



Psicologia em Estudo

ISSN: 1413-7372

revpsi@uem.br

Universidade Estadual de Maringá  
Brasil

Gonçalves Carneiro da Silva, Caroline; Aparecida Serralha, Conceição; Silveira Laranjo, Ana Cristina  
ANÁLISE DA DEMANDA E IMPLICAÇÃO DOS PAIS NO TRATAMENTO INFANTIL

Psicologia em Estudo, vol. 18, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 281-291

Universidade Estadual de Maringá

Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287128992009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## ANÁLISE DA DEMANDA E IMPLICAÇÃO DOS PAIS NO TRATAMENTO INFANTIL

Caroline Gonçalves Carneiro da Silva<sup>1</sup>

Conceição Aparecida Serralha

Ana Cristina Silveira Laranjo

*Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil.*

**RESUMO.** O trabalho em equipe da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) visa ao atendimento integral do indivíduo. Na área da criança, a maioria dos casos acolhidos por uma equipe de RIMS evidenciou queixas relacionadas à hipótese diagnóstica de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e dificuldades de aprendizagem. Este artigo objetivou relatar os resultados de uma pesquisa qualitativa que visou compreender, sob a ótica da Psicologia, as demandas presentes no atendimento de cinco crianças de idade entre seis e oito anos com as características citadas. Para tanto, foram revistos os prontuários e as anotações da equipe e realizadas entrevistas com os cuidadores. Observaram-se demandas que suplantavam a queixa inicial, relacionadas aos aspectos da história de vida da criança e dificuldades pessoais dos cuidadores. Houve influência dessas dificuldades, dos padrões sociais de tratamento e da medicalização nos resultados das intervenções.

**Palavras-chave:** Transtorno da falta de atenção com hiperatividade; sintomas; relações familiares.

## ANALYSIS OF DEMAND AND PARENT INVOLVEMENT IN CHILDREN'S TREATMENT

**ABSTRACT.** The work of the Multiprofessional Integrated Residency in Health (RIMS) team is aimed at the comprehensive care of the individual. In the children's area, most cases received by a team of RIMS reveals complains related to the diagnosis of Attention Deficit Disorder and Hyperactivity Disorder (ADHD) and learning disabilities. This article looks to report the results of a qualitative research aimed to understand, from a Psychological perspective, the present demands on the treatment of five children between six and eight years old with these diagnoses. To accomplish this, we reviewed the medical records, interview's notes from staff and carers. We observed demands that outweigh the initial complaint related to aspects of the history of children's lives and personal problems of caregivers. There was influence of these difficulties, social standards of treatment and the medicalization in the interventions results.

**Keywords:** Attention deficit disorder with hyperactivity; symptoms; family relations.

## ANÁLISIS DE LA DEMANDA Y LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EM EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS

**RESUMEN.** El trabajo en equipo multiprofesional integrado en la Residencia en Salud (RIMS) está dirigido a la atención integral de la persona. En el área de los niños, la mayoría de los casos recibidos por un equipo del RIMS quejas reveló el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y problemas de aprendizaje. Este artículo pretende informar sobre los resultados de una investigación cualitativa dirigida a comprender la perspectiva de la psicología, las demandas actuales en el cuidado de cinco niños entre seis y ocho años con estos diagnósticos. Para ello, se revisaron los registros médicos notas, de entrevistas con el personal y los cuidadores. Demanda observada a entender que superan la denuncia inicial, en relación con los aspectos de la historia de la vida de los niños y los problemas personales de los cuidadores. Hubo influencia de estas dificultades, las normas sociales de tratamiento y resultados en la medicalización de las intervenciones.

**Palabras-clave:** Trastorno por deficit de atención con hiperactividad; síntomas; relaciones familiares.

---

<sup>1</sup> *Endereço para correspondência:* Av. Capitão Borges, 620 ap. 3 – CEP 38190-000. Sacramento-MG, Brasil. *E-mail:* carol\_gcs@yahoo.com.br.

A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), criada como modalidade de pós-graduação *lato sensu* e pautada pela educação em serviço, objetiva capacitar os profissionais para atuação em todos os níveis de atenção à saúde. Na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) esse programa, iniciado em março de 2010, foi dividido por três áreas de concentração – saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso –, cada uma delas constituída por um residente das profissões de enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Foi desenvolvido sob a orientação profissional dos tutores docentes desses cursos, além da preceptoria de profissionais presentes nos locais de atuação da equipe em atenção secundária e terciária (UFTM, 2009). Ultimamente foram incluídos mais dois cursos – Biomedicina e Educação Física - e os preceptores das unidades de atenção primária.

Bruscatto, Kitayama, Fregonese e David (2004) afirmam que o psicólogo inserido na equipe multiprofissional sempre deve buscar, junto aos outros profissionais, uma visão integral do paciente a partir da conexão entre os diversos saberes, além de contribuir para o direcionamento do olhar da equipe para a subjetividade e individualidade de cada sujeito.

A equipe da área da saúde da criança e do adolescente atuou em seu primeiro ano nos seguintes locais: Unidade de Internação Pediátrica (UIP), Pronto-Socorro Infantil (PSI) e Ambulatório de Pediatria (AP) do Hospital de Clínica (HC) da UFTM, com avaliações e intervenções individuais e em equipe, construção e realização de projetos e discussões de caso. No espaço do AP, entre os vários casos recebidos para acolhimento pela equipe multiprofissional, destacaram-se na fala dos pais algumas queixas referentes às dificuldades de aprendizagem, comportamento, sono, alimentação e controle dos esfíncteres. Quanto aos diagnósticos, além da diabetes *Mellitus* I, foi comum os pais dizerem que os filhos tinham hipótese diagnóstica do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Geralmente, esses casos chegavam encaminhados pelas escolas, neurologistas, pediatras, endocrinologistas ou outros profissionais.

Em relação ao TDAH, o DSM-IV-TR<sup>TM</sup> (2002) identifica três subtipos, em que podem estar combinadas ou não a falta de atenção, a agitação, a hiperatividade e a impulsividade. De acordo com

este manual, pode haver somente hiperatividade e impulsividade, fazendo com que as crianças que as apresentam sejam conhecidas popularmente como “as crianças que não param quietas”. Da mesma forma, a dificuldade de focar atenção pode estar presente sem necessariamente a criança ser agitada e impulsiva. Há, ainda, os casos em que estão presentes todas essas características, somadas à dificuldade de concentração – que pode estar presente desde os primeiros anos de vida – e à ocorrência de erros em suas tarefas devido a desatenção, esquecimento de informações, compromissos, datas, tarefas e lugares onde colocaram suas coisas, além de dificuldades em seguir regras, normas e instruções que lhes são dadas (DSM-IV-TR<sup>TM</sup>, 2002; Marcelli & Cohen, 2010).

A dificuldade de confirmação do diagnóstico de TDAH se deve a vários fatores. É necessário, por exemplo, considerar a presença de seis ou mais desses sintomas por pelo menos seis meses, dificultando o desenvolvimento adequado e adaptativo da criança. Marcelli e Cohen (2010) afirmam que é necessário relacionar a personalidade da criança com o ambiente particular em que ela vive, com seu contexto parental, fraternal, escolar, religioso, entre outros, e avaliar se o sintoma permite a continuidade do desenvolvimento maturativo ou se reaparece com novos sintomas. Além disso, esses autores acreditam que o diagnóstico deve se fundamentar em vários elementos clínicos, obtidos com os pais, a criança e as pessoas com as quais esta se relaciona - como professores e colegas -, e ainda no estudo dos aspectos neurológico, cognitivo, neuropsicológico e outros. Rohde e Halpern (2004) citados por Carreiro et al. (2008) ainda afirmam que os mesmos sintomas de hiperatividade, impulsividade e desatenção podem ocorrer isoladamente e estar ligados a problemas no relacionamento com pais, colegas, amigos, ou ainda a uma não adaptação às normas educacionais.

Uma das principais comorbidades do TDAH é o transtorno de aprendizagem, que se refere às dificuldades apresentadas por crianças e adolescentes em adquirir habilidade em leitura, escrita, fala e raciocínio, quando comparados a indivíduos da mesma idade e condição intelectual. Esse transtorno é dividido em quatro categorias: transtorno da leitura, da matemática, da expressão escrita e da aprendizagem, sem outra especificação, havendo, de modo geral, prejuízo no

desempenho escolar e nas atividades cotidianas (DSM-IV-TR<sup>TM</sup>, 2002).

Os casos atendidos pela RIMS, como referido anteriormente, trouxeram como queixa prevalente a hipótese diagnóstica de TDAH, com as crianças e adolescentes apresentando uma inadequação aos padrões esperados de comportamento. Eram crianças agitadas, inquietas, desatentas e com problemas na aprendizagem e na convivência familiar. Em sua maioria, essas crianças se encontravam no início da alfabetização, com maior necessidade de acompanhamento, e estavam inseridas em contextos familiares e sociais com escassez de estímulos adequados, pois a maioria dos cuidadores também apresentava dificuldades e necessitava de acolhimento e orientações. Em razão disso, foram criados dois grupos de educação em saúde, um para as crianças e um para os seus cuidadores. Os encontros ocorriam em salas separadas e neles se aplicavam metodologias diferentes, porém simultâneas, objetivando trabalhar aspectos motivacionais, nutricionais, educacionais, habilidades de relacionamento interpessoal, direitos, deveres e empoderamento das famílias.

A equipe, facilitada pelo profissional psicólogo, esteve atenta, tanto nos acolhimentos como nos atendimentos, aos aspectos que ultrapassaram a queixa trazida, observando as demandas presentes da criança e da família. Segundo Lacan (1982), demanda se refere à necessidade de satisfazer um desejo insaciável; um apelo para obter algo de alguém, mais especificamente um pedido por reconhecimento e por amor (citado por Fernandes, 2004; Sigal, 2002; Vanni & Maggi, 2005).

Sigal (2002) relata que, ao trabalhar com a criança, o profissional se depara inicialmente com a demanda dos pais – a necessidade que estes reconhecem em seus filhos, mas que passa pelos seus próprios desejos e sua história de vida. Desse modo, escutar os pais atentamente e inseri-los no processo de tratamento a ser feito significa reconhecer que a própria história pessoal e coletiva destes como filhos interfere nas demandas atribuídas aos seus próprios filhos. Assim, é imprescindível diferenciar a demanda dos pais da demanda da criança expressa em seus sintomas, que estão relacionados ao modo como essa criança foi constituída como sujeito – indivíduo que possui desejos, sua própria forma de pensar e suas próprias opiniões.

Para Salinas e Santos (2002), é importante o profissional levantar alguns questionamentos ao

escutar os cuidadores, por exemplo: de que forma um atendimento poderia ajudar essa criança; qual é a verdadeira demanda e se esta é realmente da criança ou do próprio cuidador; e se a demanda é de escuta somente ou de tratamento. Ao escutá-los, esse profissional deve ir além da obtenção de informações para a realização de encaminhamentos, oferecendo um espaço para ponderar junto com eles as possibilidades de intervenções na rede pública de saúde e mostrando-se como um elo entre ambos, além de implicá-los de alguma forma em seu atendimento e sofrimento.

Assim, este artigo tem como objetivo apresentar a compreensão obtida sobre as demandas de alguns casos acolhidos no ambulatório de pediatria, com hipótese de TDAH e dificuldades de aprendizagem.

## MÉTODO

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da UFTM, seguindo as normas éticas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos. Em um primeiro momento foi feito o levantamento dos casos acolhidos pela equipe multiprofissional da RIMS com queixa de hipótese de TDAH e sua principal comorbidade: as dificuldades de aprendizagem. Essa queixa foi escolhida por sua predominância, porém a pesquisa não buscou generalizar os seus resultados a todos aqueles que abarquem as características observadas nos participantes.

Para participar da pesquisa, além dos critérios de serem casos acolhidos pela RIMS e com hipótese diagnóstica de TDAH e sua comorbidade, foram utilizados mais três critérios de inclusão: a criança estar entre seis e oito anos (característica predominante dos casos acolhidos), ter sido convidada a participar do grupo de educação em saúde e residir no município onde se realizou a pesquisa. A partir dessa lista, em que os nomes das crianças foram incluídos à medida que obedeciam aos critérios estabelecidos, os cinco primeiros casos contatados que compareceram à entrevista foram os casos selecionados.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) iniciou-se a coleta de dados. Para a análise das demandas procedeu-se a uma pesquisa em fontes documentais (no prontuário da criança e no diário de campo da pesquisadora, que participou do acolhimento e dos

atendimentos individuais e em grupo) e a entrevistas com os cuidadores, orientadas por um roteiro semiestruturado.

Minayo e Sanches (1993) afirmam que para cada objeto de estudo é importante pensar qual a metodologia que pode proporcionar a melhor compreensão do caso, ou seja, de determinada realidade. Assim, para a análise desta pesquisa foi escolhida uma metodologia qualitativa, que, de acordo com esses autores, possibilita uma análise do discurso cotidiano em seu conteúdo aparente e oculto.

As entrevistas ocorreram no AP ou na unidade básica de saúde (UBS) da área de residência das famílias e foram gravadas e transcritas para serem analisadas qualitativamente, segundo a Análise do Discurso. Essa técnica permite “ultrapassar os aspectos formais da linguística, privilegiando a função e o processo da língua no contexto interativo e social em que é prolatada, considerando a linguagem, em última análise, como uma prática social” (Chizzotti, 2006, p. 113-114). Em pesquisa, o discurso significa um conjunto de opiniões e conhecimentos que são expressos por meio de um texto, ou verbalmente, porém ele vai além das palavras ou expressões. O discurso aponta quem é o sujeito no mundo, seu modo de pensar, ser e interagir socialmente em um determinado contexto sócio-histórico e cultural.

Como neste estudo objetivou-se compreender as demandas presentes nos casos acolhidos, tornou-se necessário um olhar para cada caso em sua singularidade, atentando-se para os significados presentes. Para Orlandi (2007), a compreensão, além de interpretar e detectar um determinado sentido, deve permitir saber o processo pelo qual o indivíduo significa uma situação, todos os possíveis sentidos atribuídos a esta e como estes se formam. Dessa maneira, após várias leituras do conteúdo transcrito, foram recortados da entrevista os trechos significantes do discurso do entrevistado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os casos que participaram deste estudo foram primeiro analisados separadamente, e posteriormente foi realizada uma discussão geral. Os participantes foram identificados no texto por meio de nomes fictícios.

**Caso 1: Pedro (7anos)** – Este chegou ao AP acompanhado pela mãe e encaminhado à RIMS pela neurologista da rede. Durante o acolhimento a

mãe relatou que Pedro era uma criança agressiva, às vezes impulsiva, e não era alfabetizada. Descreveu seu filho como uma criança agitada, inquieta, que chorava muito e era tímida. Morava com a avó, que era diarista e pensionista, e a mãe, que trabalhava como babá. Fazia uso de Risperidona. Teve anoxia quando nasceu. De acordo com a mãe, isso ocorreu em razão de ela se encontrar na 41ª semana e os médicos terem tentado parto normal. Pedro andou e falou aos dois anos e meio de idade.

A criança manteve contato com o pai até os dois anos e recebe pensão deste, estipulada judicialmente. Quando estava com cinco anos fez tratamento fonoaudiológico durante seis meses. Entrou na escola em 2010 e se manteve nesta somente um mês, em razão de ter apanhado dos colegas. “As pessoas falavam que ele não era normal”, que “ele era doido.” A mãe relatou que não concordava com isso, porém percebia que “ele tinha algum problema”, e que “a médica disse ter recurso.”

Na ocasião do acolhimento Pedro foi encaminhado para atendimento com a terapeuta ocupacional, que trabalhou aspectos psicomotores, limites, regras e atividades de vida diária. Também sua mãe foi atendida algumas vezes pela psicóloga, a fim de auxiliar em algumas mudanças na relação com o filho que foram percebidas como necessárias para o melhor desenvolvimento deste.

Após um período de desistência dos atendimentos, mãe e filho foram convidados a participar do grupo de crianças e pais no AP, realizado pela RIMS. Nos poucos encontros em que estiveram presentes, mãe e filho participaram tanto de atividades interativas entre pais e filhos quanto de atividades dirigidas a cada grupo, em que foram trabalhados aspectos relativos à educação dos filhos no grupo de pais e atividades de educação em saúde por meio do brincar com as crianças; entretanto, novamente não houve adesão da família durante todo o tempo previsto no projeto de intervenção.

Assim, no caso de Pedro, detectou-se tanto a queixa inicial – de atraso na aprendizagem e no desenvolvimento psicomotor e de dificuldades em estabelecer relacionamentos interpessoais – quanto a demanda, no discurso da mãe, de ajuda em relação à dificuldade de aceitação e à culpabilização relacionadas às características do filho; uma demanda de ajuda sobre como criá-lo e em relação ao estigma carregado por ele, que estava na base da demanda deste por cuidado e

atenção. Estes aspectos puderam ser evidenciados ao longo dos atendimentos da terapeuta ocupacional à criança e também no discurso materno atual, possibilitado pela entrevista: *“Eu não gostava de ouvir que meu filho não era normal”; “porque eu não tava dando conta de lidar com ele”; “porque eu sou agitada. Por isso até que eu acho que ele é assim.”* Desse modo, a culpabilização estava ligada aos aspectos considerados pela mãe como de sua própria personalidade: *“As pessoas diziam que eu deixava ele fazer tudo o que queria ... eu até manhava mesmo...”; “Eu não tinha paciência para esperar ele fazer sozinho [comer, colocar a roupa].”*

As mudanças que ocorreram após o acompanhamento da família pela equipe da RIMS puderam ser percebidas pela mãe como efeitos das intervenções não somente em Pedro, mas também nela própria: *“Na fala e convivência com as pessoas, na agitação também melhorou bastante ... melhorou muito mesmo”; “depois que eu comecei a trabalhar com ele com vocês [com a equipe RIMS], aprendendo a lidar com ele”.*

Assim, aproximadamente um ano após o dia do acolhimento do filho, sua mãe relatou mudanças pessoais em relação aos sintomas e características do filho, como, por exemplo, maior aceitação, o que demonstrava uma implicação diferente, uma vez que reconhecia a sua participação nestes não mais de maneira culposa, mas de forma útil para o desenvolvimento do filho: *“Mas hoje não, é só falar um pouco mais sério com ele ... olhar nos olhos, que ele obedece, eu nem preciso bater nele; ... ele precisa dessa escola (Instituição especializada em alfabetização de crianças especiais) pra aprender.”*

Após a entrevista da pesquisa, a criança foi encaminhada para uma avaliação com a fisioterapeuta da RIMS, uma vez que foi relatada pela mãe a necessidade de Pedro fazer fisioterapia: *“... a única dificuldade que ele tem é nas mãos ... abrir porta, fechar porta ... escreve devagar.”* A criança frequentou alguns atendimentos e houve novamente desistência do tratamento. Verificou-se uma repetição desse comportamento e, pelo que foi observado, entende-se que sempre que ocorria uma melhora nas dificuldades da criança e acolhimento das angústias da mãe, ocorria também a interrupção do acompanhamento.

**Caso 2: Beatriz (sete anos)** – Esta compareceu ao AP acompanhada dos pais e do irmão mais novo, porém somente a mãe permaneceu na sala para o acolhimento. Morava

com o pai, a mãe, uma irmã de quinze anos e um irmão de sete meses. A mãe relatou que a filha tinha dificuldades de se concentrar (exceto quando via o desenho Pica-Pau) e aceitar situações que não fossem do jeito dela. Ao passar pela avaliação da neurologista, esta disse que *“... a eletricidade da Beatriz era normal.”* Sobre a história da criança, a mãe relatou que sempre passou mal nas gestações. Soube que estava grávida aos quatro meses de gestação e referiu que Beatriz nascera de parto normal aos nove meses. *“Andou com 10 meses e ... já pedia as coisas.”* - porém não conseguia dormir na creche e quando saiu de lá fazia xixi na cama todos os dias.

Com relação à escola, Beatriz conversava muito durante a aula e não levava tarefa para casa, pois nem a copiava. Brincava com a irmã mais velha e tinha paciência com o irmão mais novo. Gostava de brincar de mamãe e filhinha. Na ocasião do acolhimento foi encaminhada para atendimento em psicologia e terapia ocupacional na própria RIMS. Aguardou na fila de espera para ser chamada e a família foi convidada a participar do grupo de crianças e pais, no AP.

Com relação à queixa inicial, alguns aspectos se mantiveram e outros se modificaram, no intervalo de um ano entre o acolhimento e a entrevista realizada. De acordo com a cuidadora, Beatriz continuava com dificuldade de focar a atenção: *“A professora queixa muito dela... escrever pela metade ... A professora acaba de explicar pra ela daí a pouco ela não sabe ... porque ela não presta atenção.”*

Não obstante, a mãe de Beatriz ressaltou várias mudanças na filha neste período, e os sentidos atribuídos a essas mudanças estiveram relacionados tanto à troca de escola como às mudanças realizadas por ela. A mãe salientou o fato de a filha haver passado a mostrar mais interesse pela leitura e pelos estudos e de ter diminuído a agressividade como transformações que ocorreram após a criança ter mudado de escola. *“[A nova escola] é muito melhor que a outra. ... a disciplina nessa escola é muito severa. Se a Beatriz não termina de copiar a lição antes do recreio, ela não sai.”*

Esta mudança aconteceu no começo do ano, após a participação nos grupos, em que a mãe se mostrou crítica com relação à escola da filha e evidenciou vontade de trocá-la de escola, mas estava insegura. Entende-se que as discussões no grupo podem ter influenciado a decisão da mãe de Beatriz, já que, entre os temas conversados, esteve

a participação dos pais na educação dos filhos e o papel da escola, questionando-se também a qualidade do ensino. De acordo com Guzzo (2007), é notória a falta de incentivo à participação dos pais no âmbito escolar por parte do ensino público e até mesmo do particular, ocasionando a falta de informações dos pais sobre as atividades realizadas na escola.

Outra modificação realizada pela família referiu-se às próprias atitudes da mãe para com a filha, percebida na seguinte fala da mãe: “[fim de semana] *é o dia que ela tem pra focar o que foi dado a semana inteira.... é o dia que eu tenho pra ficar com ela.*” Assim, foi percebido que, após a participação dos pais de Beatriz no grupo, houve alterações na rotina e no relacionamento familiar, especialmente entre mãe e filha.

Apesar, porém, dessas alterações relatadas, a mãe evidenciou ambiguidade em relação à melhora da filha e de sua atitude para com ela (mãe), mostrando dúvidas quanto à forma de proceder e desconfiança quanto à sua capacidade de dar à filha a ajuda de que esta necessitava: “*Se você ficar ali, mesmo ficando sentada do lado dela, igual tá aqui assim, ela dispersa; eu penso assim que eu tenho que arrumar uma pessoa que ela fica longe de mim.*”

Notou-se que os sintomas de Beatriz estiveram interligados, em vários aspectos, às relações intrafamiliares, especialmente entre mãe e filha, e às questões ambientais da escola anterior, que influenciaram negativamente seu comportamento. Havia uma demanda de escuta e cuidado dessas relações, com mãe e filha necessitando de uma demarcação externa de seus papéis, percebida no acolhimento e nos grupos que participaram. A mãe foi em busca de auxílio para uma forma de educação da filha que a respeitasse como sujeito que deseja. Já Beatriz necessitava de alguém que exercesse a função de quem cuida, mas também interdita - no caso, a mãe, a escola e até mesmo o grupo terapêutico do qual fez parte.

**Caso 3: Leandro (seis anos)** - Este foi acolhido no AP acompanhado pela avó e encaminhado pela neurologista com diagnóstico de TDAH. A avó relatou que a criança morava com a bisavó, a mãe e seus irmãos mais novos. Disse que Leandro sofria com o fato de as outras crianças o chamarem “*de burro*”, em razão de apresentar dificuldades para ler e escrever, além de não se alimentar adequadamente.

Na ocasião foi encaminhado para a lista de espera de atendimento com a terapeuta ocupacional, a nutricionista e a psicóloga, e ainda para o atendimento psicopedagógico em uma instituição especializada. Quando foi chamado, sua avó disse que não havia mais necessidade, pois a criança já havia melhorado com o encaminhamento feito à psicopedagoga. Ainda assim, foram convidados a participar do grupo de crianças e do de pais no AP, já que estes poderiam beneficiar Leandro em outros aspectos, como, por exemplo, a autoestima e o relacionamento com a avó, percebendo-se já neste momento a importância da relação entre eles.

Leandro foi a única criança participante do grupo cujo cuidador principal foi a avó materna. Apesar de morar na casa da mãe e da bisavó, a avó sempre compareceu quando solicitada e se posicionou como pessoa implicada no desenvolvimento do neto. Os sintomas de Leandro se modificaram significativamente ao longo desse período entre o acolhimento e a entrevista, especialmente no tocante à constância de seu acompanhamento na instituição para a qual foi encaminhado.

A avó referiu melhora na aprendizagem da criança em relação a como ela estava antes: “*Quando ele foi pra lá [acolhimento multiprofissional] ele não sabia nada. Ele não sabia nem escrever o nome*”; “*escrevia uma letra em cima da outra*”. Na entrevista, queixou-se de um “excesso de nervosismo” e inquietação em Leandro, dizendo que até ele mesmo pedia o remédio prescrito pela neurologista: “*Vó! Hoje eu tô muito nervoso, me dá o remedinho, me dá o remedinho [ritalina].*”

Na análise deste caso, destacaram-se demandas no discurso da avó que ultrapassavam as dificuldades principais da criança referentes à necessidade de um acompanhamento educacional especializado. Nesse discurso observou-se como Leandro lidava com o estereótipo que lhe era atribuído tanto pelos colegas de escola como por seus familiares. O sentido trazido pela avó era de uma criança carente, que se importava em ser reconhecido pelas pessoas e sofria com a maneira como era tratada: “*Ah, vovó, aquele fulano gosta de mim mesmo, você viu o jeitão que ele me tratou?*”

A avó sugeriu que Leandro preferiria morar com ela, que o ajudava; os outros familiares somente o rotulavam como alguém que não conseguia aprender e que era difícil: “*E se eu não tivesse corrido atrás? O menino tava aí. Tavam*

*batendo no menino, porque o menino não conseguia aprender, que o menino é custoso.”*

O comportamento de Leandro se diferenciava conforme a pessoa com quem estivesse se relacionando. Segundo a avó, era com a bisavó que Leandro fazia “birra” e conseguia tudo o que queria: *“Eu não sei se é pra chamar atenção ... Lá na minha mãe [bisavó com quem Leandro mora], quando é pra fazer tarefa, ele começa a chorar, ele dá birra.”* A avó, porém, o tratava com paciência e estava implicada na educação dele: *“Calma, meu filho, não precisa afobar ... você pode ir devagar que vai do mesmo jeito.”* A avó dizia: *“Ele vai aprender, mas acho que vai ser assim... mais devagar, do jeito dele; ... não tem problema de quatro anos, dois anos naquela série, mas eu quero que ele saia de lá ... tenha aprendido, né?”* Além disso, segundo a avó, a criança tinha um bom relacionamento com o pai, mas ruim com a mãe: *“[com o pai] brincava, ia comer pizza ... você entendeu? Do pai dele ele conta, mas da mãe dele ele não tem nada pra contar”.*

Pôde-se notar que Leandro demandava um “lugar” no núcleo familiar diferente do que sua mãe podia proporcionar-lhe: um lugar de reconhecimento e valorização de si, mesmo com suas limitações, algo que sua avó aos poucos foi lhe possibilitando ao assumir a maternagem do neto.

Entendeu-se, ao final da entrevista, que a demanda da avó estaria relacionada a essa maternagem, quando ela relatou que, ao ver em seu neto a mesma dificuldade de seu filho quando este era pequeno, havia percebido uma chance de “fazer diferente” com Leandro, possibilitando novas oportunidades. Isso seria, assim, uma forma de reparar sua falha com o filho e minimizar sua própria culpa. Essa demanda de ambos somente pôde ficar clara após a entrevista da pesquisa, por isso não foi trabalhada nas intervenções após o acolhimento.

**Caso 4: Marcos (sete anos)** – Este foi acolhido no AP acompanhado de sua mãe e de sua irmã de cinco meses. Foi encaminhado pela neurologista, porém a mãe não soube explicar o motivo do encaminhamento nem a data em que realizou a consulta. A criança morava com o pai, a mãe, uma irmã de nove anos e uma de cinco meses. A principal queixa da mãe durante o acolhimento foi de que Marcos ficava emburrado e chorava quando *“chamavam a atenção dele.”*

Marcos, segundo a mãe, desenvolveu enurese e encoprese desde que sua professora o *“chamou*

*à atenção”*. Fazia uso de uma medicação para *“agitação e nervosismo”* cujo nome a mãe não soube dizer. A mãe queria que o filho participasse do reforço na escola e que não apresentasse dificuldades em se alimentar no ambiente escolar. Mãe e filho aparentavam ter problemas na dentição. Ela estudara até a 6ª série e trabalhava em casa. Marcos nascera de oito meses, após a mãe sofrer uma queda. Na ocasião do acolhimento a equipe da RIMS percebeu que a criança necessitava de atendimento com a psicóloga e a terapeuta ocupacional e de reforço na escola. Marcos também foi encaminhado para o grupo de crianças e pais no AP, porém não o frequentou até o término.

No dia da entrevista a mãe assim se referiu sobre o estado então atual de Marcos: *“Tá bem melhorzinho... mais calmo, assim... indo pro reforço, né?”*. Ela parecia não trazer uma demanda para tratamento das dificuldades do filho, e com isso, nenhuma implicação quanto à melhora de suas dificuldades, pois não as reconhecia. Referiu que o filho era muito agitado, porém não relatou isto como algo negativo: *“Mais agitado... Mais corre, viu!! Gosta de jogar bola, entendeu?”* Relatava quase com admiração.

Com relação à escola, a mãe não se referiu a problemas e entendia a questão da melhora ou não no rendimento escolar do filho como dependente exclusivamente da motivação dele: *“Gosta [da escola]. Todo dia tá querendo ir. Agora mesmo ele perguntou daquele reforço.”* Demonstrou, também, desconforto e contradição quando se falou sobre o acompanhamento do filho no grupo do AP, pois era o pai que o levava. Sentindo-se cobrada, tentou mostrar sua dedicação com a educação do filho, apesar de ter relatado que era a irmã mais velha quem o ajudava nas tarefas: *“Ele [o pai] falou que era pra eu ir [no grupo do AP], mas eu tinha a menininha pra cuidar. ... O pai dele trabalha, né? Eu que olho, entendeu? Eu que dou apoio pra ele, né? Em casa, entendeu?”*

Além disso, a mãe evidenciou um discurso ambivalente e contraditório sobre as características atuais do filho. Acredita-se que, até mesmo pela própria realidade sociocultural familiar e por um rebaixamento intelectual, a mãe não identificava ou compreendia as características ou sintomas de Marcos como demandas para atendimento. Quando se referiu à melhora de alguns sintomas do filho – como agitação, autoagressão, enurese e encoprese, insônia - a mãe a atribuiu aos medicamentos, deixando explícita a sua opinião



quanto aos benefícios do remédio; porém essa opinião não era unânime na família, uma vez que a avó e o pai mostravam visões diferentes. A avó observava na criança outras necessidades que não seriam tratadas somente com a medicação. *“Melhorou [com uso das medicações]. A avó dele achou que não, mas eu... Ela fala que não tá adiantando nada, que tem que mudar ele de escola. ... sabe aquele tipo da... [associação para deficientes físicos e mentais].”*

Neste caso, percebe-se algo similar ao que expõe Lima (2011) em relação à participação dos pais no tratamento dos filhos. Alguns pais aderem seguramente às definições médicas sobre as dificuldades de seus filhos, principalmente quando existe esperança de que uma medicação possa resolver os problemas que eles não conseguiram solucionar utilizando outros métodos. Serralha (2011) menciona que quando são utilizadas alternativas à medicação como, por exemplo, novas formas de se relacionar com a criança e outras modificações ambientais, percebe-se a dificuldade em manter as mudanças justamente por estas exigirem empenho, persistência e compreensão, que muitas vezes vão além das capacidades pessoais dos envolvidos, em função de suas histórias e contextos de vida. Migliavacca (2010) acrescenta que, ao abandonar ou mudar os recursos utilizados é preciso colocar algo no lugar, o que não é fácil, já que muitas vezes é necessário enfrentar dor, medo e angústia.

No caso de Marcos, a participação no grupo, por exemplo, foi abandonada posteriormente, uma vez que essa participação por si só não trazia mudanças. Como dito acima, mudanças dependem da disponibilidade e de recursos internos de seus participantes para se envolverem no tratamento e promovê-las. Mesmo para a presença no grupo, esses fatores, associados a outros de ordem socioeconômica e cultural, são determinantes, não tendo sido suficiente o cuidado da equipe de formar o grupo com famílias residentes no município sede do grupo para evitar as faltas e a desistência.

**Caso 5: Marcelo (sete anos)** - Este foi acolhido no AP pela RIMS, acompanhado por sua mãe e encaminhado pela neurologista. As queixas da mãe foram: *“Dificuldade de escrever, juntar as palavras”, “não consegue aprender, [tem a] cabecinha comprida como os outros da família”, “não para”, “tem muita vergonha”, “esconde o rosto”*. A criança morava com o padrasto e a mãe e esta trabalhava somente em casa. Quando Marcelo nasceu, ficou por duas horas no berçário e a mãe

não soube explicar o motivo. Ele falou com dois anos e andou com um ano e dois meses. A equipe os encaminhou para o grupo da RIMS, no AP, porém não compareceram.

Esta entrevista caracterizou-se por ser bastante rápida e sintética, confirmando a impressão, obtida com o não comparecimento ao grupo, de ausência de demanda para tratamento dos sintomas do filho. Ao relatar como Marcelo está atualmente, ela disse: *“Mais ou menos, assim... ele não tem muito interesse pros estudo”, “antes ele não sabia nada... hoje ele conhece as palavrinhas... Assim, não tá muito bom, não tá muito ruim.”* Sobre a consulta com a neurologista, a mãe disse: *“A doutora que pediu ... talvez conversando ele melhora. ... ela achou que era da cabeça ... Aí não deu nada não... receitou um remedinho pra ele ... só que aí agora ele parou de tomar.”* A mãe mostrou pouco interesse em se lembrar o que se conversou com a equipe no acolhimento multiprofissional: *“Orientou um pouco falando pra eu conversar com ele... muita coisa, né? mas eu não lembro...”*; *“Eu perdi lá a consulta [marcada pela RIMS], aí não voltei...”*

O discurso materno sugeriu vários sentidos sobre as relações no núcleo familiar. A relação deste com a mãe parecia ser de dependência, pois ela relatou que o filho ainda dormia em sua cama quando o padrasto viajava. Embora tenha dito que agora ele lhe estava obedecendo mais, evidenciou ainda pouca autoridade materna ao dizer: *“Converso com ele, mas ele é difícil, quer fazer tudo que ele quer.”*

Essa falta de envolvimento e até mesmo de conhecimento da mãe também abrangia o contexto escolar do filho, o que possibilita uma reflexão sobre os valores presentes nesta família, a comunicação entre seus membros e as significações. A mãe demonstra pouco interesse em saber qual atendimento seu filho está fazendo na escola e quais são suas dificuldades para “alcançar” os colegas, pois esta temática não parece ser algo valorizado e comunicado na família. *“Ele tá sendo atendido na escola pelo... acho que é psicólogo... Ah é esse outro aí [Quando citado o nome psicopedagogo]. Me mandaram uma folha explicando tudo ... que ele precisa de ajuda pra... alcançar os outros meninos.”*

Assim, entende-se que a demanda da mãe está menos relacionada aos problemas educacionais do filho e mais relacionada ao suprimento de outros aspectos considerados mais “importantes”, como poder trabalhar e melhorar a condição socioeconômica da família. Ao final da

entrevista, a mãe relaciona a dificuldade de aprendizagem do filho a alguns problemas respiratórios: *“Eu acho que um pouco também, que ele não aprendeu muito... é por causa do nariz.”*

## DISCUSSÃO GERAL

Em todos os casos aqui analisados notam-se aspectos que não estavam explícitos na queixa inicial relatada pela família, mas que, com a contribuição das entrevistas, ratificaram uma demanda de cuidado das relações familiares por parte tanto das crianças como dos pais. Em alguns casos, como de Pedro, Beatriz, Leandro, e até mesmo de Marcos, as intervenções da RIMS puderam atender de alguma maneira a essas demandas por meio da escuta e da tentativa de implicar os cuidadores na adesão aos atendimentos, encaminhamentos ou mudanças nas relações.

Evidenciou-se, em alguns casos, uma tendência atual de se restringir a análise dos sintomas de comportamento e de aprendizagem da criança a questões neurológicas e fisiológicas, culminando em um tratamento predominantemente farmacológico, mesmo havendo o encaminhamento das crianças para um atendimento multiprofissional. Todas as crianças que participaram desta pesquisa fazem ou fizeram uso de medicações, sendo esta a primeira medida de tratamento. Segundo Marcelli e Cohen (2010), a prescrição de medicamentos não deve ser a primeira alternativa usada em resposta à solicitação dos pais, professores e educadores.

Não obstante, os encaminhamentos realizados pelos neurologistas para avaliação da equipe multiprofissional, especialmente para alguma das profissões que a compõem – normalmente psicologia ou terapia ocupacional –, já evidenciam a utilização de novas condutas pela área médica que podem contribuir para o tratamento, demonstrando abertura para uma visão mais ampla dos problemas apresentados por essas crianças. De acordo com Carreiro et al. (2008), em relação ao diagnóstico de TDAH, psicólogos e psiquiatras são unânimes em entender a necessidade de acompanhamento e orientação por parte de uma equipe multiprofissional.

Juntamente com a hipótese diagnóstica ou o diagnóstico de TDAH, alguns participantes desta pesquisa apresentavam dificuldades de aprendizagem que repercutiram em suas relações sociais, levando-os a receber rótulos de

desatentos, inquietos, burros, entre outros. Isso vai ao encontro do que Moysés (2001) pôde constatar em uma de suas pesquisas. Segundo ela, para os professores, as causas de as crianças não aprenderem são externas à instituição escolar e geralmente associadas ao contexto familiar, deslocando-se a problemática da instituição para o particular. Quando o não aprender da criança não era atribuído à família, era associado a questões biológicas (por exemplo, alguma doença) que tornavam o aluno incapaz de aprender.

A equipe da RIMS teve de cuidar de algumas relações em meio às desistências, dificuldades dos cuidadores e estereótipos de comportamentos e tratamentos disseminados pelas instituições de ensino e a sociedade em geral e atentar para os principais agentes de mudanças: a família e a própria criança. Assim, despertar na família a capacidade de buscar informações e discutir a forma como o problema do filho era tratado na escola foi uma meta pretendida e, em certa medida, alcançada pela equipe.

A família, seja qual for sua configuração, é o espaço primeiro em que a criança obtém a noção do outro, dos limites, das possibilidades e papéis sociais, como referem Carvalho e Guará (1994 citados por Guzzo, 2007). Para estes, é no ambiente familiar que as crianças e os adolescentes têm suas necessidades principais acolhidas, sendo “o lugar dos pertencimentos, dos afetos, dos conflitos e do suprimento dos materiais indispensáveis à sobrevivência” (p. 67).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na pesquisa realizada foi possível aprofundar a análise dos cinco casos que chegaram ao AP da UFTM, com um olhar para além das queixas e sintomas manifestos, que apontavam para os diagnósticos de TDAH e de dificuldades de aprendizagem. Apesar de se partir desses diagnósticos, considerou-se que cada participante possuía uma história de vida própria, com suas peculiaridades e demandas, que nem sempre estavam explícitas e influenciavam de certa maneira seus sintomas e a manutenção destes. Esse olhar para além dos sintomas físicos, de comportamento e de dificuldade de aprendizagem, foi possibilitado pela Psicologia, contribuindo para uma visão integral da criança por parte de todas as profissões inseridas na equipe da RIMS.

Constatou-se que, mesmo possibilitando um acolhimento em que fosse possível uma escuta diferenciada, a equipe RIMS teve que lidar com as peculiaridades do sistema público de saúde, como atendimento por ordem de chegada, grande quantidade de encaminhamentos recebidos e filas de espera para atendimento, buscando se superar. Os efeitos das intervenções realizadas estiveram interligados com a assertividade dos encaminhamentos e capacidade de envolver os cuidadores com sua própria demanda e com a demanda da criança, aderindo ao projeto terapêutico, realizando os encaminhamentos sugeridos e promovendo mudanças nas formas de relacionamento.

Observou-se, também, uma tendência de adesão somente ao tratamento farmacológico, o que possibilita uma reflexão acerca dos padrões atuais de diagnóstico e tratamento e das dificuldades encontradas nos vários ambientes (família, escola e sociedade) para encontrar novas formas de relacionamento, solução de problemas e tratamento humano.

## REFERÊNCIAS

- Bruscato, W. L., Kitayama, M. M., Fregonese, A. A., David, J. H. (2004). O trabalho em equipe multiprofissional na saúde. In Bruscato, W. L., Benedetti, C., Lopes, S. R. A. *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo*. Novas páginas em uma antiga história. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2, 33-41.
- Carreiro, L. R. R., Jorge, M., Tebar, M. R., Moraes, P. F., Araujo, R. R., Oliveira, T. A. E. R. et al. (2008). Importância da interdisciplinaridade para avaliação e acompanhamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(2), 61-67.
- Carvalho, M. C. B., Guará, M. F. R. (1994). Família: um sujeito pouco refletido no movimento de luta pelos direitos da criança e do adolescente. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 4(1), 45-48.
- Chizzotti, A. (2006) *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- DSM-IV-TR<sup>TM</sup>. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (4a ed. rev.) Porto Alegre: ARTMED.
- Fernandes, A. L. S. (2004). Sujeito falante e a resistência à demanda de análise. *Cogito*, Salvador, 6, 49-51. Recuperado em 18 janeiro 2012 de <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151994792004000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151994792004000100012&lng=pt&nrm=iso)>.
- Guzzo, R. S. L. (Org.) (2007). *Desenvolvimento infantil: família, proteção e risco*. Campinas, São Paulo: Editora Alínea.
- Lacan, J. (1982). O seminário livro 20, mais ainda. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- Lima, R. C. (2011). Razão diagnóstica, medicalização e bioidentidade. In Neto, F. K. (Org.) *Saúde mental e psicanálise: lógica diagnóstica e novos sintomas*. Barbacena: EdUEMG.
- Marcelli, D., Cohen, D. (2010). *Infância e psicopatologia*. (8ªed). Porto Alegre: ARTMED.
- Migliavacca (2010). E. M. Um lugar para o sintoma na clínica psicanalítica. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 43(79), 133-141.
- Minayo, M. C. S., Sanches, O. (1993, julho/setembro) Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 239-262.
- Moysés, M. A. A. (2001). *A institucionalização invisível: crianças que não aprendem na escola*. Campinas, SP: Mercado das Letras / São Paulo.
- Orlandi, E. P. (2007). *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. (7a ed). Campinas, SP: Pontes.
- Rohde, L. A., Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 61-70.
- Salinas, P., Santos, M. A. (2002). Serviço de triagem em clínica-escola de psicologia: a escuta analítica em contexto institucional. *Psychê*. São Paulo, 9, 177-196.
- Serralha, C. A. (2011). Alternativas ao tratamento medicamentoso: ainda seriam possíveis? In NETO, F.K. (Org.) *Saúde mental e psicanálise: lógica diagnóstica e novos sintomas*. Barbacena: EdUEMG.
- Sigal, A. M. R. (2002). *O lugar dos pais na psicanálise de crianças*. São Paulo: Editora Escuta.
- UFTM. (2009). *Universidade Federal do Triângulo Mineiro*. Projeto Político Pedagógico do Curso de Pós Graduação – Modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. Uberaba, MG.
- Vanni, M. G., Maggi, A., (2005, setembro/dezembro). O que demanda à Psicologia na Rede Pública de Saúde em Caxias do Sul? *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, 36(3), 299-309.

Recebido em 22/03/2012  
Aceito em 29/11/2012

---

*Caroline Gonçalves Carneiro da Silva*: psicóloga, residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFTM.

*Conceição Aparecida Serralha*: doutora em Psicologia Clínica, Departamento de Psicologia e tutora do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFTM.

*Ana Cristina Silveira Laranjo*: psicóloga do Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas – UFTM, preceptora do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFTM.