmentos sociais, especialmente no caso do TDAH. Seu complexo diagnóstico pode ser facilitado se aqueles que podem contribuir para a sua acurácia, tais como os médicos, os psicólogos, os familiares e os educadores de crianças com TDAH, além dessas crianças, puderem, cada um no seu nível de entendimento, ter clareza sobre as características da condição do TDAH. Contudo, como evidenciaram os dados desta pesquisa sem a melhora na capacitação dos profissionais da saúde e da educação, através de políticas públicas que fortaleçam a intersetorialidade entre essas áreas, pouco se fará para ajudar as crianças que apresentam o transtorno e suas famílias aumentando o contingente de excluídos deste país.

Por fim ressaltamos os limites desta pesquisa. O primeiro diz respeito ao baixo número de questionários respondidos pelos profissionais da área da saúde. Outra limitação refere-se à discussão insipiente em relação às políticas públicas direcionadas aos escolares que apresentam transtornos como o TDAH. Essa segunda limitação deve-se, também, a escassez de políticas sobre o tema no Brasil.

Referências Bibliográficas

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Ministério da Saúde do Brasil. (2012). *Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário*. Recuperado de http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR*, 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5ª ed*. Porto Alegre: Artmed.
- Baldaçara, L., Araújo Filho, G. M., & Jackowski, A. (2011). Neuroanatomia funcional e comportamental. In Kapczinski, F., Quevedo, J., & Izquierdo, I. (Orgs.). *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos – uma abordagem translacional* (3a ed.) (pp. 23-34). Porto Alegre: Artmed.
- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade-Guia completo para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Barry, T., Lyman, D., & Klinger, L. G. (2002). Academic Underachievement and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: The Negative Impact of Symptom Severity on School Performance. *Journal of School Psychology, 40*(3), 259-283.
- Capellini, S., Ferreira, T., Salgado, C., & Ciasca, S. (2007). Desempenho de escolares bons leitores, com dislexia e com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em nomeação automática rápida. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 12*(2), 114-119.
- Capellini, S. A., & Conrado, T. L. B. (2009). Desempenho de escolares com e sem dificuldades de aprendizagem de ensino particular em habilidade fonológica, nomeação rápida, leitura e escrita. *Revista CEFAC, 11*(2), 183-193.
- Carvalho, T., Peron, S., Sena, S., & Souza, L. K. (2009). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na interface saúde e educação: uma experiência com educadores. *Revista Pedagógica (UNOCHAPECÓ), 23*, 283-294.
- Carvalho, Peron, Sena e Souza (2009)
- Ciasca, S. (2010). Apresentação. In S. Ciasca, S. Rodrigues e C. Salgado (Orgs.), *TDAH: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade* (pp. vii-viii). Rio de Janeiro: Revinter.
- Coelho, M. I. (2008). Vinte anos de avaliação da educação básica no Brasil: aprendizagens e desafios. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação, 16*(59), 229-258.
- Cortez, M. T., & Carazza, L. C., (2012). *A criança com o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e o contexto escolar*. Relatório final de pesquisa submetido ao PAEx/UEMG, Belo Horizonte.
- Cortez, M. T., Pinheiro, A. M. V., Carazza, C. L., & Rodrigues, M. (2013). *Dificuldade de aprendizagem da leitura e da escrita no ensino fundamental*. Pôster apresentado no XXII Congresso Brasileiro e II Congresso Internacional da ABENEPI, Belo Horizonte.
- Cosenza, R., & Guerra, B. L. (2011). *Neurociência e educação – como o cérebro*. Porto Alegre: Artmed.
- Costa, A. C., Dorneles, B. V., & Rohde, L. A. (2012). Identificação dos procedimentos de contagem e dos processos de memória em crianças com TDAH. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 25*(4), 791-801.

- Coutinho, G., Mattos, P., Schmitz, M., Fortes, D., & Borges, M. (2008). Concordância entre relato de pais e professores para sintomas de TDAH: resultados de uma amostra clínica brasileira. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(3):97-100.
- Cunha, V. L. O., Silva, C., Lourencetti, M. D., Padula, A. M. R., & Capellini, S. A. (2013). Desempenho de escolares com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em tarefas metalinguísticas e de leitura. *Revista CEFAC*.
- Daley, D., & Birchwood, J. (2010). ADHD and academic performance: why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom? *Child: care, health and development*, 36(4), 455-464.
- Dehaene, S. (2012). *Os neurônios da leitura – como a ciência explica a nossa capacidade de ler*. Porto Alegre: Penso.
- Fagan, J. F. (2006). Diferenças individuais na inteligência de bebês. In C. Flores-Mendonza & R. Colom (Orgs.), *Introdução à psicologia das diferenças individuais* (pp. 174-188). Porto Alegre: Artmed.
- Gomes, M., Palmi, A., Barbirato, F., Rohde, L. A., & Mattos, P. (2007). Conhecimento sobre o déficit de atenção e hiperatividade no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), 94-101.
- Gomez, R., Burns, G., Walsh, J., & Moura, M. (2003). A multitrait-multisource confirmatory factor analytic approach to the construct validity of ADHD rating scales, *Psychological Assessment* Copyright, 15(1), 3–16
- Landskron, L. M., & Sperb, T. M. (2008). Narrativas de professoras sobre o TDAH: um estudo de caso coletivo. Narrativas de professoras sobre TDAH. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRABEE)*, 12, (1), 153-167
- Mattos, P., & Coutinho, G. (2010). Teste de atenção visual (TAVIS-3). In L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, P. Mattos e N. Abreu (Orgs.), *Avaliação neuropsicológica* (pp. 332-336). Porto Alegre: Artmed.
- Mattison, R., & Mayes, S. (2012). Relationships between learning disability, executive function, and psychopathology in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16(2), 138-146.
- Mayes, S. D., & Calhoun, S. L. (2006). Frequency of reading, math, and writing disabilities in children with clinical disorders. *Learning and Individual Differences*, 16, 145–157.
- Mayes, S. D., & Calhoun, S. L. (2007). Learning, attention, writing, and processing speed in typical children and children with ADHD, autism, anxiety, depression, and Oppositional-Defiant Disorder. *Child Neuropsychology*, 13, 469-493.
- Mesquita, R. (2009). *A implicação do educador diante do TDAH: repetição do discurso médico ou construção educacional?* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte). Recuperado de: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/VCSA-826PZP/1000000758.pdf?sequence=1>.
- Morais, J. (2014). *Alfabetizar para a democracia*. Porto Alegre: Penso.
- Navas, A. L. (2011). Por que prevenir é melhor do que remediar quando se trata de dificuldades de aprendizagem. In L. M. Alves, R. Mousinho, & S. A. Capellini (Orgs.), *Dislexia – novos temas, novas perspectivas* (pp. 41-53). Rio de Janeiro: Wak Editora.
- Navas, A. L. (2013). Políticas públicas no Brasil ignoram crianças com TDAH e com transtornos de aprendizagem. Recuperado de: <http://www.tdah.org.br/br/textos/textos/item/412-tdah-pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas-educacionais-no-brasil-ignoram-crian%C3%A7as-com-tdah-e-com-transtornos-de-aprendizagem.html>.

- Navas, A. L., Pinto, J. R., & Dellisa, P. R. (2009). Avanços no conhecimento do processamento da fluência em leitura: da palavra ao texto. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 14(3), 553-559.
- Oliveira, A., Cardoso, M., Padula, N., Lourencetti, M., Santos, L., & Capellini, S. (2013). Processos de leitura em escolares com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Psicologia Argumento*, 31(72), 35-44.
- Pastura, G., Mattos, P., & Araújo, A. (2007). Prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 65(4-A), 1078-1083.
- Rodriguez, A., Järvelin, M-R., Obel, C., Taanila, A., Miettunens, J., Moilanen, I, . . . Olsen, J. (2007). Do inattention and hyperactivity symptoms equal scholastic impairment? Evidence from three European cohorts. *BMC Public Health*, 7(327), 1-9.
- Rodriguez, A., Järvelin, M-R., Obel, C., Taanila, A., Miettunens, J., Moilanen, I, . . . Olsen, J. (2007). Do inattention and hyperactivity symptoms equal scholastic impairment? Evidence from three European cohorts. *BMC Public Health*, 7(327), 1-9.
- Rogers, M., Wiener, J., Marton, I., & Tannock, R. (2009). Parental involvement in children's learning: comparing parents of children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of School Psychology*, 47, 167-185.
- Rohde, L. A., & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80(2) (supl).
- Ropoli, E. et al. (2010). A Educação Especial na Perspectiva da Inclusão Escolar: a escola comum inclusiva. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial;[Fortaleza]: Universidade Federal do Ceará, v. 1. (Coleção A Educação Especial na Perspectiva da Inclusão Escolar)
- Senado Federal. O diagnóstico e o tratamento da dislexia e do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade PL-7081-B/2010, Senado Federal, 510 (2011).
- Sexton, C. C., Gelhorn, H. L., Bell, J. A., & Classi, P. (2011). The Co-occurrence of Reading Disorder and ADHD: Epidemiology, Treatment, Psychosocial Impact, and Economic Burden. *Journal of Learning Disabilities*, XX(X), 1-28.
- Siegel, S. (2006). *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento*. 2a ed. Artmed: Porto Alegre.
- Simão, A. N., Toledo, M., & Ciasca, S. (2010). Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). In S. Ciasca, S. Rodrigues e C. Salgado (Orgs.), *TDAH: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade* (pp. 23-36). Rio de Janeiro: Revinter.
- Siqueira, C. M., & Gurgel-Giannetti, J. (2011). Mau desempenho escolar: uma visão atual. *Revista da Associação Médica do Brasil*, 57(1), 78-87.
- Snowling, M., & Hulme, C. (2012). Annual Research Review: The nature and classification of reading disorders – a commentary on proposals for DSM-5. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(5), 593–607.
- Spira, E. G., & Fischel, J. E. (2005). The impact of preschool inattention, hyperactivity, and impulsivity on social and academic development: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 755-73.
- Tannock, R. (2007). The educational implications of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Recuperado de: <http://www.edu.gov.on.ca/eng/literacynumeracy/inspire/research/tannock.pdf>
- Vieira, M., Estanislau, G., Bressan, R., & Bordin, I. (2014). Saúde mental na escola. In G. Estanislau & R. Bressan (Orgs.), *Saúde mental na escola – o que os educadores devem saber*. (pp. 13-23). Porto Alegre: Artmed.

ⁱ*“There is a clear incompatibility between the symptoms of ADHD and the behaviors required for effective academic functioning”.*

ⁱⁱ Esta clínica faz parte do sistema municipal de saúde de Divinópolis.