

Ciências da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa 7



Luis Henrique Almeida Castro
Thiago Teixeira Pereira
Silvia Aparecida Oesterreich
(Organizadores)

Atena
Editora

Ano 2020

Ciências da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa 7



Luis Henrique Almeida Castro
Thiago Teixeira Pereira
Silvia Aparecida Oesterreich
(Organizadores)

Atena
Editora

Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Natália Sandrini

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano

Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
 Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
 Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
 Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
 Prof^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
 Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
 Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^a Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Prof^a Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Prof^a Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C569 Ciências da saúde [recurso eletrônico] : campo promissor em pesquisa 7 / Organizadores Luis Henrique Almeida Castro, Thiago Teixeira Pereira, Silvia Aparecida Oesterreich. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF
 Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
 Modo de acesso: World Wide Web
 Inclui bibliografia
 ISBN 978-85-7247-989-9
 DOI 10.22533/at.ed.899201102

1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil.
 I.Pereira, Thiago Teixeira. II. Castro, Luis Henrique Almeida.
 III.Oesterreich, Silvia Aparecida.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O estado de saúde, definido pela *World Health Organization* (WHO) como o “completo bem-estar físico, mental e social”, é um conceito revisitado de tempos em tempos pela comunidade científica. Hoje, em termos de ensino e pesquisa, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), distribui a saúde em sete áreas do conhecimento, sendo elas: Medicina, Nutrição, Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Saúde coletiva e Educação física que, juntas, possuem mais de sessenta especialidades.

Essa diversidade inerente possibilita um vasto campo para a investigação científica. Neste sentido, corroborando com seu título, a obra “Ciências da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa 5” traz a publicação de cento e vinte e sete trabalhos dentre estudos de casos, revisões literárias, ensaios clínicos, pesquisas de campo – entre outros métodos quanti e qualitativos – que foram desenvolvidos por pesquisadores de diversas Instituições de Ensino Superior no Brasil.

Visando uma organização didática, este e-Book está dividido em seis volumes de acordo com a temática abordada em cada pesquisa: “Epidemiologia descritiva e aplicada” que traz como foco estudos populacionais que analisam dados de vigilância em diferentes regiões do país; “Saúde pública e contextos sociais” que trata do estado de saúde de coletividades e tópicos de interesse para o bem-estar do cidadão; “Saúde mental e neuropatologias” que disserta sobre os aspectos cerebrais, cognitivos, intelectuais e psíquicos que compõe o estado de saúde individual e coletivo; “Integridade física e saúde corporal” que engloba os textos dedicados ao estudo do corpo e sua influência para a saúde humana; “Cuidado profilático e terapêutico” que traz em seus capítulos os trabalhos voltadas às opções de tratamentos medicinais sejam eles farmacológicos, alternativos ou experimentais; e, por fim, tem-se o sexto e último volume “Investigação clínica e patológica”, que trata da observação, exame e análise de diversas doenças e fatores depletivos específicos do estado de saúde do indivíduo.

Enquanto organizadores, esperamos que o conteúdo aqui disponibilizado possa subsidiar o desenvolvimento de novos estudos que, por sua vez, continuem dando suporte à atestação das ciências da saúde como um campo vasto, diverso e, sempre, promissor em pesquisa.

Luis Henrique Almeida Castro

Thiago Teixeira Pereira

Silvia Aparecida Oesterreich

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM UNIDADES NEONATAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Giovanna Cristina Conti Machado	
Nathália Teresinha Baptista de Oliveira	
Ana Beatriz Ferreira Velozo	
Bianca Jora Babieratto	
Adriana Moraes Leite	
DOI 10.22533/at.ed.8992011021	
CAPÍTULO 2	4
A PERDA DE UM ENTE QUERIDO: IMPACTOS PSICOSSOCIAIS DO SUICÍDIO PARA A FAMÍLIA ENLUTADA	
Maria Camila da Silva	
Valeria Silva Carvalho	
Walter Emmanoel Brito Neto	
Francisca Tatiana Dourado Gonçalves	
Pedro Wilson Ramos da Conceição	
Lucas Dannilo Aragão Guimarães	
Valdênia Guimarães e Silva Menegon	
Murilo Simões Carneiro	
Carlos Alberto Sousa Silveira	
Zaira Arthemisa Mesquita Araujo	
Laís Viana Canuto de Oliveira	
Vitória Maria Carvalho Silva	
DOI 10.22533/at.ed.8992011022	
CAPÍTULO 3	15
ALTERAÇÕES PSÍQUICAS E IDEAÇÃO DO SUICIDA NA ENFERMAGEM	
Monaliza de Souza Costa	
Elter Alves Farias	
Jualiano de Andrade Mello	
André Ribeiro da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.8992011023	
CAPÍTULO 4	28
ANÁLISE DO USO DE PSICOTRÓPICOS POR IDOSOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE – PE	
Lígia Oliveira Ferreira	
Djeymison Jefer Barbosa Silva	
Cristiane Gomes Lima	
DOI 10.22533/at.ed.8992011024	
CAPÍTULO 5	45
ASSÉDIO MORAL COMO RISCO LABORAL E FATOR DE ADOECIMENTO	
Pollyane Elias Reis	
Marlúcio Anselmo Alves	
DOI 10.22533/at.ed.8992011025	

CAPÍTULO 6 53

DESAFIOS PARA INCLUSÃO DO USUÁRIO EM SAÚDE MENTAL NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Isabel Luiza do Nascimento Ginú
Márcia de Albuquerque Ribeiro
Mírian Carla de Lima Silva
Thalia Kelly da Silva Sena
Vilma Felipe Costa de Melo

DOI 10.22533/at.ed.8992011026

CAPÍTULO 7 59

DUPLA TAREFA NA DOENÇA DE PARKINSON: REVISÃO DE LITERATURA

Manuella Chagas Kurtz
Sheila Spohr Nedel
Larissa Gasparini da Rocha
Jerônimo Costa Branco

DOI 10.22533/at.ed.8992011027

CAPÍTULO 8 69

INTERFERÊNCIA DOS FATORES PSICOLÓGICOS NO ESTADO NUTRICIONAL DE UMA IDOSA INTERNADA EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Lariane Marques Pereira
Camila Nunes de Souza
Carolina Cavalcante Silva
Fernanda Maria Souza Juliano
Carolina de Sousa Rotta
Clesmânia Silva Pereira
Thais de Sousa da Silva Oliveira
Yulle Fourny Barão
Rafael Alves Mata de Oliveira
Silvana Fontoura Dorneles
Luciane Perez da Costa
Irma Macário

DOI 10.22533/at.ed.8992011028

CAPÍTULO 9 75

MUSICOTERAPIA E A MICROCEFALIA- DESPERTANDO A MUSICALIDADE DE UM ADOLESCENTE

Mariana Christina Garcia Pismel
Jéssica Röpke
Clara Márcia Piazzetta

DOI 10.22533/at.ed.8992011029

CAPÍTULO 10 82

O ATENDIMENTO A PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE – SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM

Karyne Silva Campos
Adeilza Sousa Coelho
Ana Alice Martins Lima
Alice Figueiredo de Oliveira
Leiliane Barbosa de Aguiar
Marília Pereira Moura
Valdênia Guimarães Silva Menegon

DOI 10.22533/at.ed.89920110210

CAPÍTULO 11 95

O CUIDADO FARMACÊUTICO NA SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Antonia Fernanda Lopes da Silva
Antonio Werbert da Silva Costa
Amanda Cibelle de Souza Lima
Laisa dos Santos Medeiros
Maylla Salete Rocha Santos Chaves
Maria Helena dos Santos Moraes
Taise Oliveira Rodrigues
Carla Cavalcante Diniz
Ana Carolynne Duarte Cavalcante
Diego Oliveira Araújo Sousa
Dheyson Manoel Rodrigues Medeiros e Silva
Renata Rodrigues de Oliveira Castelo Branco

DOI 10.22533/at.ed.89920110211

CAPÍTULO 12 101

O ESTRESSE PSICOLÓGICO GERADO PELO PRIMEIRO CONTATO DO ESTUDANTE DE MEDICINA COM O CADÁVER

Luciana Ruivo Dantas
Lucas Tavares Silva
João Victor Oliveira de Souza
Vitória Moraes de Campos Belo
Igor Gabriel Silva Oliveira
Edlaine Faria de Moura Villela

DOI 10.22533/at.ed.89920110212

CAPÍTULO 13 105

PSICOBÍOTICOS NA SAÚDE MENTAL contra TRANSTORNO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Karina Teixeira Magalhães-Guedes
Talita Andrade da Anunciação
Alessandra Souza Marques do Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.89920110213

CAPÍTULO 14 113

REALIDADE VIRTUAL NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM AVC: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Débora Fernanda de Sousa Silva
Geanna Gabriela de Almeida Nascimento
Jéssyka Marques da Silva
Laura Lemos de Oliveira Neri
Dreyzialle Vila Nova Mota
Lícia Vasconcelos Carvalho da Silva
Laura Bezerra de Araújo
Vanessa Justino Santos Duarte

DOI 10.22533/at.ed.89920110214

CAPÍTULO 15 122

SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DO SUS: A IMPORTÂNCIA DA CRIAÇÃO E APRIMORAMENTO DE POLÍTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Yasmin Nogueira Duarte do Carmo e Silva
Amanda Thaís de Sousa
Amaro José Alves Júnior
Bruno Leotério dos Santos
Geovana Morais Peres

Ruth Mellina Castro e Silva
Vitória Moraes de Campos Belo
Edlaine Faria de Moura Villela

DOI 10.22533/at.ed.89920110215

CAPÍTULO 16 126

SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ACADÊMICOS E SUA RELAÇÃO COM A TENDÊNCIA AO SUICÍDIO

Francisca Alana de Lima Santos
Ivo Cavalcante Pita Neto
Wenderson Pinheiro de Lima
Aline da Costa Portelo
Géssica Amanda Umbelino Pereira

DOI 10.22533/at.ed.89920110216

CAPÍTULO 17 138

SUPORTE AOS FAMILIARES ENLUTADOS PELO SUICÍDIO

Valeria Silva Carvalho
Maria Camila da Silva
Walter Emmanoel Brito Neto
Francisca Tatiana Dourado Gonçalves
Pedro Wilson Ramos da Conceição
Lucas Dannilo Aragão Guimarães
Elizabete Ribeiro Luz
Carlos Alberto Sousa Silveira
Valdênia Guimarães e Silva Menegon
Murilo Simões Carneiro
Laís Viana Canuto de Oliveira
Zaira Arthemisa Mesquita Araujo

DOI 10.22533/at.ed.89920110217

CAPÍTULO 18 147

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: REVISANDO CONHECIMENTOS

Edilma da Silva Figueiras
Cristina de Fátima de Oliveira Brum Augusto de Souza
Lucas Capita Quarto
José Fernandes Vilas Netto Tiradentes
Fábio Luiz Fully Teixeira
Fernanda Castro Manhães

DOI 10.22533/at.ed.89920110218

CAPÍTULO 19 161

USO DE UM PROTOCOLO DO MÉTODO PEDIA SUIT NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL: RELATO DE CASO

Laura Lemos de Oliveira Neri
Débora Fernanda de Sousa Silva
Jessyka Marques da Silva
Geanna Gabriela de Almeida Nascimento
Maria de Fátima Bezerra da Silva
Maria Natasha de Siqueira Paes
Dreyzialle Vila Nova Mota
Vastí Lima da Silva Santana

DOI 10.22533/at.ed.89920110219

SOBRE OS ORGANIZADORES.....	170
ÍNDICE REMISSIVO	172

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: REVISANDO CONHECIMENTOS

Data de aceite: 04/02/2020

Edilma da Silva Figueiras

Universidade Estadual do Tocantins

**Cristina de Fátima de Oliveira Brum
Augusto de Souza**

Universidade Estadual do Norte Fluminense
Darcy Ribeiro

Lucas Capita Quarto

Universidade Estadual do Norte Fluminense
Darcy Ribeiro

José Fernandes Vilas Netto Tiradentes

Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte

Fábio Luiz Fully Teixeira

Universidade Estadual do Norte Fluminense
Darcy Ribeiro

Fernanda Castro Manhães

Universidade Estadual do Norte Fluminense
Darcy Ribeiro

RESUMO: O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é uma desordem neurobiológica caracterizada pela falta manutenção da atenção, pela hiperatividade e impulsividade. Possui prevalência, morbidade e taxa de comorbidades altas, podendo persistir até a vida adulta. Apesar disso, o desconhecimento dos vários aspectos desse transtorno é alto, estando rodeado de mitos e

conceitos errôneos mesmo entre profissionais que lidam diretamente com ele. Neste contexto, o objetivo desta pesquisa foi de analisar através de uma revisão crítica, os elementos essenciais referentes à fisiopatologia, diagnóstico e às abordagens terapêuticas do TDAH, tendo em vista que, é preciso que a escola e a família supere as contradições sociais, mobilize-se, e qualifique seus profissionais para oferecer qualidade no atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. Atenção. Transtornos mentais diagnosticados na infância. Equipe multiprofissional.

ABSTRACT: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurological disorder characterized by attention maintenance, hyperactivity and impulsivity. It has a prevalence, morbidity and rate of high comorbidities, and may persist into adult life. Moreover, ignorance of multiple deviations is high, surrounded by myths and misconceptions among those who deal directly with it. In this context, the objective of the critical analysis, the guidelines and therapeutic guidelines of ADHD, considering that, it is necessary that the school and the family overcome as social contradictions, and, if it qualifies its evaluation to attend the quality

without care.

KEYWORDS: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Attention. Mental disorders diagnosed in childhood. Multiprofessional team.

1 | INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma condição psiquiátrica que há muito tempo é reconhecida por afetar a capacidade de funcionamento das crianças. Souza *et al*, (2007) relatam que os sintomas começam na infância e geralmente incluem falta de atenção e concentração, desorganização, dificuldade em completar tarefas, esquecimento e perda de tarefas. Esses sintomas devem estar presentes antes dos 12 anos, durar seis meses e interferir nas atividades da vida diária. Isto deve estar presente em mais de um ambiente (ou seja, em casa e na escola, ou na escola e nas atividades após a aula). Pode ter grandes consequências, incluindo interações sociais, aumento de comportamentos de risco, perda de empregos e dificuldades na escola.

Crianças com TDAH podem ter dificuldades com interações sociais, podem ser facilmente frustradas e podem ser impulsivas. Eles são frequentemente rotulados como “criadores de problemas”. Neste contexto, este trabalho se justifica no fato de que é importante diagnosticar e tratar o distúrbio em uma idade jovem, para que os sintomas não persistam até a idade adulta e causem outras condições comórbidas. O tratamento do distúrbio está principalmente relacionado a estimulantes e psicoterapia.

Logo, o objetivo desta pesquisa foi realizar uma revisão crítica dos elementos essenciais referentes à fisiopatologia, diagnóstico e às abordagens terapêuticas do TDAH. Para tanto, foi adotada a pesquisa bibliográfica fazendo uma narrativa da literatura disponível em livros e nas bases de dados Scielo (*Scientific Eletronic Library OnLin*), MEDLINE, LILACS e Google Acadêmico. A seleção da amostra ocorreu com uma leitura criteriosa de todo material coletado. Posteriormente, foi realizada uma triagem e então, selecionado as obras de maior relevância para o presente estudo.

2 | ETIOLOGIA E PERSPECTIVA HISTÓRICA DO TDAH

Pode-se dizer então que a etiologia do TDAH está relacionada a uma variedade de fatores que incluem um componente genético e um componente ambiental. É uma das condições mais hereditárias em termos de transtornos psiquiátricos. Há uma concordância muito maior em gêmeos monozigóticos do que dizigóticos. Os irmãos têm o dobro do risco de ter TDAH do que a população geral. Da mesma

forma, infecções virais, tabagismo durante a gravidez, deficiência nutricional e exposição ao álcool no feto também foram exploradas como possíveis causas do distúrbio (VALENÇA & NARDI, 2015).

Conforme Andrade & Júnior (2017), crianças com TDAH é mais frequentemente identificada e tratada na escola primária. Estudos populacionais indicam que cinco por cento das crianças em todo o mundo apresentam níveis de atenção prejudicados, bem como hiperatividade. Os meninos são classificados com TDAH aproximadamente duas vezes mais que meninas e crianças em idade escolar, aproximadamente duas vezes mais que adolescentes.

O TDAH é uma síndrome heterogênea, de etiologia multifatorial, dependente de fatores genéticos-familiares, adversidades biológicas e psicossociais, caracterizada pela presença de um desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, a flexibilidade e a atividade motora. Seu início é precoce, sua evolução tende a ser crônica, sem repercussões significativas no funcionamento do sujeito em diversos contextos de sua vida (SENO, 2010, p. 335).

Os sintomas de TDAH existem em um *continuum* na população geral e são considerados como um transtorno em maior ou menor grau dependendo da fonte de identificação (por exemplo, pai ou professor), percepção do grau de comprometimento funcional e critérios diagnósticos. No entanto, os pré-escolares com sinais precoces de TDAH também podem ter comportamentos de não-conformidade opostos, ataques de raiva e agressões que ofuscam os sintomas de desatenção e hiperatividade e confundem o diagnóstico. Estes comportamentos podem receber o rótulo mais geral de um Transtorno do Comportamento Disruptivo, que incluem Transtorno Desafiador de Oposição (TDO) e Transtorno de Conduta bem como TDAH. Se ainda não foi identificado por idade precoce, os jovens pré-escolares com TDO frequentemente satisfazem os critérios para TDAH na escola primária (NARDI, QUEVEDO & SILVA, 2015).

Valença & Nardi (2015) destaca que a primeira descrição clínica da síndrome foi apresentada por Sir George Frederick Still em 1902. Em uma série de palestras publicadas posteriormente na revista *The Lancet*, ele descreve crianças, mais frequentemente meninos do que meninas, que exibem uma capacidade anormal de atenção sustentada causando o fracasso escolar, mesmo na ausência de retardo intelectual. Ele fornece praticamente uma descrição de crianças com TDAH: suas avaliações e interpretações talvez sejam influenciadas e obscurecidas levemente com outras condições agora categorizadas separadamente e, de acordo com a compreensão dos tempos, atribuídas a “defeitos de controle moral”.

Observando que as sequelas em alguns sobreviventes da epidemia de gripe espanhola incluíam agitação, em 1922, Tredgold postulou a fonte do que hoje chamamos de TDAH como neurologicamente baseado e o chamamos de “dano

cerebral mínimo”, embora na verdade apenas algumas crianças mostrassem esse *post-influenza* reação. No entanto, essa teoria preparou o cenário para interpretar o TDAH como uma condição neurológica para o próximo meio século, até que descobertas científicas, modelos de classificação e eventos sociais subsequentes impulsionaram construções teóricas em direção a uma combinação de explicações genéticas, biológicas, sociais e evolutiva (MUSZKAT, MIRANDA & RIZZUTTI, 2017).

Ressalta-se ainda que, o subtipo desatento é prevalente em cerca de 18% do total de pacientes, enquanto hiperativo/impulsivo e combinado representam em média 8% e 70%, respectivamente. Verifica-se também que o subtipo desatento é mais comum entre a população feminina. Os distúrbios (coletivamente) são encontrados em uma proporção de 2: 1 entre homens e mulheres, de acordo com diferentes pesquisas. É prevalente em cerca de 3% a 6% da população adulta. É uma das desordens mais prevalentes encontradas na infância. Há alguma evidência de que o TDAH é mais prevalente nos Estados Unidos do que em outros países desenvolvidos (ANDRADE & JÚNIOR, 2017).

3 | FISIOPATOLOGIA

Bolfer (2009), relata que “a fisiopatologia do TDAH, apesar de ainda não estar completamente compreendida parece relacionar-se a falhas nos circuitos que interligam áreas pré-frontais, cerebelo e núcleos da base”. Para o referido autor, o transtorno foi conceituado como algo que afeta os circuitos “frontais” devido a déficits associados no funcionamento cognitivo executivo.

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Seno (2010, p. 335) descreve o TDAH em quatro tipos:

(i) tipo desatento - não enxerga detalhes, faz erros por falta de cuidado, apresenta dificuldade em manter a atenção, parece não ouvir, tem dificuldade em seguir instruções, desorganização, evita/não gosta de tarefas que exigem um esforço mental prolongado, distrai-se com facilidade, esquece atividades diárias; (ii) tipo hiperativo/ impulsivo: inquietação, mexer as mãos e os pés, remexer-se na cadeira, dificuldade em permanecer sentada, corre sem destino, sobe nos móveis ou muros, dificuldade em engajar-se numa atividade silenciosamente, fala excessivamente, responde perguntas antes delas serem formuladas, interrompem assuntos que estão sendo discutidos e se intrometem nas conversas; (iii) tipo combinado: quando o indivíduo apresenta os dois conjuntos de critérios desatento e hiperativo/impulsivo; (iv) tipo não específico, quando as características apresentadas são insuficientes para se chegar a um diagnóstico completo, apesar dos sintomas desequilibrarem a rotina diária.

Um grande estudo realizado por Castellanos e colaboradores (2004) relatou menor *cerebrum* total, cerebelo e os quatro lobos cerebrais que não mudaram com o tempo. Um estudo de ressonância magnética estrutural (MRI) (PUEYO *et al*, 2000) em adultos com e sem TDAH também revelou um córtex cingulado anterior (ACC)

menor e córtex pré-frontal dorsolateral (DLPFC). O DLPFC controla a memória de trabalho que envolve a capacidade de reter informações enquanto processa novas informações. Acredita-se que essas diferenças sejam responsáveis por déficits no direcionamento de metas e no comportamento de tarefas no TDAH.

Pesquisadores também examinaram o padrão de desenvolvimento da maturação cortical no TDAH. Oliveira & Dias (2015) relataram um atraso na espessura cortical entre pacientes com TDAH. O padrão de desenvolvimento do cérebro, das áreas sensorimotora às áreas associativas, foi semelhante em crianças com e sem TDAH. No entanto, a idade de pico de desenvolvimento foi atrasada em pessoas com TDAH. Usando a mesma medida de dados de espessura cortical em adultos, Marques (2018) mostraram que a espessura cortical não é normalizada e que as áreas do cérebro que são afetadas em crianças com TDAH permanecem afetadas na vida adulta. Neste estudo, o DLPFC, áreas parietais e ACC tiveram medidas mais finas de espessura cortical em adultos com TDAH do que em adultos sem TDAH.

A ressonância magnética funcional (fMRI) tem sido usada para examinar a atividade cerebral durante desafios cognitivos seletivos em indivíduos com TDAH. Um estudo que mede a atividade cerebral usando um teste neuropsicológico descobriu que tanto jovens como adultos com TDAH mostraram atividade atenuada nas regiões frontostriatais do cérebro que são fundamentais para controle inibitório e para atenção (córtex pré-frontal e caudado). Adultos com TDAH também ativaram regiões não frontostriatais (ACC, áreas parietais) mais que controles. A quantidade de ativação cerebral observada correlacionou-se estreitamente com o grau de eficiência na tarefa em crianças e adultos com TDAH (DURSTON, 2003).

Os resultados dos estudos de fMRI foram revisados por Durston (2003), que levantou a hipótese de que os sistemas de controle *top-down* e *bottom-up* foram afetados no TDAH. Na pesquisa foi especulado que sistemas neurais de baixo para cima detectam as regularidades e irregularidades no ambiente para ativar os sistemas cerebrais frontais para alterar o comportamento. Esses sistemas são os principais reguladores da manutenção da atenção sustentada versus mudança de atenção devido à entrada sensorial. O *striatum* regula o que esperar (tipo de tarefa), o cerebelo regula quando esperar (tempo da tarefa), e o lobo parietal alerta para novos ou novos estímulos concorrentes.

Curiosamente, a medicação pode normalizar alguns desses déficits funcionais. Couto & Mello-Jr (2010) publicaram um estudo mostrando que 7 semanas de tratamento com metilfenidato normalizavam a ativação no ACC. Aqueles que receberam medicação mostraram aumentos na ativação do ACC e DLPFC no acompanhamento, em comparação com a linha de base e para aqueles que receberam tratamento com placebo. Assim, aquelas áreas do cérebro que eram pouco ativas em adultos sem tratamento normalizaram com o tratamento.

A neurobiologia do TDAH é fortemente influenciada por fatores genéticos. Estudos mostraram que os familiares de crianças com TDAH têm alto risco de TDAH, transtornos psiquiátricos co-mórbidos, fracasso escolar, dificuldade de aprendizagem e prejuízos no funcionamento intelectual (RODRIGUEZ *et al*, 2015). Outras linhas de evidência de estudos de análise de adoção, gêmeos e segregação sugerem que a agregação familiar de TDAH tem um componente genético substancial. Estudos com gêmeos encontram maior similaridade para o TDAH e os componentes da síndrome entre gêmeos monozigóticos comparados com gêmeos dizigóticos. Faraone e colegas (2006) em uma metanálise dos vários estudos relataram a herdabilidade média do TDAH. Herdabilidade refere-se à quantidade de influência genética para uma condição particular. Um coeficiente de 1 indica um fenômeno inteiramente influenciado por genética, enquanto um 0 indica ausência de influência genética. Depressão, ansiedade, pânico e até asma tinham taxas de herdabilidade inferiores a 50%. Em contraste, dois dos transtornos psiquiátricos mais biologicamente relacionados, esquizofrenia e autismo, são hereditários em ~75%.

Tal como acontece com muitas condições neuropsiquiátricas complexas, acredita-se que a causação multifatorial esteja envolvida no TDAH; um efeito aditivo de múltiplos genes de vulnerabilidade interagindo com influências ambientais. Análises agrupadas revelam que não existe um único gene associado ao TDAH. Pensa-se que o distúrbio resulta de uma combinação de pequenos efeitos de vários genes (poli genéticos). Alguns dos genes candidatos que foram identificados até agora referem-se a síntese, embalagem, libertação, detecção e reciclagem de dopamina ou catecolaminas, incluindo os genes DRD4 pós-sináptico, transportador de dopamina e SNAP 25; bem como outros relacionados a outros neurotransmissores, como a serotonina (ROTTA *et al*, 2015). Claramente, mais trabalho é necessário para decifrar a relação dos genes candidatos na produção de fenocópias específicas do TDAH, bem como prever a resposta à intervenção psicossocial e farmacológica.

4 | CAUSAS, FATORES DE RISCO E DIAGNÓSTICO

As causas do TDAH não são totalmente compreendidas, mas provavelmente podem ser atribuídas a um único fator. Os genes desempenham um papel importante. Uma pesquisa realizada por Melo & Fermoseli (2017) mostrou que, em indivíduos com TDAH, a dopamina mensageira química é transportada de forma diferente entre as células nervosas do cérebro, especialmente nas regiões que são usadas para memória e aprendizagem. E existem outras diferenças biológicas que podem estar envolvidas no desenvolvimento do TDAH. Entretanto, alguns especialistas discordam da visão de que o TDAH está ligado apenas a fatores físicos ou genéticos. Em vez

disso, eles consideram as mudanças em nossa sociedade tão importantes quanto. Eles acreditam que os sintomas de TDAH também resultam da superestimação, juntamente com a falta de exercício, a ênfase da sociedade moderna na realização e mudanças na situação familiar de uma criança. Porém, dificilmente, estudos de boa qualidade testaram essas teorias.

Também não está claro quais fatores podem desempenhar um papel no risco de desenvolver TDAH. Estudos individuais mostraram que as crianças correm maior risco se suas mães fumaram, beberam álcool ou consumiram outras drogas durante a gravidez. Há também uma possível ligação entre TDAH e muito baixo peso ao nascer ou outros problemas relacionados ao parto, como a falta de oxigênio no nascimento. Fatores genéticos e circunstâncias externas provavelmente desempenham um papel (FERNANDES & MARCONDES, 2017).

Certos alimentos às vezes são associados ao TDAH. Na pesquisa de Gonçalves & Silva (2018), ficou evidenciado que as crianças que frequentemente comem alimentos contendo cores artificiais e conservantes têm maior probabilidade de se comportarem de maneira anormal. Mas a nutrição parece desempenhar um papel muito pequeno no máximo.

O prognóstico do TDAH é variável, dependendo da idade do indivíduo que está experimentando os sintomas. Vê-se que os sintomas do TDAH persistem na adolescência e podem envolver os domínios social e acadêmico da vida. Dois quintos dos pacientes continuam experimentando os sintomas na adolescência, enquanto um quarto deles também é diagnosticado com um distúrbio antissocial concomitante. A regra geral é que 50% dos pacientes “crescem fora do TDAH”, especialmente com o tratamento, e outros 25% não precisam de tratamento na vida adulta. Isso é teorizado em duas partes; primeiro que os estimulantes ajudam a melhorar o desenvolvimento do lobo frontal ao longo do tempo, e segundo, que os adultos geralmente escolhem carreiras que não exigem atenção constante. Na idade adulta, esses pacientes conseguem atingir seus objetivos educacionais e vocacionais (FERREIRA *et al*, 2018).

Entretanto, para Souza *et al*, (2007), diagnosticar o TDAH é muito importante que se tenha uma história relevante do indivíduo em questão. O TDAH é diagnosticado em crianças com base em sua história em que as crianças enfrentam dificuldades em pelo menos 6 dos 9 sintomas mencionados no DSM-V. Os sintomas de desatenção incluem: não prestar muita atenção nas tarefas, perder pequenos detalhes, apressar as tarefas, não parecer ouça quando falado dois, dificuldade em organizar as coisas, não termine o trabalho, não goste ou evite tarefas que requeiram esforço mental contínuo, que se perca, ou que seja esquecido. Os sintomas hiperativos incluem: ficar remexendo, sentir-se como um “motor interno”, sair do assento, subir nas coisas, ser alto, deixar escapar respostas, falar excessivamente ou fora do turno,

ter problemas para esperar a sua vez, interromper ou interferir nos outros.

A respeito da sala de aula:

Uma vez diagnosticado o TDAH, esse aluno deve ser considerado como uma criança com necessidades educacionais especiais, pois para que tenha garantidas as mesma oportunidade de aprender que os demais colegas de sala de aula, serão necessárias algumas adaptações visando diminuir a ocorrência dos comportamentos indesejáveis que possam prejudicar seu progresso pedagógico: sentar o aluno na primeira carteira e distante da porta ou janela; reduzir o número de alunos em sala de aula; procurar manter uma rotina diária; propor atividades pouco extensas; intercalar momentos de explicação com os exercícios práticos; utilizar estratégias atrativas; explicar detalhadamente a proposta; tentar manter o máximo de silêncio possível; orientar a família sobre o transtorno; evitar situações que provoquem a distração (SENO, 2010, p. 336).

Em adultos, no entanto, esses sintomas centrais podem estar ausentes e podem se manifestar como outros problemas, como procrastinação, instabilidade do humor e baixa autoestima. Eles provavelmente serão mais impulsivos por natureza, ou desatentos, já que os sintomas da hiperatividade podem ser melhor controlados. Os sintomas de desatenção ou hiperatividade provavelmente serão evitados ao se fazer uma história apropriada da infância, mas podem ter sido perdidos (SCHIMITZ *et al*, 2007).

O TDAH interfere no funcionamento e desenvolvimento. Diferentes escalas são usadas para medir os problemas que os pacientes com TDAH estão sofrendo. Um exemplo é a *Brown's Attention Deficit Disorder Scales - BADDs*, que inclui áreas comuns nas quais esses indivíduos enfrentam dificuldades e podem ser usados em adultos para identificar o transtorno. Para as crianças, a escala de TDAH Vanderbilt é frequentemente usada, pois tem um componente professor e pai. Um exame físico, por outro lado, não é tão útil no diagnóstico de TDAH, mas ainda pode ser usado para excluir causas médicas, como problemas de tireoide (PYLRO & ROSSETTI, 2017). Também pode ajudar a identificar qualquer problema médico que possa direcionar as opções de tratamento. Por exemplo, indivíduos com hipertensão podem não optar por estimulantes como uma opção de tratamento.

5 | TRATAMENTO E MANEJO DO TDAH À LUZ DA PRÁTICA MULTIPROFISIONAL

Rodillo (2015) relata que a terapia farmacológica continua a ser a base do tratamento para pacientes que sofrem de TDAH. É dividido em duas categorias principais que se enquadram em estimulantes ou não-estimulantes. Os estimulantes são divididos em anfetaminas e metilfenidatos. Ambos os tipos de estimulantes bloqueiam a recaptção da dopamina nas membranas pré-sinápticas e nas membranas pós-sinápticas. As anfetaminas também liberam diretamente a

dopamina. Estimulantes são a base do tratamento para o TDAH e são eficazes em cerca de 70% dos pacientes.

Existem múltiplas formulações de cada subtipo de estimulantes, incluindo liberação imediata e liberação prolongada, ação prolongada ou liberação prolongada. Os efeitos colaterais dos estimulantes incluem alterações na pressão arterial, diminuição do apetite e do sono e risco de dependência. Contudo, há um risco aumentado de uso de substâncias em pacientes com TDAH e estudos mostram que o tratamento com um estimulante diminui seu risco geral de abuso de substâncias ao longo da vida. Como os estimulantes são substâncias controladas, os provedores muitas vezes hesitam em usá-los (FERREIRA *et al*, 2018).

Da opção não-estimulante, existem também dois tipos: antidepressivos e alfa-agonistas. Dentro da categoria de antidepressivos, a atomoxetina é a mais conhecida e funciona como um inibidor seletivo da recaptação da norepinefrina. É conhecido por ser eficaz em muitos ensaios como uma opção de tratamento para o TDAH, embora não seja tão eficaz quanto os estimulantes. Também tem efeitos antidepressivos mínimos. É frequentemente usado em crianças que não toleram estimulantes ou têm ansiedade. Outros antidepressivos incluem bupropiona, que tem como alvo dopamina e serotonina, e TCAs, que são as opções de última escolha. Estes funcionam visando norepinefrina (ROTTA *et al*, 2015).

Por fim, Ferreira *et al*, (2018) descrevem os alfa-agonistas como clonidina e guanfacina podem ser usados como um tratamento eficaz para o TDAH. No entanto, estes estão associados a vários efeitos cardiovasculares, como diminuição da pressão arterial, sedação (clonidina mais do que a guanfacina), ganho de peso, tontura, etc. Eles são mais eficazes em crianças pequenas do que em adultos.

O tratamento psicossocial é a outra forma de tratamento que é usada para indivíduos que sofrem do transtorno. Conforme Bertoldo *et al*, (2018), essa forma de tratamento inclui a psicoeducação para a família e os programas de treinamento comportamental cognitivo e do paciente, projetados especificamente para o paciente alcançar objetivos de curto e longo prazo. Pesquisas descobriram que esses programas de treinamento provam ser muito eficazes quando usados junto com a farmacoterapia. No entanto, ao contrário de outros transtornos psiquiátricos, há fortes evidências de que o tratamento medicamentoso sem terapia é o mais eficaz.

Os médicos têm à sua disposição uma variedade de intervenções psicossociais para o TDAH. Além da psicoterapia tradicional, que aborda as emoções subjacentes, os pais e/ou responsáveis podem ajudar a criança com habilidades em organização e priorização, bem como atuar como mentores, defensores e figuras motivacionais. Andrade (2016) relata que o treinamento dos pais é frequentemente realizado usando o modelo de consequência do comportamento antecedente e é implementado

usando vários métodos como fitas de vídeo e sessões comportamentais que incluem crianças. No ambiente acadêmico, praticamente todas as crianças com TDAH devem lidar com demandas e expectativas organizacionais e comportamentais.

Para Paiano *et al*, (2019), os professores podem realizar intervenções individuais e em toda a classe usando métodos de antecedentes e/ou consequências. As intervenções precedentes baseiam-se na compreensão dos fatores antecedentes, por exemplo, tédio, provocação entre pares e regras inconsistentes pouco claras que precipitam problemas comportamentais. As prévias e consequentes envolvem a compreensão dos antecedentes do comportamento inadequado e o reforço do comportamento adequado com recompensas. Por outro lado, as de consequências envolvem o uso judicioso da punição para encorajar o comportamento adequado em sala de aula.

Em se tratando o manejo, os protocolos devem ser seguidos de forma eficaz, a fim de alcançar um resultado satisfatório. Apesar de décadas de pesquisa, os resultados para pacientes com TDAH são cautelosos. O não cumprimento dos medicamentos é comum e o acompanhamento é difícil, pois muitos pacientes procuram tratamentos alternativos. Não há dúvida de que os tratamentos atualmente disponíveis ajudam alguns pacientes a melhorar funcionalmente, mas sem tratamento, os indivíduos continuam a se deteriorar e acabam em dificuldades financeiras, legais e sociais. A respeito disso, Gelbcke, Mattos & Sallum (2012) afirmam que o atendimento ao paciente produz melhores resultados quando é utilizada uma abordagem abrangente, que engloba todos os profissionais de saúde relevantes. Isso porque os melhores e mais rentáveis resultados para o paciente são alcançados por profissionais que colaboram no trabalho, aprendendo, mapeando um prognóstico e gerando novas ideias. Este conceito é denominado abordagem de equipe multiprofissional para atendimento ao paciente.

Para Backes *et al*, (2016), os objetivos compartilhados da equipe são manifestados pela interação mútua e cordial dos membros da equipe, e os papéis de cada profissional na equipe são mutuamente interdependentes e responsáveis para permitir o alcance das metas estabelecidas. Portanto, em uma equipe multiprofissional, cada membro da equipe implementa uma parte especializada de um plano de cuidados e o principal objetivo das equipes multidisciplinares é agrupar uma série de pontos de vista sobre o cuidado das pessoas e utilizar de forma otimizada o conhecimento e as capacidades de muitos profissionais e setores.

É primordial ressaltar que as abordagens multiprofissionais de equipe fazem uso do conhecimento e experiência de profissionais de diferentes disciplinas, com cada disciplina abordando o paciente a partir de sua própria perspectiva. Para Nunes, Wovst & Neto (2014), essa abordagem geralmente envolve consultas individuais separadas. É comum que equipes multidisciplinares se reúnam regularmente, na

ausência do paciente, para discutir sobre objetivos compartilhados, descobertas e discutir direções futuras para atingir as metas estabelecidas.

As abordagens interdisciplinares de equipes, por outro lado, integram abordagens disciplinares separadas em uma única consulta. Ou seja, avaliação, intervenção e metas de gestão de curto e longo prazo são conduzidas pela equipe, juntamente com o paciente, ao mesmo tempo, o qual está intimamente envolvido em qualquer discussão (COSTA, 2007).

Na pesquisa de Barbosa *et al*, (2017, p. 328), evidenciou-se que:

Grupos de saúde mental, atividades de práticas integrativas e complementares, grupos de prevenção de agravos físicos em geral, entre outros, estão sendo postos em prática, mas a fisioterapia ainda encontra dificuldades nessas ações. Paralelamente, atendimentos individuais para avaliação e tratamento e atendimentos domiciliares a pacientes restritos ao leito e/ou que não possam sair de casa estão dando à população das áreas de abrangência dos PSF melhor acesso e resolubilidade.

Tendo em vista o trabalho em equipe, Moura & Luzio (2014) disseram que a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em conjunto com a proposição de novos arranjos jurídicos, legais, gerenciais e organizacionais, teóricos, técnicos e assistenciais, como o Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica, aparecem como tentativas de superar desafios e lacunas que ainda estão presentes no SUS quanto à efetividade de alguns de seus princípios, como atenção integral à saúde, acesso universal e igualitário.

Portanto, o NASF foi criado para fortalecer a atenção primária à saúde e apoiar as ações da Estratégia Saúde da Família (ESF) de acordo com as demandas identificadas pelas equipes (BRASIL, 2011). O processo de trabalho da equipe de saúde da família e do NASF prevê a coordenação e integração entre as equipes. seus membros, uma vez que os profissionais do núcleo assumem responsabilidade com a população e a equipe de saúde da família (BRASIL, 2009).

Ressalta-se que conforme a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a equipe do NASF pode ser composta por profissionais de diversas categorias, como assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos e fisioterapeutas, entre outros. A definição da composição das equipes é de responsabilidade da administração municipal e deve basear-se em demandas derivadas de dados epidemiológicos, necessidades locais e equipes a serem apoiadas (BRASIL, 2011).

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o objetivo maior deste estudo, ficou evidenciado que o TDAH é um transtorno que perpetua por gerações, não atinge somente crianças

e adolescentes, não tem cura mas tem tratamento. Ao analisar a literatura, as habilidades de aprendizagem, pensamento e resolução de problemas dessas pessoas podem variar, sendo que algumas precisam de muita ajuda em suas vidas diárias; outros precisam de menos.

São indivíduos que vão cruzar nossos caminhos como profissionais de mediação. Portanto, é necessário enfatizar um modelo social de incapacidade para descrever os desafios que indivíduos com TDAH encontram em contextos de cuidados de saúde, afinal parte da deficiência é uma função de como os ambientes não são adequados para eles, e não podemos fazer as acomodações certas. É primordial que o mediador assuma um papel de relevância no auxílio do alunado junto com os demais profissionais e o responsável, pois ele vai auxiliar com o objetivo de amenizar os conflitos e dificuldades do discente para obter um resultado favorável na vida cognitiva, social, intelectual buscando a melhor didática e proporcionando resolver o conflito ou dificuldade existente na aprendizagem.

Além disso, é importante que os pacientes com TDAH sejam acompanhados regularmente para verificar seus sintomas e comorbidades. Para atingir os objetivos do tratamento, o papel da educação do paciente não pode ser suficientemente enfatizado. Para as crianças que sofrem de TDAH, os pais devem ser formalmente instruídos sobre o transtorno para que compreendam o conceito por trás do diagnóstico. O tratamento medicamentoso só pode ser otimizado se houver interação contínua entre o cuidador principal e a família.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, André Luiz Monézi; JÚNIOR, Alfredo Lohr. Questões atuais acerca do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Psicologia Argumento**, v. 25, n. 48, p. 73-83, 2017.

ANDRADE, Elisa Meireles. **Qualidade de vida de crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (tdah) e seus principais cuidadores**. 2016.

BACKES, Dirce Stein et al. Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. **Disciplinarum Scientia Saúde**, v. 15, n. 2, p. 277-289, 2016.

BARBOSA, Erika Guerrieri et al. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em movimento**, v. 23, n. 2, 2017.

BERTOLDO, Lao Tse Maria; FEIJÓ, Luan Paris; DA CRUZ BENETTI, Silvia Pereira. Intervenções para o TDAH infanto-juvenil que incluem pais como parte do tratamento. **Psicologia Revista**, v. 27, n. 2, p. 427-452, 2018.

BOLFER, Cristiana Pacheco Martini. **Avaliação neuropsicológica das funções executivas e da atenção em crianças com transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CASTELLANOS, F. X.; ACOSTA, M. T. Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. **Revista de neurología**, v. 38, n. 1, p. 131-136, 2004.

COSTA, Rosemary Pereira. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**, v. 5, n. 8, p. 107-124, 2007.

COUTO, Taciana Souza; MELO-JUNIOR, Mario Ribeiro; GOMES, Cláudia Roberta Araújo. Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão. **Ciências & Cognição**, v. 15, n. 1, p. pp. 241-251, 2010.

DURSTON, Sarah. Uma revisão das bases biológicas do TDAH: o que aprendemos com os estudos de imagem?. **Retardo mental e incapacidades desenvolvimentais, revisões de pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 184-195, 2003.

FARAONE, Stephen V.; BIEDERMAN, Joseph; MICK, Eric. O declínio dependente da idade do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: uma meta-análise de estudos de acompanhamento. **Medicina psicológica**, v. 36, n. 2, p. 159-165, 2006.

FERNANDES, Cleonice Terezinha; MARCONDES, Jeisa Fernandes. TDAH: Transtorno, Causa, Efeito e Circunstância. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, v. 18, n. 1, p. 48-52, 2017.

FERREIRA, Samuel Santos; DA SILVA SANTOS, Tatiane; RIBEIRO, Patrícia Damasceno. Aspectos terapêuticos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade–TDAH. **LINKSCIENCEPLACE- Interdisciplinary Scientific Journal**, v. 4, n. 5, 2018.

GELBCKE, Francine Lima Lima; MATOS, Eliane Matos; SALLUM, Nádia Chiodelli. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. 31-39, 2012.

GONÇALVES, Ana Carla Rodrigues; SILVA, Maria Cláudia da. **Avaliação do perfil alimentar de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)**. 2018.

MARQUES, Daniela Melo. **Análise neuroquímica e morfométrica de culturas de neurônios corticais do modelo murino do TDAH**. 2018.

MELO, Jacyara Faria des; FERMOSELI, André Fernando de Oliveira. Tdah e insônia: aspectos neurofisiológicos e possíveis relações. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 4, n. 1, p. 169, 2017.

MOURA, RH; LUZIO, CA. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Interface (Botucatu)**. 2014;18(1):973-86.

MUSZKAT, Mauro; MIRANDA, Monica Carolina; RIZZUTTI, Sueli. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**. Cortez Editora, 2017.

NARDI, Antonio Egidio; QUEVEDO, João; DA SILVA, Antônio Geraldo. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Teoria e clínica**. Artmed Editora, 2015.

NUNES, Marina Freire; WOVST, Luciana Rodrigues; NETO, Sebastião Benício da Costa. Trabalho em equipe: percepção interprofissional de uma clínica pediátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 72-84, 2014.

OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de; DIAS, Ana Cristina Garcia. Repercussões do Transtorno de Déficit

de Atenção/Hiperatividade (TDAH) na experiência universitária. **Psicologia: ciência e profissão**. Vol. 35, n. 2 (abr./jun. 2015), p. 613-629., 2015.

PAIANO, Ronê et al. Programas de intervenção para alunos com tdah no contexto escolar: uma revisão sistemática de literatura. **Revista Educação Especial**, v. 32, p. 21-1-20, 2019.

PUEYO, R. et al. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Asimetrías cerebrales observadas en resonancia magnética. **Rev Neurol**, v. 30, n. 10, p. 920-925, 2000.

PYLRO, Simone Chabudee; ROSSETTI, Claudia Broetto. Avaliação de indícios de TDAH por meio de três escalas. **Psicologia Argumento**, v. 32, 2017.

RODILLO, B. Eliana. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. **Revista Médica Clínica Las Condes**, v. 26, n. 1, p. 52-59, 2015.

RODRÍGUEZ, Celestino et al. Nuevas técnicas de evaluación en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). **European journal of education and psychology**, v. 4, n. 1, 2015.

ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; DOS SANTOS RIESGO, Rudimar. **Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Artmed Editora, 2015.

SCHMITZ, Marcelo; POLANCZYK, Guilherme Vanoni; ROHDE, Luis Augusto Paim. TDAH: remissão na adolescência e preditores de persistência em adultos. **Jornal brasileiro de psiquiatria**. Rio de Janeiro. Vol. 56, supl 1 (2007), p. 25-29, 2007.

SENO, Marília Piazzzi. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): o que os educadores sabem?. **Revista psicopedagogia**, v. 27, n. 84, p. 334-343, 2010.

SOUZA, Isabella GS et al. Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. **J. bras. psiquiatr**, v. 56, n. supl 1, p. 14-18, 2007.

VALENÇA, Alexandre Martins; NARDI, Antônio Egídio. Histórico do diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Teoria e Clínica Porto Alegre: Artmed**, p. 19-22, 2015.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acadêmicos 126, 128, 130, 134, 135, 136
ADHD 147
Adoecimento 23, 26, 45, 47, 55, 56, 57, 91, 124, 144
APAE 161, 162, 165
Assédio moral 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais 161, 165

C

Comportamento alimentar 69, 70, 71, 72, 73, 74
Comunicação em saúde 2

D

Déficit de atenção 106, 147, 148, 158, 159, 160
Depressão 5, 11, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 39, 47, 49, 60, 62, 63, 65, 72, 96, 99, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 152
Doença de Parkinson 59, 61, 67
Doenças cardiovasculares 33
Dupla tarefa 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68

E

Enfermagem 1, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 53, 58, 82, 83, 85, 93, 94, 125, 126, 128, 131, 134, 135, 136, 137, 145, 146
Envelhecimento 29, 69, 70, 71, 73, 74, 97, 115
Estado nutricional 69, 72, 73, 74
Estresse 15, 17, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 37, 101, 103, 104, 106, 107, 108, 110, 127, 128, 134, 136
Estresse laboral 15, 17, 20, 22

F

Família 1, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 15, 23, 24, 43, 48, 54, 55, 56, 57, 58, 83, 84, 90, 91, 92, 95, 96, 98, 123, 124, 139, 141, 142, 145, 147, 154, 155, 157, 158, 159

H

Hiperatividade 106, 147, 148, 149, 154, 158, 159, 160
Humanização 49, 53

I

Ideação suicida 4, 5, 6, 12, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 143, 146
Idosos 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 65, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 96, 99, 116, 120, 145

Interação medicamentosa 28, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42

L

Luto 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 139, 142, 143, 144, 145, 146

M

Marcha 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 115, 116, 117, 118, 119

Más notícias 1, 2

Microcefalia 75, 76, 77, 81

Motor grosseiro 162, 165

Musicalidade 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81

Musicoterapia 75, 76, 77, 78, 81

N

Neonatal 1, 2

Neonatologia 2

O

Óbito 8

P

Paralisia cerebral 121, 161, 162, 163, 165, 167, 168, 169

Pediasuit 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 169

Pediatria 162, 169

Psicoativo 28, 30, 34

Psicobióticos 105, 106, 107, 109, 110

Psicoterapia 70, 99, 148, 155

Psicotrópicos 28, 30, 32, 33, 34, 38, 41, 42, 43, 96, 99

R

Reabilitação 55, 58, 65, 72, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 161, 162, 163, 164, 165

Realidade virtual 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121

Risco laboral 45, 47

S

Saúde da família 43, 56, 57, 95, 96, 98, 123, 124, 157, 158, 159

Saúde mental 19, 22, 25, 27, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 84, 93, 95, 96, 97, 100, 101, 105, 109, 110, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 136, 145, 146, 157

Sobreviventes 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 115, 119, 139, 140, 144, 145, 146, 149

Suicídio 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146

T

Terapia nutricional 70

Transtorno de conduta 149

Transtorno desafiador de oposição 149

Transtorno mental 21, 23, 53, 54, 56, 58

U

Universidade 4, 13, 14, 15, 19, 26, 28, 30, 43, 45, 51, 52, 59, 67, 68, 69, 76, 82, 94, 95, 98, 101, 105, 122, 136, 138, 146, 147, 158, 161, 170, 171

 **Atena**
Editora

2 0 2 0