



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ- UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

KELY VANESSA LEITE GOMES DA SILVA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA PARA PAIS E
CUIDADORES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

FORTALEZA

2018

KELY VANESSA LEITE GOMES DA SILVA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA PARA PAIS E
CUIDADORES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

Tese de Doutorado submetida à Coordenação do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial de conclusão de doutorado em Enfermagem na Promoção da Saúde (DINTER UFC-URCA).

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Área Temática: Tecnologia de Enfermagem para Promoção da Saúde de Crianças e Pessoas com Deficiência.

Orientadora: Cristiana Brasil de Almeida Rebouças

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S58c Silva, Kely Vanessa Leite Gomes da.
Construção e validação de cartilha para pais e cuidadores de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade / Kely Vanessa Leite Gomes da Silva. – 2018.
166 f.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.
Orientação: Prof. Dr. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças.
1. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. 2. Tecnologia educacional. 3. Estudos de validação.
4. Promoção da saúde. I. Título.

CDD 610.73

KELY VANESSA LEITE GOMES DA SILVA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA PARA PAIS E
CUIDADORES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

Tese de doutorado apresentada a banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), como requisito parcial de conclusão do Curso de Doutorado em Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção de Saúde.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: __/__/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.a Dra. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Michel Ângelo Marques Araújo
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.a Dra. Maria Corina Amaral Viana
Universidade Regional do Cariri (URCA)

Prof.^a Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Paulo Cesar de Almeida
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

A Deus

Às crianças com TDAH e seus pais e
cuidadores

Aos profissionais de saúde e professores
que assistem às crianças com TDAH

AGRADECIMENTOS

A meu Deus, autor da minha fé, por estar sempre ao meu lado, e nos momentos em que me sentia incapaz, me provou que com Ele o impossível se torna realidade. A Ele toda honra e toda a glória!

A meu amado esposo e filhos, Ivanildo, Yasmin e Benjamin, pela compreensão e perdão durante minha ausência e estresses vividos durante a construção desta pesquisa. Por terem me proporcionado momentos leves e alegres que me fortaleceram para continuar em frente.

À minha mãe, Maria Leite, pela confiança, acolhimento e apoio durante todo esse processo. Minha mãe receba minha gratidão pelo seu cuidado a mim e a minha família.

À minha irmã, sobrinhas e cunhado, Marcia, Raiane, Ananda e Roberto, pela hospitalidade afetiva e confiança em meu potencial. A minha cunhada Ivone, e minha sogra, D. Iracema, pelo apoio e torcida. A Neta e Tereza Neuma, que zelaram por meus filhos, em casa e na escola, enquanto estive ausente.

À minha orientadora, Prof. Dra. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças, pela parceria e ensinamentos científicos, éticos e humanos transmitidos durante todo esse período.

À banca de professores avaliadores do estudo. Meu agradecimento pela contribuição para a melhoria deste trabalho.

Aos juízes especialistas, pais e cuidadores que participaram no processo de validação da cartilha educativa, por suas sugestões primorosas que muito contribuíram para o estudo. Obrigada pela disponibilidade de tempo e troca de experiência.

À designer gráfica, Joanna Rocha, pelo esmero e compromisso em colaborar com a produção da cartilha.

Pelos profissionais dos CAPS infanto-juvenil dos municípios de Juazeiro e Barbalha. Pelo acolhimento, pela troca de saberes e pela oportunidade de aprender com suas ricas experiências.

Aos pais e cuidadores de crianças com TDAH que participaram da pesquisa. O meu sincero agradecimento.

Aos amigos professores no Ensino Fundamental que compartilharam seus conhecimentos, experiências e angústias no ensino à criança com TDAH, representados por Jackson, Lilian, Geneva, Katiana e Lucilene.

À FUNCAP pela bolsa de estudos no período de nove meses que estive assistindo aulas, participando de grupo de pesquisa e em prática docente no departamento de enfermagem – UFC- em Fortaleza/ CE.

Aos professores do Doutorado em Enfermagem da UFC, pela possibilidade de construção de conhecimento durante o curso.

Às colegas do Doutorado em Enfermagem Kenya, Sarah, Eglidia, Glaucia, Eduarda. Em especial a Gleice, parceira de viagens, estudos e de orações.

À URCA, representada pela sua direção e pelo corpo docente do Colegiado do Departamento de Enfermagem, pelo apoio.

Aos meus irmãos em Cristo, em especial a Antonivan, Simone, Gleice, Rivelino, Madalena, Junior, Saionara, pelas orações, pelo afeto, pelo amor fraternal eterno.

Ao meus familiares, amigos e vizinhos, que torceram por mim, partilhando da angustia e instigando a seguir em frente.

Às minhas colegas de ginástica, representadas por Dorinha, Lilian, Silvania, Cicinha, Keylinha, que me proporcionaram momentos de muita alegria, que me fizeram sorrir, pular e orar, me proporcionando momentos de descarga de tensão e reposição de energia, física e espiritual. Muito Obrigada.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente neste estudo. Muito obrigada.

RESUMO

Objetivou-se: Construir e validar cartilha para promoção de saúde de crianças com TDAH. Estudo metodológico, realizado em Caps i dos municípios de Juazeiro do Norte e Barbalha no período fevereiro de 2017 a julho de 2018. Seguiram-se as etapas: envio do projeto ao Comitê de ética; revisão integrativa da literatura; entrevista com público-alvo sobre demandas a serem abordadas na cartilha; validação de aparência e conteúdo com especialistas em saúde mental e construção de material impresso; validação da aparência com população-alvo e, conhecimento adquirido após entrega da cartilha. Construção da cartilha com designer gráfico, utilizando-se ilustrações que retratam a realidade, layout que favorece a compreensão das informações e linguagem simples, contemplando 13 domínios. Validação com 21 especialistas em conteúdo (IVC Geral de 0,891 e Alfa de Cronbach de 0,953), 7 especialistas em MEI (IVC Geral de 0,91 e Alfa de Cronbach de 0,857) e 17 participantes do público-alvo (IVC Geral e 0,99 e Alfa de Cronbach de 0,891), sendo considerada válida e confiável quanto ao conteúdo e aparência. Após ajustes sugeridos no processo de validação, foram calculados o índice de legibilidade de Flesch, com resultados de 54% constituindo-se de fácil leitura. Posteriormente avaliou-se conhecimento antes e após a entrega da cartilha com 50 participantes, cujos dados foram processados e analisados com Teste de McNemar e Qui-Quadrado de Pearson pelo SPSS versão 20.0, apresentados em tabelas. Após a entrevista inicial (pré-teste) fez-se a entrega da cartilha e após 15 dias ocorreu a segunda entrevista (pós-teste) via contato telefônico. A respeito do conceito de TDAH, obteve-se aumento de 2% para 38%. Quanto aos sintomas, obteve-se acréscimo de citações relacionados à hiperatividade e impulsividade. Acerca da “Busca de tratamento” todos os itens houve melhora de acertos, com ênfase nos profissionais de saúde. Sobre funcionamento do tratamento, passou-se de 10% para 30% de acertos. Quanto às orientações de cuidado obteve-se maiores percentuais de citação no pós-teste relacionados ao aprendizado. Diferença no percentual de acertos das questões no pré e pós-teste variou entre 4% e 60%. Quanto às variáveis sociodemográficas, destaca-se: Conceito de TDAH correto e participantes sem companheiro (81,3%; $p=0,047$); sintomas: “Agitação” e “Muita energia e participantes sem companheiro (100%; $p=0,025$); sintoma “Não termina as atividades” e participantes com companheiro (64,5%; $p=0,009$); sintoma “Muita energia” (96,8%; $p=0,029$) entre participantes com renda familiar de até um salário mínimo; sintoma “Não termina as atividades” (71,4%; $p=0,35$) entre participantes com ensino superior. Participantes com ensino médio e sintoma “Desorganização” (25%; $p=0,00$). Sobre as orientações de cuidado, constatou-se relação entre o item “Colocar avisos de tarefas” (14,7%; $p=0,043$) e participantes com companheiro, bem como no item “Conversar com professores” e participantes sem companheiro ($p=0,035$; 81,3%). Considera-se a cartilha eficaz uma vez que obteve melhoria do conhecimento dos participantes na maioria dos itens. Acredita-se que esta tecnologia educacional possa contribuir no cuidado da enfermagem em saúde mental e de outros profissionais da saúde, possibilitando melhoria da aprendizagem de pais e cuidadores acerca dos cuidados à criança com TDAH.

Palavras-chave: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; Crianças; Tecnologia educacional; Estudos de validação; Promoção da saúde.

ABSTRACT

Aimed to construct and validate a booklet for health promotion of children with ADHD. Methodological study carried out in Caps i of the municipalities of Juazeiro do Norte and Barbalha from February 2017 to July 2018. The following steps were followed: sending the project to the Ethics Committee; integrative literature review; interview with target audience about the demands to be addressed in the booklet; validation of appearance and content with specialists in mental health and construction of printed matter; validation of the appearance with target population and, knowledge acquired after delivery of the booklet. Construction of the booklet made with graphic design, using illustrations that depict reality, a layout that favors the understanding of information and simple language, comprising 13 domains. Validation occurred with 21 content specialists (General IVC of 0.891 and Cronbach's Alpha of 0.953), 7 specialists in MEI (General IVC of 0.91 and Cronbach's alpha of 0.857) and 17 participants from the target audience (General IVC and 0,99 and Cronbach's alpha of 0.891), being considered valid and reliable in terms of content and appearance. After adjustments suggested in the validation process, the readability index of Flesch was calculated, with results of 54% being easy to read. Subsequently, knowledge was evaluated before and after delivery of the booklet with 50 participants, whose data were processed and analyzed with McNemar's Test and Pearson Chi-Square by SPSS version 20.0, presented in tables. After the initial interview (pre-test) the booklet was delivered and after 15 days the second interview (post-test) occurred via telephone contact. Regarding the concept of ADHD, an increase of 2% to 38% was obtained. As for the symptoms, there was an increase in citations related to hyperactivity and impulsivity. Regarding the "Search for treatment", all items have improved, with emphasis on health professionals. About the treatment operation, it went from 10% to 30% of hits. Regarding the care guidelines, we obtained higher percentages of citations in the post-test related to learning. Difference in the percentage of correct answers in the pre- and post-test ranged from 4% to 60%. Regarding the sociodemographic variables, the following stand out: Right ADHD concept and participants without companion (81.3%; $p = 0.047$); symptoms: "Agitation" and "Lots of energy and participants without companion (100%; $p = 0.025$); symptom "Does not end the activities" and participants with companion (64.5%; $p = 0.009$); symptom "Many energy" (96.8%; $p = 0.029$) among participants with family income of up to one minimum wage; symptom "Does not end the activities" (71.4%, $p = 0.35$) among participants with higher education. Participants with high school and symptom "Disorganization" (25%, $p = 0.00$). Regarding the care guidelines, the relation between the item "Placing task notices" (14.7%, $p = 0.043$) and participants with companion, as well as "Chat with teachers" and participants without partners ($p = 0.035$, 81.3%). It is considered the effective primer since it has improved the knowledge of the participants in most of the items. It is believed that this educational technology can contribute to the care of nursing in mental health and other health professionals, enabling better learning of parents and caregivers about care for children with ADHD.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder; children; Educational technology; Validation studies; Health Promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA - Associação Brasileira de Déficit de Atenção
ADHD - Attention déficit hyperactivity disorder
APA - Associação Americana de Psiquiatria
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CE - Ceará
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CID - Código Internacional de Doenças
CINALH - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DECS - Descritor em Ciências da Saúde
DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESF - Estratégia Saúde da Família
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IL - Índice de Legibilidade de Flesch
IVC - Índice de Validade de Conteúdo
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEI - Material Educativo Impresso
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Atenção Saúde da Família
PEP - Programa de Estimulação Psicomotora
PUBMED - National Library of Medicine
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RI - Revisão Integrativa
SAM - Suitability Assesment of Materials
SUS - Sistema Único de Saúde
TAC - Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo
TT - Transtorno de Tiques
UFC - Universidade Federal do Ceará
URCA - Universidade Regional do Cariri

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diagrama do caminho metodológico da construção e validação da cartilha sobre TDAH em crianças. Fortaleza-CE, 2018.	37
Figura 2 - Diagrama da etapa de Validação da cartilha sobre TDAH. Fortaleza-CE, 2018.....	45
Figura 3 – Ilustração da capa da cartilha composta pelo público-alvo a que se destina. Fortaleza, CE, 2017	64
Figura 4 – Ilustrações da cartilha com situações vivenciadas habitualmente com a criança com TDAH. Fortaleza-CE, 2017	65
Figura 5 – Ilustrações com situações de alerta e necessidade de cuidados. Fortaleza-CE, 2018.	66
Figura 6 – Ilustrações com orientações positivas e textos explicativos próximos às imagens. Fortaleza-CE, 2018	67
Figura 7 – Esquema dos elementos que compuseram a cartilha na versão pós-validação pelos especialistas. Fortaleza-CE, 2018.	69
Figura 8 – Ilustração da capa contemplando enfermeiro enquanto personagem apresentando as informações sobre o TDAH. Fortaleza-CE, 2018.....	85
Figura 9 – Acréscimos de ilustrações contendo profissionais que atuam no cuidar de criança com TDAH. Fortaleza-CE, 2018.	87
Figura 10 – Ilustrações referentes às sugestões relacionadas ao apoio social à criança com TDAH e sites e material informativo. Fortaleza-CE, 2018	88

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Aspectos da linguagem considerados para elaboração de materiais educativos impressos.	42
Quadro 2 – Aspectos sobre ilustrações considerados para elaboração de materiais educativos impressos.	42
Quadro 3 – Aspectos de layout e design considerados para elaboração de materiais educativos impressos	43
Quadro 4- Critérios de seleção de juízes especialistas em Saúde Mental e em material educativo Impresso. Fortaleza- CE	47
Quadro 5 – Modificações realizadas na cartilha conforme sugestões de juízes especialistas em conteúdo e aparência. Fortaleza-CE, 2018.	82
Quadro 6 – Sugestões e comentários dos juízes especialistas em conteúdo e aparência não acatadas na pesquisa. Fortaleza-CE, 2018.	89
Quadro 7- Índice de legibilidade dos domínios da cartilha. Fortaleza-CE, 2018.....	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição do número de entrevistados nos CAPSi de Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, segundo as variáveis sociodemográficas. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2017.	56
Tabela 2 – Caracterização dos juízes especialistas em Saúde Mental e em MEI. Fortaleza-CE, 2018.	70
Tabela 3 – Valor do S-CVI e Alfa de Cronbach na Validação dos domínios do conteúdo e da aparência por juízes especialistas no assunto. Fortaleza- CE, 2018.	74
Tabela 4 – Valor do IVC por itens individuais (I-CVI), Alfa de Cronbach, Média e Desvio Padrão na Validação do conteúdo por juízes especialistas em Saúde Mental segundo a exclusão de itens individuais. Fortaleza- CE, 2018.	75
Tabela 5 – Valor do IVC, Alfa de Cronbach, Média e Desvio Padrão na Validação da aparência por juízes especialistas em Saúde Mental segundo a exclusão de itens individuais. Fortaleza- CE, 2018.	77
Tabela 6 – Valor de Alfa de IVC, Alfa de Cronbach, Média e Desvio Padrão na Validação da aparência por juízes especialistas em MEI segundo a exclusão de itens individuais. Fortaleza- CE, 2018.	79
Tabela 7 – Caracterização dos pais e cuidadores de crianças com TDAH. que validaram a aparência da cartilha. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.	90
Tabela 8 – Valor do IVC, Alfa de Cronbach, Média e Desvio Padrão na Validação da aparência por pais e cuidadores de crianças com TDAH segundo a exclusão de itens individuais. Fortaleza- CE, 2018.	92
Tabela 9 – Caracterização dos pais e cuidadores de crianças com TDAH. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.	98
Tabela 10- Frequência, percentual das respostas referentes ao conceito do TDAH antes e após a entrega da cartilha. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.	101

Tabela 11 – Frequência, percentual das citações referente aos sintomas do TDAH antes e após a entrega da cartilha. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.	103
Tabela 12 – Frequência, percentual das respostas referente ao local do tratamento do TDAH antes e após a entrega da cartilha. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018. . .	105
Tabela 13 – Frequência, percentual das respostas sobre funcionamento do tratamento do TDAH antes e após a entrega da cartilha. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018 . .	107
Tabela 14 – Frequência, percentual das respostas referente a citações das orientações de cuidado a criança com TDAH antes e após a entrega da cartilha. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.	109
Tabela 15– Distribuição do número de pais e cuidadores, segundo assertivas dos itens e estado civil. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.	112
Tabela 16- Distribuição do número de pais e cuidadores, segundo o número de itens citados e faixa etária. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.	115
Tabela 17- Distribuição do número de pais e cuidadores, segundo o número de itens citados e renda, Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.	117
Tabela 18- Distribuição do número de pais e cuidadores, segundo o número de itens citados e escolaridade, Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.	119

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 HIPÓTESE	25
3 OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo Geral.....	26
3.2 Objetivos Específicos.....	26
4 REVISÃO DE LITERATURA	27
4.1 O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): Conceito, sintomas, comorbidades e impacto nas esferas pessoal, familiar e social.	27
4.2. Tratamento e abordagem familiar para um cuidado efetivo.....	30
5 MÉTODO	36
5.1 Tipo de Estudo	36
5.2 Etapas do Estudo	37
5.2.1 Construção da cartilha.....	38
5.2.2 Validação da cartilha.....	44
5.2.3 Aplicação do Teste de Legibilidade Flesch.....	52
5.2.4 Avaliação do conhecimento apreendido após entrega da cartilha.....	52
5.3 Aspectos Éticos	54
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
6.1 Entrevista individual com pais e cuidadores de crianças com TDAH	55
6.2 Elaboração da Cartilha	61
6.3 Validação de conteúdo e aparência por juízes especialistas no assunto.....	69
6.4 Validação da aparência por juízes especialistas em MEI.....	79
6.5 Validação da aparência por parcela da população alvo.....	90
6.6 Teste de Legibilidade de Flesch.....	96
6.7 Avaliação do conhecimento apreendido após entrega da cartilha.....	98
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICES	145

1 INTRODUÇÃO

Historicamente o cuidado dispensado às pessoas com transtornos mentais era marcado pela total entrega da pessoa ao tratamento no manicômio e à medicina. Contudo, com o advento da Reforma Psiquiátrica, pautada na proposta de atenção psicossocial, desinstitucionalização e tratamento na comunidade, as pessoas com transtornos mentais passaram a ser tratadas dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com o envolvimento de uma equipe multiprofissional e abordagem interdisciplinar (AMARANTE; TORRES, 2005; BRASIL, 2005).

Assim, o enfrentamento da problemática da atenção às pessoas com transtornos mentais se fortaleceu com a estruturação da RAPS (Port. MS 3.088/2011), a qual ocorreu a expansão de serviços de base comunitária, a partir dos importantes equipamentos: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos e os leitos de atenção integral em hospitais gerais, além dos serviços da rede básica de saúde e unidades de urgência e emergência. A RAPS deve estar presente na atenção básica ao atendimento especializado, com a finalidade de ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com qualquer forma de sofrimento mental (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

Nesse contexto, portanto, é que o campo da saúde mental perpassa por diversas transformações de saberes e práticas relacionadas a doença mental e ao sujeito em sofrimento psíquico. Anteriormente este era centralizado no contexto do manicômio com predomínio de práticas excludentes e desumanas. Atualmente, inserido no contexto da reforma Psiquiátrica possibilita repensar o sujeito, seu contexto de vida, seus direitos e suas necessidades (MAGALHÃES et al, 2012).

Devido a evidência de números crescentes de transtornos mentais nas diversas fases da vida, da infância ao envelhecimento, exigiu-se constantes mudanças para a melhoria dos serviços e do cuidado aos sujeitos, famílias e comunidade, sendo que os serviços especializados em saúde mental foram classificados em CAPS Gerais, para o atendimento de transtornos mentais crônicos em adultos, CAPS ad, para o atendimento a pessoas dependentes de álcool e drogas, e CAPSi, para o cuidado frente transtornos mentais em crianças e adolescentes. Esses serviços são compostos por uma equipe multiprofissional, com potencialidades frente aos transtornos mentais graves e severos, os quais são regulamentados pela Portaria MS 336/2002, cuja proposta é ser um canal de comunicação entre usuário, comunidade, equipe profissional e família (BRASIL, 2002; PITTA, 2001).

Nessa conjuntura, os serviços de base comunitária como o CAPSi se apresentam como possibilidade de enfrentamento de transtornos mentais na infância, os quais têm sua importância devido ao seu alarmante crescimento e diversidade, bem como a repercussão dos sintomas no desenvolvimento infantil, social, cultural, familiar e educativo, perdurando muitas vezes a fase da infância e perdurando ou se cronificando na fase juvenil e adulta (WILENS; FARAONE; BIEDERMAN, 2004).

Dados epidemiológicos sobre transtornos mentais na infância evidenciam uma maior incidência de depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno por uso de substâncias, e transtorno de conduta. Entre esses, os valores de prevalências variaram entre: depressão com 0,6% e 30%; transtornos de ansiedade entre 3,3% e 32,3%; transtorno por uso de substâncias com 1,7% e 32,1%; transtornos de conduta com 1,8% e TDAH entre 0,9% e 19% (THIENGO, et al. 2008).

Em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil e outros países da América Latina, os estudos epidemiológicos na área de saúde mental da infância e adolescência começaram a ser desenvolvidos a partir do ano 2000. Os resultados desses estudos mostraram taxas de prevalência semelhantes às de países desenvolvidos, prevendo que uma entre quatro ou cinco crianças no mundo apresenta problemas de saúde mental (SáÁ et al., 2010).

Em estudo de revisão de literatura sobre prevalência de TDAH verificou-se que as taxas de prevalência encontradas em diferentes áreas geográficas de quatro continentes (América, Ásia, Europa e África) variaram de 2,7% a 31,1%, sendo a média de 11,26%. Convém ressaltar que as maiores estimativas de prevalência foram encontradas em amostras de pré-escolares de 3 a 6 anos, apresentando médias de 25,8%. Os autores ressaltam que essas estimativas ultrapassam a média percentual de 3% a 7% considerada pela APA (WILCUTT, 2012), provavelmente em função dos critérios metodológicos e diagnósticos adotados pelos pesquisadores, do processo de amostragem, como também do contexto e dos instrumentos adotados na coleta dos dados, sendo portanto necessário o aumento de estudos nessa temática (HORA et al., 2015).

As características desse transtorno são déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade. As manifestações clínicas podem se apresentar de diferentes formas, a saber: combinada dos sintomas; com predomínio do déficit de atenção; ou na qual predomina a hiperatividade-impulsividade (TOPCZEWSKI, 2014). Esse transtorno persiste até na idade adulta em mais de 50% dos casos (WILENS; FARAONE; BIEDERMAN, 2004; LOUZÃ, 2010; DIAS et al., 2007; LEVY, 2014).

Nesse contexto, ressalta-se o profissional enfermeiro, que está em todos os espaços e serviços atuando no cuidado a crianças com transtornos mentais, desde a atenção básica, na ESF, até os serviços especializados como os CAPS i. Corrobora-se com Espiridião et al. (2013), no entendimento de que a Portaria MS 3.088 de 2011, que instituiu a RAPS na construção e concepção de rede e linhas de cuidado, institui a presença do enfermeiro com papel significativo, tendo em vista a sua presença em todos os seus componentes: I- Atenção básica; II- Atenção psicossocial especializada; III- atenção de urgência e emergência; IV- atenção residencial de caráter transitório; V-atenção hospitalar; VI- estratégias de desinstitucionalização; VII- reabilitação psicossocial. Portanto, destaca-se o cuidado do enfermeiro, em especial nos CAPSi, direcionando seu cuidado às crianças acometidas por TDAH e suas famílias (BRASIL, 2011).

Corroborando com a ideia de superação do modelo medicalocêntrico e excludente, estudo sobre a clínica de enfermagem em saúde mental salienta que a enfermagem precisa debruçar-se sobre sua prática, buscando estratégias de atuação que não repliquem as ferramentas do modelo médico ainda predominante, mantendo o compromisso ético com a autonomia dos sujeitos a quem presta cuidados (SILVEIRA et al., 2012).

No que diz respeito a estudos sobre a atuação do enfermeiro em serviços de saúde mental, detectou-se ações de acolhimento, criação de vínculo e participação da terapêutica, realizando a escuta em consultas, grupos ou visita domiciliar (MONTEIRO et al., 2012). Associado a isso, frisa-se o papel de orientar e assistir a família como um todo, buscando minimizar o sofrimento da criança ou adolescente e de seus entes (DIAS; ARANHA; SILVA, 2010).

A família constitui-se parceira no cuidado em saúde e sua participação deve ser favorecida durante todo o processo de reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico. Em estudo de revisão de literatura sobre o acolhimento do familiar com parente em sofrimento psíquico pelos profissionais de saúde evidenciou que o novo paradigma de saúde mental necessita de maior investimento, atenção e protagonismo dos familiares. Para os autores, os profissionais de enfermagem devem contribuir para o enfrentamento dos obstáculos vivenciado pelos familiares mantendo um espaço de escuta, de orientação e encaminhamentos a serviços especializados (LIMA; BRENDA; ALBUQUERQUE, 2013).

Desta forma, a enfermagem, na atenção em saúde mental, deve atuar no momento que o suporte profissional se mostra necessário tanto para a criança quanto para a sua família, podendo intervir em diversos ambientes, desde a Estratégia Saúde da Família (ESF) até o trabalho especializado nos CAPSi. A família assume papel fundamental na reabilitação e

reinserção de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na sociedade (MONTEIRO et al, 2012).

Como sugestões para um cuidado de excelência ao familiar de doenças crônicas, Macedo et al. (2015) apontam sobre a necessidade do planejamento e implementação de intervenções efetivas, buscando o alívio da sobrecarga, em contexto que favoreça atividades envolvendo toda a equipe interdisciplinar, com maior acesso à informação, instrumentalizando as mães para monitorar a condição do filho, garantindo o tratamento para os problemas físicos e psicológicos e oferecendo suporte necessário para lidar com os desafios do cuidado de crianças e adolescentes com doença crônica.

Defende-se, assim, que a promoção do cuidado centrado na família significa que o profissional incorpora à sua prática, o conhecimento e a convicção de que a família é uma constante na vida das crianças; crianças afetam e são afetadas por pessoas que se relacionam; e que, ao incluir famílias no processo de cuidar, crianças receberão cuidado de maior qualidade (HARRISON, 2010).

O interesse pela temática deu-se a partir da experiência como professora das disciplinas Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde Mental e Enfermagem no Processo de Cuidar da Criança e do Adolescente, enquanto Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri – URCA, onde foram percebidas lacunas quanto a abordagem à criança com TDAH e sua família atendidas em campos de prática nos municípios de Juazeiro do Norte e Barbalha, Ceará. Aliado a isso, durante a realização da disciplina Tecnologias de Saúde realizada no doutorado em Enfermagem na UFC, aprofundou-se conhecimentos sobre a construção de tecnologias educacionais na saúde, o que veio a despertar o interesse na produção do cuidado de enfermagem pautado na educação em saúde de familiares de crianças com TDAH, utilizando instrumentos facilitadores para o aprendizado do cuidado.

A atuação da enfermagem na perspectiva da promoção da saúde é definida enquanto estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2010). No contexto da saúde mental, o CAPSi é um serviço com potencial para promover saúde e bem-estar a usuários e seus familiares.

Ampla avaliação clínica é necessária e envolve, além do diagnóstico do TDAH, a investigação das condições acadêmicas, psicológicas, familiares e sociais para se delinear um plano de intervenção adequado para tratamento do quadro (CALEGARO, 2002). O tratamento

objetiva a reorganização dos comportamentos, viabilizando atitudes funcionais do meio familiar, escolar e social das crianças com TDAH, e enfatiza a modificação do comportamento, ajustamento acadêmico, atendimento psicológico e terapia farmacológica (ROTTA; OLHWEILER; RIESGO, 2006; MATTOS, 2015).

Consequências dos sintomas do TDAH provocam comprometimento funcional significativos, como problemas sociais e familiares, baixo rendimento escolar e maior risco de evasão escolar, o que pode levar a baixa autoestima e desenvolvimento emocional alterado negativamente (SWANSON et al., 2007). Associado a isso, tem-se os desfechos físicos negativos como lesões, gravidez prematura, doenças sexualmente transmissíveis, e risco para comorbidades psiquiátricas, destacando-se os transtornos de conduta, ansiedade, transtornos de humor, comportamento antissocial e abuso de substâncias (BIEDERMAN; FARAONE, 2007).

A respeito do diagnóstico e tratamento, estes são orientados a partir dos sintomas do TDAH que dizem respeito, dentre outros: excesso de agitação, inquietação, falta de autocontrole, falar em demasia, interrupção de outros diálogos, incapacidade de protelar respostas, fácil distração, ausência de atenção a detalhes, dificuldades em organizar e realizar tarefas e em memorizar compromissos (DSM-V, 2013).

Estudo de revisão bibliográfica, verificou-se que diversas comorbidades e situações de risco envolvendo o diagnóstico de TDAH foram reconhecidas em situações de urgência, dentre elas destaca-se a violência, suicídio, abuso sexual, transtornos alimentares e transtorno bipolar (REINHARDT; REINHARDT, 2013).

Quanto à devida atenção a esse transtorno, Polanczyk et al. (2012) destacam que crianças e adolescentes com TDAH apresentam um comprometimento significativo e correm risco maior de evidenciarem déficit no seu desenvolvimento social, emocional e educacional. Estes autores alertam que a falta de treinamento adequado dos profissionais, o estigma e os conceitos errados são barreiras importantes para o reconhecimento e tratamento do TDAH, os quais devem ser combatidos ativamente.

Quanto ao impacto no âmbito familiar, o convívio diário com a criança acometida com TDAH acarreta inúmeras dificuldades. Os sintomas promovem contratempo nas relações sociais e familiares, gerando estresse na convivência familiar (OSWALD; KAPLER, 2010). Muitos pais se sentem culpados pelo comportamento dos filhos, porém a forma de educar e interagir pode agravar os sintomas do TDAH (MATTOS, 2015).

A família, para ajudar a criança ou adolescente em sofrimento mental, passa por dificuldades como energia: despendida na busca de ajuda; o investimento de tempo; a dependência econômica; a privação de necessidades de outros membros; o corte de atividades

sociais; a diminuição das relações sociais; e a dificuldade em perceber alternativas para hospitalização ou enclausuramento residencial (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Evidencia-se, portanto, que a família também necessita e requer o cuidado dos profissionais de saúde quando possuem ente em sofrimento psíquico, seja para cuidar do outro, seja para o seu próprio cuidado. Em estudo que se propôs a compreender, numa proposta fenomenológica, o tipo vivido de familiares de usuários de um CAPSi, observou-se que os familiares buscam no atendimento nos serviços de saúde obter o tratamento de seu parente, com melhoria do quadro clínico e remissão de sintomas e melhor interação social, destacando-se ainda a busca pelo apoio dos profissionais para a compreensão do adoecimento do familiar e assim contribuir com o tratamento (MACHINESKI; SCHINEIDER; CAMATTA, 2013).

Os estudos indicam atualmente que o risco do TDAH na adolescência e idade adulta dependerá da presença de sintomas na infância, de sua grandeza e fatores de tratamento. As comorbidades e os efeitos sociais, cognitivos, acadêmicos e laborais tendem a permanecer com prejuízos crescentes ao longo da vida (NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2015).

Nessa proposição, o referido transtorno constitui-se em um grande desafio para os pais, professores e profissionais em função da diversidade de comprometimento que o quadro oferece (BENCKIK, 2002). Trata-se, assim, de um transtorno psiquiátrico de grande relevância em saúde pública, considerando os problemas causados seja na infância e adolescência e na escola, seja na idade adulta e no trabalho, ou em ambas (BARARESI et al., 2007).

Entende-se que no atendimento a pessoa com sofrimento mental e sua família, os serviços de saúde mental necessitam ter profissionais de saúde instrumentalizados com conhecimento teórico e prático para um cuidado de qualidade e pautado nos preceitos da Promoção da Saúde e da Atenção Psicossocial. Assim, na perspectiva do cuidado da saúde mental infanto-juvenil, eleva-se o papel da família como protagonista na configuração positiva da assistência, haja vista que esta conhece e contém a significação da criança para com o mundo de relações (sociais, afetivas, culturais), consistindo elo principal entre serviço e usuário (MONTEIRO et al., 2012).

Nesse entendimento, a educação em saúde constitui-se uma estratégia de cuidado de enfermagem que pode fomentar a mudança de comportamento e de estilo de vida, favorecendo a promoção de saúde de sujeitos, famílias e comunidades (SALCI et al., 2013). Portanto, é imprescindível dinamizar propostas que empregam modelos e elaboração de materiais educativos como forma de envolver os pais no cuidado à criança, buscando uma parceria eficiente no ambiente domiciliar.

Destaca-se que o envolvimento dos profissionais e o uso de ferramentas tecnológicas possam resultar em serviços efetivos e que satisfaçam as necessidades da população com o propósito de ampliar o acesso e com a finalidade de promover a integralidade da assistência (AMARANTE et al., 2011). Desafia-se para um cuidado de enfermagem alicerçado no uso de novas tecnologias em saúde que venham a dar maior visibilidade a sua função e maior qualidade na assistência prestada aos usuários e seus familiares.

As tecnologias constituem-se como processos concretizados a partir da experiência cotidiana do cuidar em saúde e, portanto, são derivadas de pesquisa para o desenvolvimento de um conjunto de atividades produzidas e controladas pelos seres humanos. Possui como finalidade gerar e aplicar conhecimentos, dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica, tornando-a uma abordagem científica (NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014). Compõe um dos papéis da inovação tecnológica a promoção da saúde das pessoas em suas diversas etapas da vida e, na infância, tem o papel de proteção e diminuição das condições de vulnerabilidade próprias desta fase da vida humana.

Quanto a sua classificação, Merhy e Franco (2003) dispõem que as tecnologias em saúde são divididas em três tipos: as tecnologias leves, tecnologias duras e as tecnologias leve-duras. A primeira, pelo seu caráter relacional, a coloca como maneira de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado. As tecnologias classificadas como instrumentos identificam-se como tecnologias duras, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde. E ao conhecimento técnico, aponta-se como tecnologia leve-dura, e refere-se ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado.

Adentrando ao contexto da enfermagem, destaca-se a classificação da tecnologia proposta em três categorias: 1- tecnologia educacional, representada pelo conjunto de conhecimentos científicos que envolve o processo educacional; 2- tecnologia assistencial, incluindo as ações sistematizadas para uma assistência qualificada; 3- tecnologia gerencial como processo sistematizado composto por ações teórico-práticas utilizadas no gerenciamento da assistência (NIETSCHE et al., 2005).

Neste sentido, observa-se que as Tecnologias Educacionais em Saúde devem ser utilizadas com a finalidade de subsidiar com eficiência o desenvolvimento das atividades de Educação em Saúde, tornando o processo de aprendizagem mais efetivo. A utilização de tecnologias educacionais impressas na prática clínica da enfermagem pediátrica avança, destacando-se material destinado ao cuidador de neonato necessitando de fototerapia, bem como tecnologias de auxílio à formação e educação permanente de profissionais e clientes na

pediatria; materiais como cartilhas para ensino de cuidados gerais com crianças; cuidados pós-operatório a crianças submetida a cirurgia cardíaca e álbum ilustrativo sobre alimentação de crianças pré-escolares (CAMPOS et al., 2008; FONSECA et al., 2011; TEIXEIRA et al., 2011; FEITOZA, 2015; MARTINS et al., 2012). Dessa forma, a valorização do uso das tecnologias educacionais para o cuidado em enfermagem é enfatizada por autores, visto que os materiais de ensino dinamizam as atividades de educação em saúde, ação peculiar da enfermagem (AFIO et al., 2014).

Salienta-se que a presente pesquisa coaduna com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde que tem como pressuposto respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais. Contempla-se a sub-agenda 18 - Promoção da Saúde, vislumbrando-se a Validação e síntese de conhecimentos e tecnologias de promoção da saúde produzidos no país e no exterior (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, e ao se considerar a escassez de informações sobre TDAH para pais e cuidadores no âmbito de serviços de saúde mental, as intervenções educativas podem ser um instrumento que permita esta abordagem. Assim, entende-se que os profissionais engajados com a educação em saúde devem utilizar tecnologias educacionais que contribuam com a informação e com a operacionalização do processo educativo.

Entre estas tecnologias educativas destaca-se o material impresso, que é amplamente utilizado para veicular questões referentes à saúde e facilitar o processo de ensino-aprendizagem. Esse material pode ser apresentado em forma de folhetos, livretos, folder ou cartilhas e reforçam informações, trazem orientações, auxiliam na tomada de decisões, no desenvolvimento de habilidades e no favorecimento da autonomia (POLIT; HUNGLER, 2011). Os materiais educativos impressos da área da saúde é prática comum no Sistema Único de Saúde (SUS). Manuais de cuidado em saúde, folhetos e cartilhas são capazes de promover resultados expressivos para os participantes das atividades educativas (ECHER, 2005).

Em relação à cartilha, esse é um tipo de material impresso, sendo construída geralmente de maneira mais lúdica, texto sucinto e de fácil entendimento. Tal característica é influenciada por uma parcela significativa de imagens, o que torna o material educativo mais compreensível (FEITOZA, 2015). Essa modalidade vem se destacando, especificamente para o cuidado do público infantil, um crescente número de cartilhas educativas para orientação dos pais e da família no cuidado com seus filhos em diversas situações (FONSECA et al., 2007; GRIPPO; FRACOLLI, 2008; COUTO; PRAÇA, 2012). Desta forma, a cartilha educativa, que

visa a produção do cuidado em saúde, constitui-se em uma tecnologia do tipo leve dura da produção do cuidado em saúde (SOUZA et al., 2014).

Acredita-se que por meio de projetos criativos é possível o envolvimento dos cuidadores no processo de aprendizagem em saúde. Dessa forma, a cartilha educativa utilizando-se de uma linguagem diferenciada é capaz de despertar maior interesse para a leitura e o aprendizado. Acredita-se que esta tecnologia serve de apoio para profissionais da área da saúde durante a abordagem dos pais e cuidadores ao receberem o diagnóstico da criança. Além da promoção da saúde em relação à problemática do TDAH para os pais e cuidadores, será possível contribuir com a prática profissional em saúde.

Assim, o estudo foi pautado na seguinte tese: As orientações destinadas à pais e cuidadores de crianças com TDAH, abordados na cartilha, promoverá a produção de cuidados de qualidade para as crianças que apresentem esse transtorno.

Nessa perspectiva, este estudo torna-se relevante na medida em que buscou propor a construção e validação de uma tecnologia educacional (cartilha educativa) voltada para orientação de pais e cuidadores a respeito do TDAH, uma vez que o não entendimento desse transtorno pode ter influências negativas no desenvolvimento da criança. Adicionalmente apresenta-se uma discussão sobre a significativa participação da família no processo de saúde-doença-cuidado dos membros da família e quanto à necessidade do cuidado de enfermagem aos pais e cuidadores no seu papel de cuidador, utilizando-se de tecnologias educacionais.

Ademais, o desenvolvimento de uma tecnologia acerca do TDAH busca a divulgação de informações em saúde sobre esse transtorno em crianças, pretendendo garantir o amplo acesso à informação, bem como proporcionar aos familiares autonomia e autoaprendizagem de modo a resultar na produção de cuidados de qualidade para as crianças que apresentem esse transtorno.

Desta forma, os profissionais que realizam intervenções educativas sobre esta temática e o público alvo terão disponível uma ferramenta para auxiliá-los no processo de construção de conhecimento e informação nesta área de cuidado.

2 HIPÓTESE

A cartilha educativa “Orientações sobre a criança com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade” destinada a pais e cuidadores de crianças com TDAH é válida segundo conteúdo e aparência, e capaz de promover conhecimento elevado sobre a temática com orientações para assistência e cuidado efetivos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Construir e validar cartilha educativa de orientações para pais e cuidadores de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

3.2 Objetivos Específicos

Desenvolver cartilha para orientações a pais e cuidadores de crianças com TDAH;

Validar o conteúdo educativo e a aparência com juízes especialistas em conteúdo e com juízes especialistas em Material Educativo Impresso (MEI);

Validar a adequação da aparência com público-alvo.

Analisar o conhecimento adquirido pelos pais e cuidadores de crianças com TDAH após entrega e leitura da cartilha.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Neste item analisou-se as produções científicas sobre as orientações indispensáveis aos pais e cuidadores de crianças com TDAH.

4.1 O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): Conceito, sintomas, comorbidades e impacto nas esferas pessoal, familiar e social.

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA), o TDAH é um distúrbio do neurodesenvolvimento de natureza neurobiológica, genética e neuroquímica que tem influências externas moduladas pelo ambiente a partir de padrões herdados. A sua apresentação pode ocorrer nas formas: 1 - Predomínio de sintomas de hiperatividade; 2 - Predomínio de sintomas de déficit de atenção; e, 3 - Predomínio de ambos sintomas, podendo ainda se classificar em leve, moderado e grave, de acordo com o grau de comprometimento que os sintomas causam na vida do indivíduo (APA, 2014; NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2015).

As bases etiológicas são multifatoriais e de difícil mensuração, sendo que o TDAH tem alto coeficiente de herdabilidade (76%), sendo os fatores genéticos importantes em sua etiologia (FARAONE; PERLIS, DOYLE, 2005). Sobre os fatores associados à história gestacional e exposição pré-natal e risco para TDAH, destacam-se a exposição materna ao álcool e tabaco, bem como histórico gestacional de sofrimento fetal e pré-eclâmpsia. Atualmente considera-se que é a conjugação de fatores genéticos, ambiente familiar e história gestacional que melhor pode responder as dúvidas sobre a etiologia do TDAH (SEGENREICH; CASTRO; NESSIMIAN, 2015).

No Brasil, o TDAH é diagnosticado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) ou através do Código Internacional de Doenças (CID 10, F.90), sendo denominado como Transtorno Hiperativo (ROHDE, HALPERN, 2004). Para o diagnóstico do transtorno exige-se treinamento clínico, conhecimento dos sintomas para diferenciá-los do desenvolvimento normal e de outras psicopatologias para exclusão, de modo a proporcionar também a identificação de comorbidades (APA, 2014).

Basicamente os sintomas são desatenção, impulsividade e hiperatividade. No entanto geralmente o TDAH está associado com uma ou mais comorbidades, ou seja, existe a presença de mais problemas psiquiátricos e comportamentais. Dentre os transtornos associados ao TDAH, tem-se o Transtorno Obsessivo compulsivo (TOC), Transtorno do Pânico, Depressão infantil, Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Distúrbios do sono e

Transtorno de tiques (TT), além de maior risco de acidentes e envolvimento com uso de álcool e outras drogas (SANTOS; NOVAES; TOZATO, 2015).

Existem ainda os Transtornos da Aprendizagem, como a dislexia (dificuldade na leitura), a disgrafia (dificuldade escrita) e a discalculia (dificuldade de aprendizagem frente a cálculos e números). Porém o mais gravemente considerado é o distúrbio da linguagem, que pode se manifestar em dois tipos: o expressivo (quando há dificuldade em se expressar na escrita e na fala) e o expressivo receptivo (quando há dificuldade tanto na expressão quanto na compreensão) (MATTOS, 2011). O DSM-5 aponta ainda os transtornos de oposição desafiante (TOD), o transtorno da personalidade antissocial, o transtorno da conduta, enquanto condições de comorbidades com o TDAH (APA, 2014).

Estudos têm destacado que as crianças com TDAH estão em um grupo de vulnerabilidade, fato ratificado através de estudo realizado no Brasil com crianças e adolescentes de três a 17 anos de idade, as quais apresentaram um risco maior em relação ao envolvimento em acidentes devido à frequência com que eram atendidos em um serviço de emergência (ERTAM; OZCAN; PEPELE, 2012). Quanto a acidentes em crianças, estudo americano realizado com 161 crianças demonstrou-se estreita relação de traumas dentários com sintomas de hiperatividade e impulsividade (THIKKURISSY et al., 2012).

A associação de comorbidades ao quadro de TDAH fundamenta a necessidade de um encaminhamento para psicoterapia individual e orientação familiar, mesmo diante da ausência de sintomas de outros transtornos, pois se constitui importante na abordagem de um sofrimento clinicamente significativo para a criança e sua família. Silva (2009) destaca que mesmo quando a criança com TDAH não necessitar de psicoterapia requer orientação e acompanhamento profissional.

Pesquisas atuais pontuam a presença de déficits em aspectos das funções executivas, destacando-se o déficit de inibição de resposta, atenção sustentada, memória de trabalho não-verbal e verbal, noção de tempo e planejamento (BARBOSA, 2015). A disfunção executiva aparece através da desorganização, inadequação para o planejamento de tarefas, comprometimento da percepção do tempo e da memória operacional, execução incompleta de tarefas longas e dificuldades em observar e reconhecer erros cometidos durante sua realização (NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2015).

O impacto do transtorno da criança com TDAH no âmbito familiar é evidente, constatando-se que a presença de uma criança com TDAH na família pode alterar a dinâmica dos envolvidos, principalmente a mãe, por ser na maioria das vezes a cuidadora principal (CARVALHO et al., 2013). Ocorre o desgaste emocional dos pais de crianças com TDAH com

a frequente necessidade de monitorar o comportamento de seus filhos, e isso provoca frustração, irritação e julgamentos tendenciosos, tornando a rotina familiar com discussões familiares, agressões e ressentimentos constantes (MATTOS, 2015).

Depreende-se dos estudos que o impacto da doença mental no cotidiano atinge vários aspectos da vida familiar, podendo ser considerado como fator de sobrecarga porque requer que os cuidadores/familiares coloquem as suas necessidades e desejos em segundo plano, interrompam sua rotina e, conseqüentemente, mudem sua vida. Por isso, a família necessita de apoio e cuidado por parte da equipe de saúde (BURIOLA; ZURITA; MARCON, 2016).

No âmbito escolar as crianças com TDAH apresentam dificuldades de atenção, falta de interesse nas atividades escolares, são desorganizadas com o seu material e, muitas vezes, são agitadas (JAFFERIAN; BARONE, 2015). É no contexto escolar que a inquietude e a impulsividade são interpretadas como falta de disciplina, e a desatenção como negligência, já que esses sintomas do TDAH são possíveis de serem observados desde cedo, ainda em fases anteriores à pré-escola (JOU; MARARAL, RIOTA, 2010; BARKLEY, 2008).

O TDAH pode ocasionar dificuldades na manutenção de amizades, tendo em vista não seguirem regras estabelecidas no grupo e gerarem rejeição dos outros. Estudos sobre pessoas com o transtorno citam casos de falta de atenção ao que os colegas falam, casos de punição do professor a outras crianças na sala de aula quando apenas um aluno iniciou a desordem, causando desafeto e afastamento entre os colegas da escola (MATTOS, 2015).

Os problemas decorrentes do TDAH, em geral, não desaparecem com a idade, e muitas vezes as conseqüências persistem na vida adulta (DUMAS, 2011). Além dos problemas já descritos anteriormente, os indivíduos com TDAH podem apresentar prejuízo na saúde emocional e na competência social (GUIDOLIM et al., 2013), como também são vulneráveis a complicações psicossociais (REGALLA et al. 2007; BARKLEY, 2014; ZORLU et al., 2015).

Autores declaram que há uma ampla variedade de potenciais riscos sociais, como os possíveis comprometimentos com a justiça e com uso de substâncias, doença mental na idade adulta, múltiplos casamentos, as incertezas no campo laboral e a incidência de graves acidentes, bom como suas sequelas (ROMANO-SILVA, MIRANDA, SOARES, 2015).

Estudos que avaliaram o desfecho a longo prazo do TDAH observou que os piores resultados são nos pacientes não tratados. Em revisão sistemática que envolveu 351 artigos, Shaw e colaboradores (2012) encontraram 244 estudos em que os participantes com TDAH sem tratamento apresentaram pior evolução, sobretudo em desempenho acadêmico, uso de substâncias e risco de acidentes automobilísticos.

Em síntese, o TDAH é um transtorno neuropsiquiátrico e multifatorial. Embora os pacientes tenham características comuns, há grande variabilidade na expressão do transtorno. A intervenção requer a participação de uma equipe interdisciplinar, tendo em vista a criança precisar de atenção especial em casa, na escola e no relacionamento social (NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2015).

4.2. Tratamento e abordagem familiar para um cuidado efetivo

O tratamento envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas. Devido não haver tratamento curativo para o TDAH, o objetivo é diminuir a intensidade e frequência dos sintomas, melhorando a qualidade de vida do paciente. Autores destacam que o tratamento requer principalmente a psicoeducação, o manejo da conduta e o apoio acadêmico e farmacoterapia (MORENO FONTIVEROS et al., 2015).

No Brasil, a assistência à criança com TDAH tem por base ações de promoção da saúde focando no diagnóstico precoce com a redução da repercussão do agravo na infância. O diagnóstico pode ser suspeito por meio do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, destacando-se as ações de puericultura (NASCIMENTO et al., 2016).

Miranda, Muszkat e Mello (2013) esclarecem que os atuais programas de reabilitação neuropsicológica integram intervenção medicamentosa, treino cognitivo, desenvolvimento de estratégias compensatórias e trabalho de orientação aos pais, visando diminuir o impacto das dificuldades na vida diária. Destaca-se que a compreensão dos pais acerca das dificuldades da criança, bem como sua participação no tratamento, reforça o relacionamento e aumenta a adesão.

Quanto à farmacoterapia desse transtorno, os psicoestimulantes tem se mostrado altamente eficazes no tratamento desses quadros. Estudos relatam que sua eficácia melhoram os sintomas associados ao transtorno, bem como melhoram a autoestima e o funcionamento cognitivo, social e familiar. O metilfenidato, medicamento estimulante mais avaliado para TDAH, tem como base o aumento de liberação de noradrenalina e dopamina, aumentando no indivíduo o interesse, atenção e motivação pela tarefa. No que diz respeito às abordagens para tratar o TDAH em pré-escolares, estudo de revisão destacou, enquanto consenso clínico, que as intervenções psicossociais devem ser experimentadas como primeira medida, considerando a

necessidade de treinamento comportamental dos pais bem como o encorajamento para o trabalho conjunto entre família e escola (GHUMAN; ARNOLD; ANTHONY, 2008).

Apesar de 80% das crianças e adolescentes responderem bem ao uso de estimulantes de liberação rápida e prolongada, um tratamento alternativo pode ser necessário através de outros medicamentos: atomoxetina, antidepressivos tricíclicos, bupropiona, betabloqueadores, anticonvulsivantes, antipsicóticos, cafeína (BARBIRATO et al., 2015).

No âmbito do SUS, o cuidado à criança com transtornos mentais nos serviços públicos de saúde mental, CAPSi é fornecido por equipe multiprofissional com atuação do: psiquiatra infantil, psicólogo, psicopedagogo, enfermeiro, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, educador físico e assistente social, que buscam garantir o acesso, a integralidade e a resolutividade (ONOCKO-CAMPOS, 2006; BASTOS et al., 2014). Destaca-se que os serviços de saúde mental atuam frequentemente de forma a minimizar sintomas e atender a demandas e desconfortos do indivíduo e da família (NARDI, QUEVEDO, SILVA, 2015).

Enquanto profissional envolvido no tratamento do TDAH, o médico, psiquiatra ou neuropediatra propõe o diagnóstico de TDAH, exigindo para tanto um histórico cuidadoso, o uso de escalas de avaliação padronizadas e atenção ao comportamento do paciente e às informações referidas pelos informantes (DUMAS, 2011).

O profissional psicólogo atua frequentemente através de terapia cognitivo-comportamental, a qual vem apresentando grandes avanços no desenvolvimento dos pacientes, tendo como objetivo a modificação do meio físico e social, transformando e alterando seu comportamento (PEIXOTO, RODRIGUES, 2008). Na área da psicologia, uma das estratégias utilizadas para colaborar na compreensão do TDAH e na adesão de tratamento são os grupos de psicoeducação dos pais, também muito utilizada em casos de outros transtornos (MONTROYA, COLOM, FERRIN, 2011). As intervenções psicológicas são capazes de encorajar o paciente na tomada de consciência de seus sintomas, ajudam no engajamento do tratamento, seja farmacológico ou não, e colaboram no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento dos problemas (CASTRO, NASCIMENTO, 2009; MONTROYA et al., 2011).

A respeito da abordagem fonoaudiológica, a Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA) sugere esse recurso como alternativa nos casos onde existe simultaneamente Transtorno de Leitura (Dislexia) ou Transtorno da Expressão Escrita (Disortografia) (ROHDE; HALPERN, 2004). Estudo de revisão sistemática revelou que as alterações fonoaudiológicas no TDAH mais abordadas são os distúrbios de leitura, seguidas das alterações de processamento auditivo. Desta forma, destaca-se a necessidade da participação do fonoaudiólogo nas equipes

que avaliam crianças e adolescentes com sintomas do transtorno (MACHADO-NASCIMENTO; MELO E KUMMER; LEMOS, 2016).

Há também o tratamento com fisioterapia que utiliza como uma das formas de tratamento o Programa de Estimulação Psicomotora (PEP), ajudando a criança com TDAH a minimizar o comportamento hiperativo e organizar a psicomotricidade. No PEP são avaliadas: praxia fina e global, equilíbrio, noção do corpo, organização espaço-temporal, lateralização e tonicidade e os trabalhos são voltados para o planejamento e programação das ações a fim de colaborar para o tratamento da psicomotricidade. De acordo com Sarmento, Braga e Martins (2010), tratamentos como esses se tornam efetivos pois atuam diretamente na organização das emoções, cognições e percepções.

Quanto à área educativa, as intervenções a nível psicopedagógico se destacam e podem incluir: adaptação do currículo, modificação do ambiente, flexibilidade na realização e apresentação de tarefas, adequação do tempo de atividade, administração e acompanhamento de medicação, quando necessário (BENCZIK; BROMBERG, 2003).

É importante salientar que o TDAH não se caracteriza, necessariamente, como uma dificuldade de aprendizagem; no entanto, devido a algumas peculiaridades do transtorno, as crianças podem ter prejuízos na vida escolar. Crianças com o transtorno podem apresentar lacunas no aprendizado, por isso é importante que o psicopedagogo tenha conhecimentos acerca do TDAH (LUIZAO; SCICCHITANO, 2014).

A respeito das atividades físicas, estudo realizado por Poeta e Rosa Neto (2005), destaca-se estudo de Costa, Moreira e Seabra Junior (2015) que estabeleceram um programa de intervenção realizado por professores de educação física no qual demonstrou-se ser favorável ao estímulo referente às condições de memória, atenção e concentração de alunos com TDAH contribuindo com a prática docente junto à criança com TDAH.

Outro profissional habilitado para o cuidado da criança com TDAH é o enfermeiro, que deve buscar desvelar o cotidiano e a dinâmica das famílias que têm pessoas com transtornos mentais, reconhecer seus problemas de saúde delineando, assim, suas redes e apoios sociais, além de acolher o sujeito com sua história de vida pautada em seu contexto psicossocial e político-cultural (VICENTE; HIGARASHE; FURTADO, 2015).

Quanto as orientações de cuidados aos pais e cuidadores de crianças com TDAH, estudos destacam sobre o fornecimento de informações adequada sobre o desenvolvimento infantil e as alterações que ocorrem em idade precoce (PALACIOS-CRUZ et al., 2011), além da necessidade de melhorar a quantidade e a qualidade da educação acerca do TDAH e seu tratamento, com o fim de melhorar as decisões terapêuticas e obter o melhor prognóstico

(MANDIOLA; OYARZO, VASQUEZ, 2012; ARAÚJO et al., 2015; BRINKMAN; EPSTEIN, 2014).

Na perspectiva do ensino, os meios de comunicação em massa são considerados instrumentos que devem anunciar sobre a forma de avaliação e tratamento da criança e os médicos devem desempenhar um papel mais ativo na educação de familiares e crianças (BRINKMAN; EPSTEIN, 2010; GHANIZADEH, 2007).

Outro ponto importante é o estímulo a decisão compartilhada com os pais. Autores sugerem a educação em saúde sobre o TDAH e que o tratamento disponível aos pais ocorra desde a atenção primária com o apoio de agências e profissionais da área de saúde mental (SLEATH et al., 2015).

Em Singapura, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Academia de Medicina desenvolveram recomendações das diretrizes para a prática clínica do TDAH baseada em evidências científicas. Destacaram-se com relação ao apoio familiar as recomendações sobre educação, encaminhamentos para profissionais habilitados para atuarem com estratégias de gestão de comportamento e o incentivo para que os pais compartilhem informações sobre o filho com a escola (FUNG et al., 2014).

Nessa mesma perspectiva, estudo destacou sobre a importância da participação dos pais para a resposta em intervenções a nível de escola-família, recomendando o uso de estratégias para aumentar o envolvimento dos pais para a obtenção de resultados mais promissores (CLARKE et al., 2015). O uso de educação em saúde nos programas de treinamento com pais e professores para lidarem com situações cotidianas são estimulados (OSTBERG; RYDELL, 2012), sendo que o êxito nos resultados das intervenções é mais evidente quando os pais são mais informados sobre o tratamento e preparados para consultas de acompanhamento (BRINKMAN et al.; SHATA et al., 2014).

Estudo relevou haver associação entre os sintomas de TDAH na infância e obesidade. Pesquisa longitudinal obteve como resultados que as crianças com este transtorno estão em maior risco de se tornarem adolescentes obesos e fisicamente inativos, recomendando a atividade física enquanto ação benéfica tanto para problemas de comportamento quanto para prevenção da obesidade (KHALIFE et al., 2014).

Segundo Silva (2009), a orientação e o aconselhamento familiar são fundamentais, pois possibilitam preparar pessoas da família para ajudar pacientemente a criança com as tarefas cotidianas e com as atividades ligadas à escola. Desse modo cabe ao profissional proporcionar meios para minimizar os impactos que essa condição pode gerar para a criança, escola e família, a partir de uma prática fundamentada em evidências científicas.

À família deve ser dado um suporte na administração dos comportamentos-problema com a criança. Compreender e adequar os comportamentos daqueles que convivem com pacientes com TDAH são fundamentais para um convívio bem sucedido (CAIM; BARBIRATO, 2015). Nesse sentido, Barkey (2002) estipulou princípios fundamentais à arte de conduzir um filho com TDAH pacífica e eficientemente, destacando que as crianças precisam de instruções claras, regras explícitas, informações externalizadas e firmeza.

A respeito do que os pais e cuidadores podem fazer, Silva (2014), embasada em pesquisas norte americanas realizadas por Michel Goldstein e Sam Goldstein, destaca: pais bem informados sobre o problema dos filhos; instruir a criança de maneira serena e não ameaçadora; quando a criança acertar, fazer elogios em forma de recompensa; ser coerente e constante quanto a disciplina; estabelecer horários regulares e cronograma de tarefas; e proporcionar atividades físicas.

Para o manejo do tratamento do TDAH, a Academia Americana de Pediatria estipula algumas diretrizes, destacando-se dentre elas o melhoramento da qualidade dos relacionamentos do paciente com familiares, uso de medicações e/ou terapia comportamental e o uso do reforço positivo. A orientação aos pais facilita a compreensão das disfunções nas relações familiares que, mesmo não intencionalmente, corroboram a manutenção ou intensidade dos sintomas. São elencados como recursos comportamentais: uso da atenção diferenciada, avisos externos e pistas sobre as regras e sobre os intervalos de tempo. Assim, os pais devem ajudar as crianças com TDAH antecipando-lhes eventos, desmembrando as tarefas futuras em passos menores e mais imediatos e usando recompensas artificiais imediatas, sistema de fichas e custo de respostas (APA, 2001; CARIM; BARBIRATO, 2015).

Corroborando com essas orientações tem-se, na perspectiva brasileira, a divulgação de informações para portadores de TDAH e seus familiares através do site da ABDA (2018) sobre orientações aos pais de crianças com TDAH: Reforço ao que há de melhor na criança; Procurar conversar com a criança sobre seus sentimentos; Estabelecer regras e limites dentro de casa; Elogie!; Obter contato próximo com os professores para acompanhar melhor o que está acontecendo na escola; Todas as tarefas têm que ser subdivididas em tarefas menores que possam ser realizadas mais facilmente e em menor tempo; Manter o ambiente doméstico o mais harmônico e o mais organizado quanto possível; Reservar um espaço arejado e bem iluminado para a realização da lição de casa; Incentivar a criança a exercer uma atividade física regular; Estimular a criança a fazer e a manter amizades.

A respeito do que os pais e cuidadores podem fazer para melhorar a convivência e estimular os bons comportamentos nas crianças com TDAH, Silva (2014) destaca dicas que

envolvem: 1. Conhecimento e a informação dos pais sobre o problema que o filho enfrenta, o motivo do comportamento; 2. Avaliação e identificação de características de impulsividade e desatenção em si mesmos; 3. Diferenciar desobediência e inabilidade, e no primeiro caso, deixar claro as consequências desagradáveis caso a criança desobedeça; 4. Aplicar ordens positivas e promover recompensas positivas (elogios, demonstração de amor, balas, sistemas de pontos); 5. Quando for necessário o castigo, agir com coerência e constância.

Mattos (2015) ratifica estas orientações ao destacar o papel dos pais no tratamento informando-se sobre o transtorno, causas e manifestações em casa e na escola, promovendo o diálogo com a criança sobre aspectos do seu comportamento que facilitam ou dificultam as coisas para ele. O autor realça sobre a importância de esclarecer as normas sobre os comportamentos, com rotinas claras, explicando o motivo das regras; eleição de prioridades de comportamentos desejados; e, elogiar comportamentos alcançados.

A partir dessa análise, constatou-se que os estudos evidenciam a necessidade de apoiar os pais no cuidado à criança com TDAH, através de ações de educação em saúde onde seja abordado aspectos relacionados ao transtorno, bem como o estímulo a participação em atividades de intervenções conjuntas entre profissionais de saúde, pais, criança e escola para o manejo do comportamento da criança em domicílio e na esfera educacional.

5 MÉTODO

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de pesquisa quase-experimental do tipo antes e depois, com enfoque no desenvolvimento e na avaliação de uma tecnologia educacional, do tipo cartilha. Esse delineamento metodológico consiste na elaboração e no desenvolvimento de estratégias tecnológicas que possam ser implementadas e avaliadas em ambiente educacional e assistencial, tendo como objetivo a criação de produtos ou serviços (RODRIGUES, 2007). O uso da validação é necessário para verificar a validade de conteúdo e constructo de uma tecnologia, no qual se verifica a análise do propósito pelo qual esta será utilizada (POLIT; BECK, 2011).

Salienta-se que os materiais educativos impressos, como cartilhas educativas, são reconhecidamente utilizados como tecnologias facilitadoras do processo de ensino aprendizagem no processo de aquisição, aproveitamento e aprofundamento de conhecimentos, de domínio de habilidades e de tomada de decisão. Seu uso é justificado tendo em vista, o reforço às orientações verbais, servindo como guia de informações no caso de dúvidas posteriores e auxiliando o enfrentamento e solução de problemas de saúde pelo próprio usuário (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003).

Seguiram-se as recomendações para construção de manuais de autoria de Echer (2005): submissão do projeto a um Comitê de Ética e Pesquisa; busca de literatura especializada; adequação das informações da literatura para população alvo; escolha das informações relevantes; ilustração do conteúdo selecionado; validação de conteúdo e de aparência desse material por profissionais de saúde; por especialistas em construção de material educativo impresso (MEI); e, avaliação por familiares. Contudo, embora Echer (2005) não proponha em seu modelo que seja realizada uma investigação inicial das demandas do público alvo da cartilha educativa, a pesquisadora optou por investigar o conhecimento prévio dos familiares sobre TDAH para obter maior precisão dos assuntos a serem abordados na cartilha educativa.

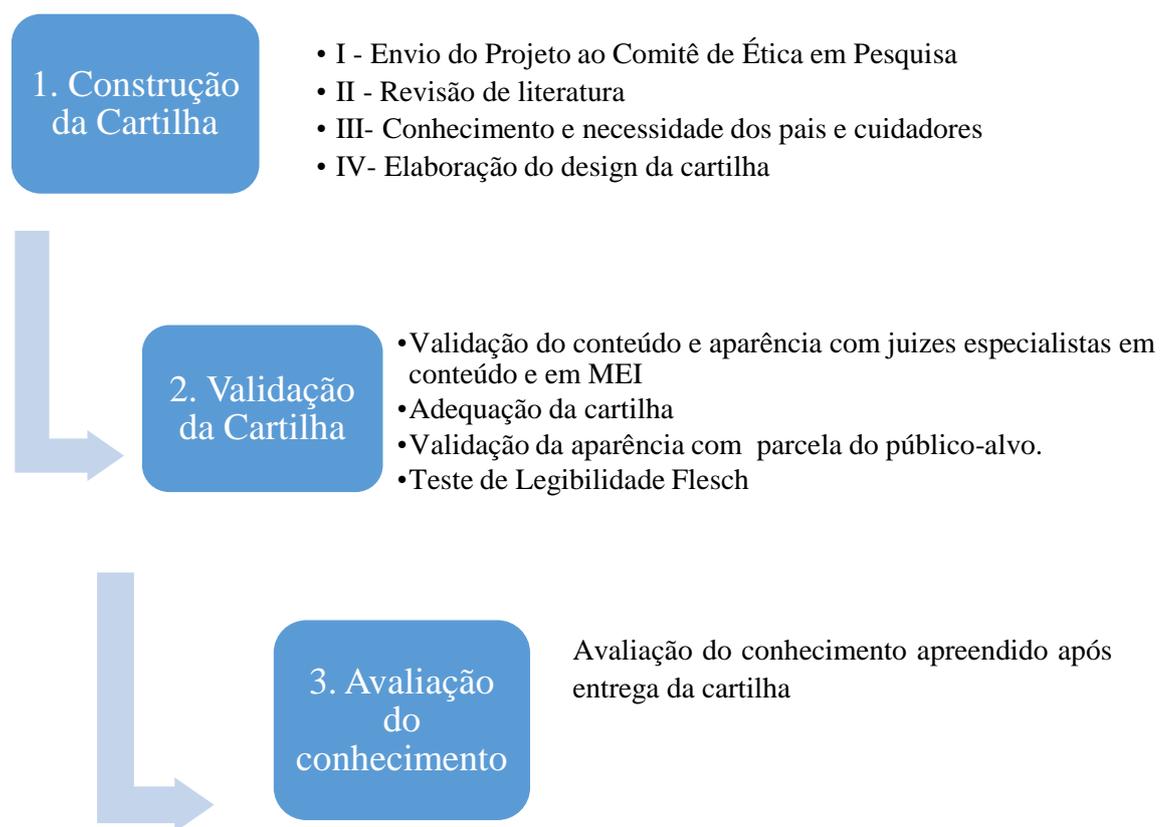
Destaca-se que outros estudos que se propuseram a construir e validar materiais educativos utilizaram as recomendações de Echer (2005). Tais materiais abordam diferentes temas como: prevenção vertical de HIV (LIMA, 2014), alimentação saudável durante a

gravidez (OLIVEIRA; LOPES; FERNANDES, 2014), orientações sobre asma na infância (ARAÚJO, 2016) e orientações pós-transplante cardíaco em crianças (FEITOZA, 2015).

5.2 Etapas do Estudo

Para melhor compreensão do desenvolvimento do estudo, este foi dividido em três etapas, as quais contemplaram: I- Construção da Cartilha; II- Validação do conteúdo e da aparência e, III- Avaliação da aquisição do conhecimento após entrega da cartilha. As etapas serão explanadas em forma de diagramas e, posteriormente, apresentadas e descritas detalhadamente nos sub-itens subsequentes.

Figura 1 - Diagrama do caminho metodológico da construção e validação da cartilha sobre TDAH em crianças. Fortaleza-CE, 2018.



5.2.1 Construção da cartilha

Nesta primeira etapa de construção da cartilha, observaram-se os quatro sub-itens considerados importantes: I-Envio e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP); II-Análise criteriosa dos estudos sobre o tema; III- Investigação sobre as demandas de conhecimento e necessidades dos pais e cuidadores sobre o TDAH; e, IV- Design da Cartilha incluindo da elaboração textual, formatação das imagens, da diagramação e das ilustrações selecionadas por um profissional especializado em design gráfico, finalizando a primeira versão da cartilha.

Desta forma, após a qualificação do projeto de pesquisa e realizados os ajustes a partir da análise das contribuições sugeridas pela banca, o projeto foi encaminhado para a avaliação e aprovação pelo CEP (Parecer: 2.112.622) (descrita mais detalhadamente no item 5.3). Em seguida procedeu-se a revisão da literatura nacional e internacional para obter informações sobre orientações para pais e cuidadores sobre o cuidado à criança com TDAH, a qual foi contemplada no capítulo de Revisão de Literatura (item 4.0).

Para melhor adequação da cartilha ao público-alvo e tendo em vista a possibilidade de existirem dúvidas e demandas dos pais e cuidadores de crianças com TDAH envolvendo este transtorno, buscou-se investigar essas lacunas de conhecimentos para guiar a elaboração da cartilha. Sendo assim, concluído o levantamento na literatura, foi realizada entrevista individual com os pais e cuidadores, que será descrita no item seguinte.

Após a coleta dessas informações e identificados o conteúdo, o layout, as ilustrações, diagramação e textos, houve a discussão e construção da cartilha por design gráfico, obtendo-se a primeira versão da cartilha (vide item 5.2.1.2). Descrever-se-á detalhadamente os itens da elaboração da cartilha, após aprovação do CEP.

5.2.1.1 Conhecimentos e necessidades dos pais e cuidadores sobre cuidar de criança com TDAH

Esta etapa pretendeu complementar a busca de informações na literatura, constituindo-se da investigação do conhecimento dos pais e cuidadores acerca do cuidado da criança com TDAH no intuito de que o conteúdo da cartilha contemple as lacunas de (des)conhecimento existentes sobre essa temática, tendo em vista a complexidade da natureza da problemática abordada.

Os participantes da pesquisa foram constituídos por pais ou cuidadores, maiores de idade, autodeclarados cuidadores de crianças com TDAH usuárias do CAPSi dos municípios de Juazeiro do Norte e Barbalha-CE. A escolha dos referidos municípios deu-se devido a estes

serem os primeiros a implantarem o serviço especializado em saúde mental na infância e juventude, situando-se na região do Cariri, e que acolhe grande parcela das demandas na saúde mental, bem como local onde há multiplicidade de cursos universitários, destacando-se os de enfermagem, pedagogia, psicologia e medicina.

Para a seleção dos participantes foi utilizado o critério da intencionalidade, no qual, segundo Gil (2008), os indivíduos são selecionados a partir de características consideradas relevantes pelos pesquisadores, tornando a pesquisa mais rica em termos qualitativos. Obteve-se autorização dos CAPSi dos municípios de Barbalha e Juazeiro do Norte para realização das entrevistas, bem como solicitou-se informações das crianças, usuárias dos serviços, com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de TDAH e de seus familiares-cuidadores. O critério de escolha dos pais e cuidadores ocorreu por amostragem probabilística não intencional, para que os sujeitos tivessem a mesma probabilidade de serem selecionados e não existe decisão proposital do pesquisador sobre a população, para a seleção da amostra (POLIT; BECK, 2010). Os critérios de inclusão foram: ser pai, mãe ou cuidador de criança com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de TDAH, sendo esta usuária do serviço especializado em saúde mental (CAPSi) a pelo menos três meses; participar das últimas consultas com as crianças usuárias do CAPSi e declarar ser cuidador no ambiente domiciliar dessa criança.

Os pais ou cuidadores que se enquadraram nos critérios de inclusão foram convidados a participar voluntariamente do estudo, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para levantamento do perfil dos participantes foi solicitado o preenchimento de uma ficha (APÊNDICE B) composta por dados socioeconômicos como idade, sexo, religião, estado civil, renda familiar e quantidade de pessoas na residência.

Para condução da entrevista e auxílio na coleta de dados, utilizou-se roteiro criado pela pesquisadora com os seguintes itens, dentre outros: o conhecimento sobre TDAH; sinais e sintomas evidenciados neste transtorno; tratamento; dificuldades no cuidado à criança com TDAH, bem como opinião e sugestões sobre o conteúdo a ser abordado em material educativo impresso sobre o tema (APÊNDICE C).

Desta forma, após contato, apresentação da pesquisa e autorização da coordenação dos serviços (APÊNDICE D), foi realizada a identificação das crianças com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de TDAH. Após apresentação da pesquisadora e da pesquisa houve o convite aos pais ou cuidadores responsáveis para participação da entrevista, que ocorreu em sala reservada nas dependências dos referidos serviços em data e horário adequados.

Ressalta-se que o município de Juazeiro do Norte conta com uma população de 254.320 habitantes, estando inserido na Macrorregião de Saúde do Cariri, sendo sede da Microrregião de Saúde da qual participam seis municípios (IBGE, 2010).

O município de Juazeiro do Norte possui apenas um CAPSi inaugurado em 22 de julho de 2015. A média mensal de atendimentos é de 100 crianças e adolescentes, atendidas entre os regimes semi-intensivo, não intensivo, acolhimento e ambulatorial, com consultas de seguimento. O CAPSi José Francisco Filho (Seu Mocinho) conta com os seguintes profissionais de saúde: um médico psiquiatra, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um assistente social, um educador físico, um terapeuta ocupacional, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo e uma psicóloga. São desenvolvidas atividades individuais e grupais com os usuários, destacando-se: grupo de educação física e fisioterapia; grupo de abordagem psicoterapêutica com adolescentes. Há reuniões esporádicas e irregulares com os familiares/cuidadores de usuários do serviço.

O município de Barbalha, Brasil, localiza-se ao sul do Estado do Ceará na região metropolitana do Cariri, distante 575 km de Fortaleza, estando encravada junto às cidades de Crato e Juazeiro do Norte. A sua área geográfica é de 479.184km e a população de, aproximadamente, 55.373 habitantes (IBGE, 2010). O município possui um CAPSi (Girassol) inaugurado em 2006, assistindo crianças e adolescentes da região do Cariri. A média mensal de atendimentos é de 300 crianças e adolescentes providas dos municípios de Barbalha, Missão Velha, Mauriti, Crato e Jardim. O CAPSi Girassol conta com os seguintes profissionais de saúde: um médico psiquiatra, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, uma assistente social, um terapeuta ocupacional, um psicopedagogo e uma psicóloga. São desenvolvidas atividades individuais e grupais com os usuários, em especial com a psicopedagoga e com a psicóloga. As reuniões com os familiares/cuidadores de usuários do serviço são agendadas esporadicamente, conforme planejamento da equipe do serviço.

Publicações relativas a incidência e prevalência de crianças com diagnóstico de TDAH nos referidos municípios ainda são desconhecidos e carecem de investigações epidemiológicas, porém os coordenadores dos referidos serviços estimam que uma média de 40-50% dos atendimentos sejam de crianças com hipótese diagnóstica e diagnóstico de TDAH, isolado ou em comorbidade com outros transtornos mentais, em especial, o autismo.

Ressalta-se que as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Os dados sociodemográficos estão apresentados em quadros e analisados a partir da estatística descritiva. Para a análise dos dados qualitativos, utilizou-se da análise temática do conteúdo das

falas, conforme método que se desdobra em três fases: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2010).

Este método tem por finalidade colher informações pertinentes sobre o objeto de pesquisa, no sentido de alcançar os objetivos propostos. Dessa forma a entrevista individual foi a opção viável para obter as respostas sobre a problemática levantada, pois consiste em um método no qual o entrevistado tem a oportunidade de discorrer sobre as indagações, sem se prender aos questionamentos (MINAYO; DELANDES, GOMES, 2008).

Foram respeitados todos os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos, destacando-se que os participantes foram identificados por código alfanumérico, pela junção da letra (E) referente ao termo entrevistado, com o número indicativo da ordem de entrevista, mantendo-se assim o sigilo e anonimato dos participantes.

O encerramento da coleta das entrevistas teve como base o critério de saturação de dados, que segundo Fontanella; Ricas e Turato (2008) consiste em suspender a inclusão de novos participantes na medida em que as informações fornecidas por estes pouco acrescentarem ao material já obtido, ou seja, tornarem-se redundantes, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados. Logo, o número de informantes não teve tanta representatividade, mas sim os significados das respostas mediante o objetivo do estudo visado.

O período para a identificação dos participantes, convites e realização das entrevistas foi de junho a outubro de 2017.

5.2.1.3 Elaboração do Design da Cartilha

A partir dos dados coletados com a revisão da literatura acrescido dos dados das entrevistas com pais e cuidadores acerca do conhecimento sobre cuidado a criança com diagnóstico de TDAH, a primeira etapa foi finalizada com a seleção das informações essenciais sobre a temática e a adequação da linguagem da literatura. Observou-se o uso do melhor vocabulário para facilitar a compreensão pelo público alvo. Pontua-se que a transformação da linguagem das informações deve torná-las acessíveis a todas as camadas da sociedade, independentemente do nível escolar da população (ECHER, 2005).

Em relação à linguagem, ilustração e layout, a cartilha foi guiada pelos critérios de Moreira, Nóbrega e Silva (2003). Para os autores, os critérios que o profissional de saúde deve considerar para elaborar materiais educativos tem como propósito evitar mal-entendidos que

possam determinar conceitos e ações inapropriadas pelo público-alvo. Eles serão apresentados nos quadros a seguir:

Linguagem

Quadro 1 – Aspectos da linguagem considerados para elaboração de materiais educativos impressos.

Serão apresentadas de três a quatro ideias principais por seção.
Será apresentada uma ideia por vez, desenvolvendo-a completamente, para, depois, passar para uma seguinte, já que idas e vindas entre tópicos podem confundir o leitor.
As ações serão apresentadas em uma ordem lógica.
As ideias e conceitos abstratos serão clarificados com exemplos
O uso de jargão, termos técnicos e científicos serão evitados. Se forem indispensáveis, serão explicados em linguagem que o leitor possa entender.
As ações positivas serão destacadas, dizendo ao leitor o que ele deve fazer e não o que ele não deve fazer.
Serão informados aos clientes os benefícios que eles terão com a leitura do material.
Sempre que possível, utilizar palavras curtas, as sentenças serão construídas com oito a 10 palavras.
As informações serão escritas em forma de conversa, pois o estilo conversacional é mais natural e mais fácil de ser lido e entendido.
Será utilizada voz ativa, como também, palavras com definições simples e familiares, além de analogias familiares ao público.

Fonte: Moreira, Nóbrega e Silva (2003).

Ilustrações

Quadro 2 – Aspectos sobre ilustrações considerados para elaboração de materiais educativos impressos.

Serão elaboradas ilustrações que ajudem a explicar ou enfatizar pontos e ideias importantes do texto.
Não serão utilizadas ilustrações abstratas e que tenham apenas função decorativa no texto, como também desenhos e figuras estilizadas.
Será ilustrado a ação ou comportamento esperado ao invés do que deve ser evitado.

Quadro 2 – Aspectos sobre ilustrações considerados para elaboração de materiais educativos impressos (continuação).

Serão utilizados desenhos de linha simples que funcionam melhor para ilustrar um procedimento.
Serão usadas ilustrações apropriadas ao leitor, evitando-se ilustrar material dirigido ao público adulto/idoso com motivos infanto-juvenis e vice-versa.
Objetos pequenos serão apresentados em ilustrações maiores para que os detalhes sejam visualizados.
Serão empregadas ilustrações de boa qualidade e alta definição, para tal, estas ilustrações serão realizadas por um profissional da área de design gráfico.
Não serão utilizadas caricaturas.
Serão utilizados símbolos e imagens familiares ao público alvo, que permitem as pessoas se identificar com a mensagem.
Símbolos e sinais pictográficos serão usados com cautela. Símbolos “universais” como sinal de pare, X e setas, por exemplo, podem não ser entendidos pelo público-alvo.
Serão consideradas nas ilustrações apresentadas, características raciais e étnicas do público-alvo.
As ilustrações serão dispostas de modo fácil, para o leitor segui-las e entendê-las, próximas aos textos aos quais elas se referem.
Setas ou círculos serão empregados para destacar informações-chave na ilustração.

Fonte: Moreira, Nóbrega e Silva (2003)

Layout e Design

Quadro 3 – Aspectos de layout e design considerados para elaboração de materiais educativos impressos

Será utilizada fonte 12 para texto, no mínimo.
Serão utilizadas fontes para os títulos dois pontos maiores que as do texto.
Textos apenas com fontes estilizadas e maiúsculas não serão utilizados, pois dificultam a leitura.
Negrito será empregado apenas para os títulos ou destaques.
As cores serão usadas com sensibilidade e cautela evitando que o material fique visualmente poluído. Impressão preta sobre fundo claro é mais fácil de ler.
Será utilizada impressão fosca (papel e tinta), pois reduz o brilho e melhora a legibilidade.

Quadro 3 – Aspectos de layout e <i>design</i> considerados para elaboração de materiais educativos impressos (continuação).
Será confeccionada capa com imagens, cores e textos atrativos.
A mensagem principal e o público-alvo serão mostrados na capa, permitindo que o leitor capte a mensagem principal apenas por sua visualização.
Será sinalizado adequadamente os tópicos e subtópicos, usando recursos como títulos, subtítulos, negritos e marcadores para facilitar a ação desejada e a lembrança.
As palavras ou ideias-chave serão colocadas no início da frase ou da proposição.
Será apresentada uma ideia completa numa página ou nos dois lados da folha, pois se o leitor tem que virar a página, no meio da mensagem, ele pode esquecer a primeira parte.
As informações mais importantes serão colocadas no início e no fim do documento; As ideias serão organizadas no texto, na mesma sequência em que o público-alvo irá usá-las.

Fonte: Moreira, Nóbrega e Silva (2003)

Pontua-se que a pesquisadora fez encontros de avaliação e discussão com o profissional especialista em design gráfico para a elaboração das ilustrações que vislumbraram o conteúdo sequencialmente definido nas etapas anteriores. Utilizou-se programas de computador para construir as ilustrações e realizar o layout, os quais foram definidos pelo designer gráfico. A avaliação do trabalho pela pesquisadora foi realizada processualmente ao seu desenvolvimento. Salienta-se que as tecnologias impressas devem ser desenvolvidas para o fortalecimento de orientações a cuidadores e pacientes, onde o conteúdo ilustrado facilita o entendimento a partir das imagens. A cartilha propôs-se a ser atrativa, objetiva e sucinta, de forma que transmita uma orientação compreensível sobre o tema à população a quem se destina (ECHER, 2005).

Feito isso, as imagens, layout, arte gráfica, diagramação e editoração construídas por designer gráfico incluídas na cartilha foi submetida ao processo de qualificação/ avaliação com juízes especialistas e com parcela do público que irá utilizá-la futuramente.

O período em que ocorreu o contato com o profissional de design, planejamento e desenvolvimento da primeira versão da cartilha foi de setembro a novembro de 2017.

5.2.2 Validação da cartilha

A segunda etapa do estudo contemplou a validação da primeira versão da cartilha produzida, considerando três sub-itens: I- Validação por profissionais especialistas em

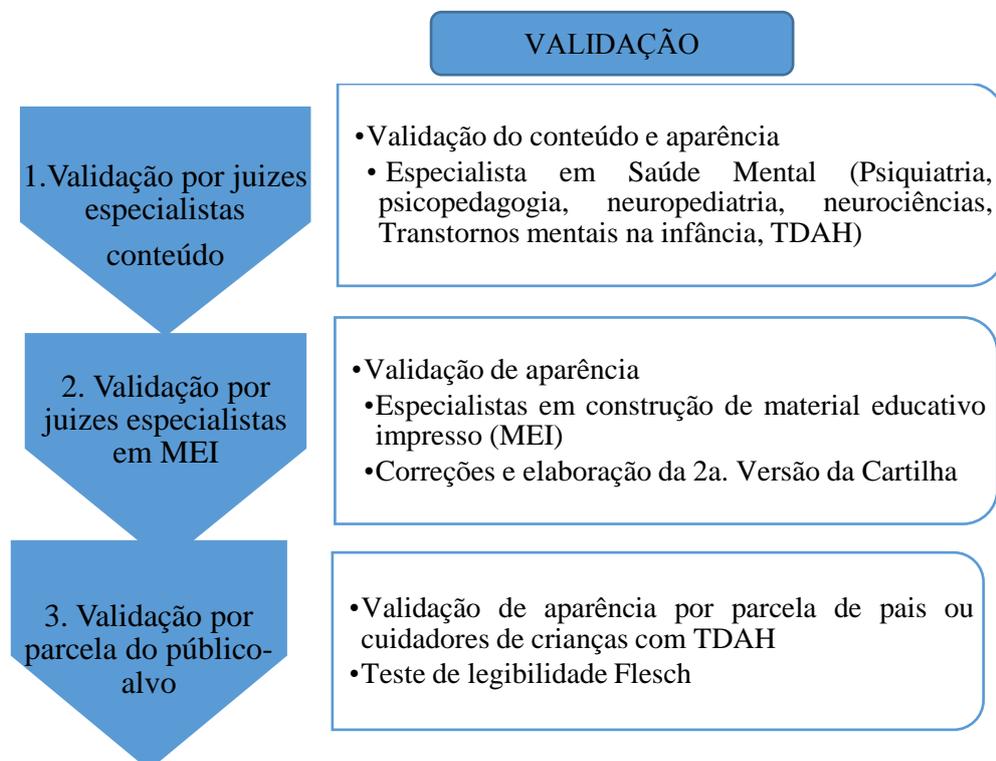
conteúdo; II- Validação por juízes especialistas em MEI; III- Validação por pais e cuidadores de crianças com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de TDAH e; IV- Teste de Legibilidade de Flesch.

A validação de conteúdo ocorreu a partir do julgamento por juízes-especialistas que analisam a representatividade do conteúdo bem como sua adequação, propondo sugestões, retirada, acréscimo ou alteração de algum item (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Destaca-se que antes de um instrumento ser utilizado na prática, a necessidade de sua validação permite a avaliação da qualidade dos dados nele contidos. Segundo Alexandre e Colucci (2011), o processo de validação deve contemplar especialistas e indivíduos leigos no assunto de que se trata o instrumento e relacionados com a população-alvo.

Quanto ao entendimento das informações pelo público-alvo, deve-se assegurar a compreensão dos textos e ilustrações apresentadas e realizar a reformulação de frases que não estejam claras para o leitor. Assim, a validação aparente ou semântica é realizada para avaliar se um instrumento contempla a função para a qual foi desenvolvido a partir da opinião das pessoas as quais os utilizarão (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Figura 2 - Diagrama da etapa de Validação da cartilha sobre TDAH. Fortaleza-CE, 2018.



5.2.2.1 Validação do conteúdo e aparência da cartilha por juízes especialistas em Saúde Mental e em MEI

Nesse item apresenta-se o processo de validação com juízes especialistas no assunto e por juízes especialistas em MEI, tendo em vista que o instrumento utilizado foi o mesmo, sendo que os primeiros avaliaram o conteúdo e a aparência e o segundo grupo avaliou apenas os aspectos relacionados a aparência.

Primeiramente a pesquisadora submeteu a cartilha produzida a um grupo de especialistas, o qual verificou a relevância dos itens propostos e sua representatividade em relação aos objetivos (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001). Nessa perspectiva, fez-se necessário que os especialistas sejam referências na área de interesse do construto, pois somente assim serão capazes de avaliar adequadamente a representatividade ou relevância de conteúdo dos itens submetidos (ALEXANDRE; COLUCCI, 2011).

Para identificação do número e qualificação dos especialistas, Lynn (1986) recomenda o número mínimo de cinco avaliadores e o máximo de dez. Pasquali (1998) refere que meia dúzia de especialistas é recomendável para o processo de validação. Lopes (2004) indica a escolha de um número ímpar de especialistas, pois desta forma evita-se empates na avaliação dos itens.

Segundo preceitua Alexandre e Colluci (2011), os especialistas devem ser referência na área de interesse do construto, sendo capazes de avaliar corretamente a representatividade ou relevância de conteúdo dos itens submetidos. Polit e Beck (2011) e Padilha, Gallani e Colombo (2004) destacam como recomendações a ênfase prática clínica para a seleção dos especialistas em conteúdo.

Neste estudo, seguiu-se as recomendações de Polit e Beck (2011) e Jasper (1994) quanto a escolha dos especialistas, destacando-se as características: possuir corpo especializado de conhecimento ou habilidades e ter experiência em campo específico da prática. Além disso, realizou-se adaptação dos critérios utilizados por Feitoza (2015).

Assim, a primeira versão da cartilha foi apresentada a juízes especialistas em Saúde Mental (profissionais com especialização, residência ou experiência assistencial ou clínica nas áreas de psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional infantil, fisioterapia, educação física, neuropediatria, psicopedagogia, neurociências e Transtornos mentais na infância, TDAH) e especialistas em Material Educativo Impresso (MEI), contemplando-se profissionais com experiência em construção, validação e publicação de material educativo impresso. Os

especialistas, após fazerem suas avaliações e sugestões quanto ao conteúdo e aparência, proporcionaram melhorias à cartilha, dando origem a uma segunda versão.

Desta forma, foram considerados juízes especialistas em Saúde Mental e juízes especialistas em MEI os profissionais que apresentaram o escore mínimo de cinco pontos, dentre os seguintes critérios:

Quadro 4- Critérios de seleção de juízes especialistas em Saúde Mental e em material educativo Impresso. Fortaleza- CE.

CRITÉRIOS DOS ESPECIALISTAS EM SAÚDE MENTAL	CRITÉRIOS ESPECIALISTAS EM MEI	PONTOS
Ter, no mínimo, dois anos de experiência profissional (assistência) em saúde mental, saúde mental infanto-juvenil, psiquiatria, neuropediatria, Transtornos mentais na infância).	Ter desenvolvido monografia, dissertação ou tese sobre construção e validação de tecnologias educacional em saúde.	03
Ter publicação na temática: saúde mental, ou transtornos mentais na infância ou TDAH.	Ter publicação sobre construção e validação de material educativo ou Educação em Saúde	03
Ter título de Mestre ou Doutor ou Residência na área Saúde Mental.	Ter título de Mestre ou Doutor	03
Ter título de Especialista na área de saúde mental, psiquiatria, neuropediatria, neurociências, psicopedagogia.	Ter título de especialista na área de educação ou Educação em Saúde	02
Ter orientado ou ser orientador de trabalho de graduação ou pós-graduação relacionado à temática Saúde Mental, Saúde mental na infância e Psiquiatria infantil, Promoção da saúde da criança com transtornos mentais (TDAH).	Ter orientado ou ser orientador de trabalho de graduação ou pós-graduação relacionado à construção e validação de tecnologias impressas.	02
Ser docente de curso de graduação ou pós-graduação em disciplinas que envolvam saúde mental\ psiquiatria, neurologia, psicopedagogia ou transtornos mentais na infância.	Ser docente de curso de graduação ou pós-graduação em disciplinas que abordem Tecnologias educativas em saúde (construção e validação).	02

Fonte: Adaptado do estudo de Feitoza, (2015)

Para o levantamento desses especialistas foi adotado a busca por conveniência dos currículos disponibilizados na Plataforma Lattes do portal CNPq. Tal pesquisa foi iniciada por assunto (palavras chave – Saúde Mental, Psiquiatria, TDAH, infância); (tecnologia educacional) na opção busca simples e foram utilizados os filtros para refinar os critérios.

A amostragem bola de neve foi utilizada como alternativa para a busca de especialistas, constituindo-se enquanto estratégia utilizada para localizar amostras difíceis ou impossíveis de serem encontradas de outras maneiras (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

Para o acesso aos especialistas utilizou-se o endereço eletrônico e a forma presencial por meio de carta-convite. Esses receberam os seguintes documentos: 1. Carta-convite, expondo o processo de elaboração da cartilha, e a importância da validação da mesma (APÊNDICE E); 2. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (APÊNDICE F); 3. Os instrumentos para validação de conteúdo e de aparência, que foram dispostos em duas partes, a primeira da caracterização dos especialistas e questão aberta sobre os principais cuidados que devem ser orientados aos pais e cuidadores de crianças com diagnóstico médico de TDAH; e a segunda que continha itens que avaliaram objetivos, conteúdo e relevância (representam o conteúdo), linguagem, ilustrações, layout, motivação, cultura (representam a aparência) (APÊNDICE G); 4. Cartilha (1ª versão).

Ressalta-se que para a escolha dos juízes especialistas em conteúdo, foi observado a escolha de diferentes profissionais quanto a sua formação (médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeuta ocupacional, psicopedagogo) com o intuito de buscar a contribuição significativa de cada área de atuação, tendo em vista que o tratamento e cuidado de crianças com TDAH requer a colaboração de uma equipe multiprofissional.

Destaca-se que o instrumento de avaliação de conteúdo e aparência foi adaptado de outros estudos que construíram e avaliaram material educativo impresso (SOUSA, 2011; FEITOZA, 2015).

As perguntas relativas à segunda parte do instrumento foram elaboradas na forma de escala tipo Likert. Nessa abordagem, pediu-se que os avaliadores indicassem até que ponto concordam ou discordam das afirmações. Para cada afirmativa do instrumento foi aceita apenas uma marcação e, a cada resposta, foi atribuído um número de pontos: 1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Neutro 4-Concordo e 5-Concordo totalmente.

Segundo Polit e Beck (2011), uma pontuação elevada representa uma avaliação positiva e a soma dos pontos dos itens permite distinguir com clareza as opiniões diferentes. No final de cada bloco avaliativo, havia um espaço para que os especialistas justificassem suas respostas ou propusessem sugestões.

Os avaliadores puderam registrar suas opiniões e sugestões com o propósito de aprimorar o material em diferentes aspectos, propondo recomendações quanto ao conteúdo e aparência. Pontua-se que todos avaliaram as ilustrações contidas nesse material, considerando sua atuação profissional. Destaca-se que o instrumento de coleta disponibilizou ao profissional

o registro de recomendações adicionais, que eventualmente não tenha sido contemplado nos itens do questionário.

O prazo para a entrega do instrumento de validação e TCLE, preenchidos e assinados pelos especialistas, foi de 20 dias via correio eletrônico à pesquisadora. Finalizada a avaliação de conteúdo e aparência por especialistas em Saúde Mental e em MEI, a pesquisadora analisou os dados e realizou as devidas adequações na estrutura, conteúdo, linguagem e ilustrações da cartilha, seguidas do trabalho de edição e diagramação do material pelo profissional especializado. Por fim, o material foi reorganizado e reproduzido, reelaborando-se a segunda versão.

Para a análise dos dados, estes foram compilados e analisados utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0, licença no. 10101131007, e apresentados em tabelas e gráficos e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

Os dados de identificação dos juízes (dados sociodemográficos, formação e atuação profissional) foram apresentados em tabelas e tratados a partir da estatística descritiva, mediante o uso de frequências absolutas e relativas.

De posse dos dados da validação da cartilha, realizou-se a análise dos dados obtidos de cada avaliador, tanto dos juízes em conteúdo quanto dos juízes especialistas em MEI. Deste modo, foram seguidos os passos: análise individual de cada instrumento de avaliação; registro das sugestões de cada avaliador em quadros sintéticos dos pontos de análise e implementação das sugestões propostas, contatando-se o profissional especialista em design gráfico para adequação das ilustrações, conforme necessidade.

Para a validação de conteúdo utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Este representa um método muito utilizado na área da saúde, Ele mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Foi analisado cada item individualmente, por domínio e o instrumento como um todo. O instrumento de coleta de dados continha uma escala tipo Likert com pontuação de um a cinco.

Segundo Polit e Beck (2011), a Validade de conteúdo dos itens individuais-Item-level Content Validity Index (I-CVI) é calculado a partir da soma do número de respostas 4 ou 5 dividido pelo número total de respostas. Quanto a validade de conteúdo de cada categoria/Scale-level Content Validity Index, Universal Agreement (S-CVI/UA) este foi calculado pelo número total de respostas 4 ou 5 dividido pelo número total de respostas multiplicado pelo número de itens na variável. Por fim, o IVC TOTAL foi calculado pelo

número total de respostas 4 ou 5 dividido pelo número total de itens multiplicado pelo número total de itens da escala.

Além do IVC, um dos atributos da confiabilidade dos dados da pesquisa é a homogeneidade ou coerência interna, que existe quando as questões de um instrumento refletem ou medem o mesmo conceito, ou seja, quando as questões do instrumento correlacionam-se ou são complementares umas com as outras. Ela pode ser medida através do Alfa de Cronbach.

O coeficiente de Alfa de Cronbach, segundo Pasquali (1997), mede o grau de covariância dos itens entre si, servindo como indicador da consistência interna do próprio teste e varia de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, mais alto o coeficiente de confiabilidade. Esse coeficiente demonstra a homogeneidade dos itens de uma escala na representação de apenas uma variável latente, o que sugere, indiretamente, o aspecto unidimensional do teste (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010). Quanto mais próximo de 1, maior a confiabilidade entre os indicadores. Um limite inferior geralmente aceito é de 0,7, apesar de cair para 0,6 em pesquisas exploratórias (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Segundo Pasquali (2013), a classificação da Confiabilidade do Alfa de Cronbach ocorre da seguinte forma: Muito baixa ($\alpha \leq 0,30$); Baixa ($0,30 < \alpha \leq 0,60$); Moderada ($0,60 < \alpha \leq 0,75$); Alta ($0,75 < \alpha \leq 0,90$) e Muito alta ($\alpha > 0,90$).

O período para identificação dos juízes especialistas em conteúdo e em aparência, envio e recebimento do instrumento de validação, análise e ajustes para a segunda versão da cartilha foi de novembro de 2017 a março de 2018.

5.2.2.2 Validação da aparência da cartilha por pais e cuidadores de crianças com TDAH

Em prosseguimento, após os ajustes da cartilha e desenvolvimento da sua 2ª versão, vislumbrou-se a validação da aparência da cartilha por uma parcela do público-alvo, os pais e cuidadores de crianças com TDAH.

Os pais e cuidadores de crianças com TDAH foram selecionados por conveniência e captados no momento de atendimento por qualquer um dos profissionais dos CAPS dos municípios de Juazeiro do Norte ou Barbalha-CE. Os critérios de inclusão foram: ser maior de idade, acompanhar a criança nos atendimentos do CAPSi e ser responsável pelo cuidado a criança com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de TDAH. A avaliação ocorreu nas referidas instituições, local onde pais e cuidadores receberam convite para participar da validação da aparência.

Essa etapa, segundo Polit e Beck (2011), consiste em avaliar a clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento. Segundo Alexandre e Collucci (2011), deve ser realizada com um grupo de seis a vinte sujeitos.

Aos pais e cuidadores foram fornecidos o TCLE e solicitado assinatura para o desenvolvimento da validação aparente (APÊNDICE H). A cartilha impressa foi fornecida para avaliação da aparência e entregue o questionário de avaliação (APÊNDICE I).

O instrumento de avaliação dos pais e cuidadores foi dividido em duas partes, sendo a primeira relacionada às características quanto aos dados de identificação (nome, sexo, idade, religião, escolaridade, estado civil, cor, profissão, renda familiar, idade do filho, diagnóstico médico e doenças prévias na criança). A segunda parte constou de itens que avaliaram objetivo, organização, linguagem, aparência, motivação e adequação cultural (APÊNDICE I).

Destaca-se que os itens de avaliação da aparência foram elaborados tendo como base a Suitability Assessment of Materials (SAM). Tal instrumento foi desenvolvido por Leonard, Cecília Doak e Raiz Jane em 1993, sendo posteriormente validado com 172 prestadores de cuidados de saúde de diversas culturas. No instrumento SAM há um check-list para avaliar 22 atributos relacionados à organização, estilo de escrita, aparência e motivação do material educativo (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Para cada item houve subitens com perguntas objetivas. As respostas às questões serão apresentadas sob uma escala de likert com cinco pontos (1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- Neutro; 4- concordo; 5- concordo totalmente).

Os dados de identificação do público-alvo (dados sociodemográficos) foram apresentados em tabelas e tratados a partir da estatística descritiva, mediante o uso de frequências absolutas e relativas. Para a análise dos dados da validação da aparência da cartilha foi utilizado o Percentual de Concordância entre os juízes (IC), e para a análise da consistência interna ou confiabilidade, utilizou-se o Alfa de Cronbach.

O período para realização de contato, convite dos pais e cuidadores e realização das entrevistas foi durante o mês de abril e maio de 2018.

5.2.3 Aplicação do Teste de Legibilidade Flesch

Por fim, realizou-se o teste quanto à facilidade de leitura do texto através do Índice de Legibilidade (IL) de Flesch, utilizando-se o software Word 2010. Após a solicitação e término da verificação da ortografia e da gramática, foi acessado o item para exibir informações sobre o nível de legibilidade do documento, incluindo a pontuação. Procedeu-se a verificação da ortografia e autocorreção e estatística de legibilidade da cartilha por domínios e a cartilha no geral, exibindo-se o índice de legibilidade do material.

O TL de Flesch possui uma escala de 100 pontos. Quanto maior a pontuação, mais fácil é o entendimento do documento. Os escores almejados foram aqueles que atingissem a legibilidade de fácil (50- 74 pontos) a muito fácil (75-100 pontos).

5.2.4 Avaliação do conhecimento apreendido após entrega da cartilha

Nesta fase, foi pesquisado o conhecimento apreendido pelos pais e cuidadores de crianças com TDAH após entrega da cartilha, comparando-o com o anterior. Verificou-se ainda a associação do conhecimento com as variáveis sociodemográficas dos participantes.

A avaliação do conhecimento adquirido pela população alvo é estimulada por autores averiguando a utilidade da tecnologia educacional na aquisição de conhecimento. A validação de tecnologias na enfermagem é uma forma de se fundamentar cientificamente o cuidado, bem como de promover a qualidade da assistência. E as abordagens metodológicas para sua validação consistem na revisão de literatura, opinião de peritos no assunto e na sua verificação no ambiente clínico (HONÓRIO; CAETANO, 2009).

O instrumento de coleta de dados foi elaborado para avaliar o conhecimento dos participantes contemplando os itens dos domínios apresentados na cartilha: conceito, sintomas, onde buscar tratamento, como funciona o tratamento e orientações de cuidados à criança com TDAH (APÊNDICE K).

A coleta de dados ocorreu nos CAPSi de Juazeiro do Norte e Barbalha-CE no período de maio a julho de 2018. Inicialmente, houve contato prévio da pesquisadora com a coordenação do CAPSi dos municípios de Juazeiro do Norte e Barbalha, para esclarecer os objetivos do estudo e planejar como se daria a comunicação com os participantes. Em seguida houve o contato com os pais e cuidadores de crianças com hipótese diagnóstica ou diagnóstico de TDAH atendidos nos referidos serviços.

Anteriormente à realização da entrevista, os participantes foram esclarecidos quanto à finalidade do estudo, sendo explicados os seus objetivos, a sua relevância e evidenciando a importância da participação de todos. Para isso, houve a entrega do TCLE, com leitura e solicitação de assinatura do mesmo (APÊNDICE J). Em seguida, houve a realização da entrevista pré-teste, a qual teve a finalidade de avaliar o conhecimento frente à problemática exposta.

O pré-teste foi realizado com 50 pais e cuidadores de crianças com TDAH, sendo os critérios: maior de idade, declarante enquanto cuidador da criança, alfabetizado. Após a realização da primeira entrevista a pesquisadora obteve anuência para retornar o contato através de ligação telefônica após 15 dias e refazer as mesmas perguntas elaboradas na primeira entrevista.

Após a aplicação do pré-teste, os participantes receberam a cartilha e explicações sobre o conteúdo da mesma. Nesse momento foi solicitada a necessidade de atenção durante a exibição. Após a explicação e esgotadas as dúvidas, a pesquisadora doou a cartilha ao participante e explicou sobre o contato para reavaliação após 15 dias com a aplicação pós-teste. Este teve a finalidade de avaliar o conhecimento dos participantes após a entrega da cartilha. A escolha por essa delimitação do espaço de tempo justifica-se com base no estudo de Martins (2012), que sugere tempo de espera de 15 dias entre a realização do pré e pós-teste. Tal intervalo de tempo é reforçado por Galindo Neto (2018), que justifica que o tempo de espera de 15 dias é relevante a fim de averiguar a apreensão do conteúdo pelos participantes com o decorrer dos dias.

Para a análise das falas referentes às respostas da entrevista, foi construída uma legenda para categorização das respostas, com alternativas que se encaixassem as informações a partir dos itens contemplados na cartilha.

Os dados são apresentados em tabelas e a análise das proporções de acertos no pré e pós-teste das entrevistas foi realizada pelo Teste de McNemar. A associação entre “acerto e erro” com as variáveis de caracterização sociodemográfica foi calculada pelo Teste de Qui-Quadrado de Pearson. Em todos os testes estatísticos, foi adotado nível de significância de $p < 0,05$. Os dados foram processados no Statistical Package for Social Sciences (SPSS), licença no. 10101131007, versão 20.0.

5.3 Aspectos Éticos

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da URCA, respeitando-se aos princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12 das Diretrizes e Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, com parecer de no. 2.112.622. Desta forma, foi garantido o anonimato; a liberdade de continuar ou não participando da pesquisa e o esclarecimento sobre a relevância de sua participação (BRASIL, 2012).

No momento da entrevista com os pais ou cuidadores de crianças com TDAH foi assegurado a não-revelação de sua identidade. Da mesma forma, foi garantido o anonimato dos participantes juízes especialistas de validação de conteúdo e aparência, bem como pais e cuidadores que participaram da validação da aparência da cartilha.

Não houve qualquer distinção de credo, etnia e/ou estigma social na seleção dos participantes recrutados. Todos os participantes do estudo foram convidados a colaborar com a pesquisa recebendo Carta Convite e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este foi devidamente assinado e entregue ao pesquisador (APÊNDICES A, F, H, J).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados nas seguintes etapas: I- Construção da cartilha; II - Validação da cartilha; III- Avaliação do conhecimento apreendido pelos pais e cuidadores após entrega da cartilha.

Na etapa de construção da cartilha, abordou-se os itens referentes a: Entrevistas com pais e cuidadores de crianças com hipótese diagnóstica ou diagnóstico de TDAH e em tratamento nos serviços de Saúde Mental CAPSi e, configuração da cartilha por designer gráfico.

Na etapa de Validação da cartilha, contemplaram-se os itens: Validação de conteúdo e de aparência (por juízes especialistas em conteúdo; juízes especialistas em MEI, e por parcela da população-alvo); e, Teste de Legibilidade de Flesch.

Na última etapa são apresentados e discutidos os resultados da avaliação do conhecimento apreendido por pais e cuidadores de crianças com TDAH através da cartilha.

6.1 Entrevista individual com pais e cuidadores de crianças com TDAH

Neste item procedeu-se a investigação com pais e cuidadores de crianças com TDAH sobre as lacunas de (des)conhecimento existente sobre a temática bem como sugestões de temas para permitir que o conteúdo do material educativo contemplasse as demandas do público-alvo.

Ratifica-se que as tecnologias educativas em saúde têm a finalidade de contribuir com as ações de ensino-aprendizagem e mediar práticas educacionais em comunidade e/ou com tipos específicos de usuários. Desta forma, para a produção e validação de novas tecnologias é necessário que se desenvolvam estudos que possam conhecer os interesses da comunidade, a fim de atender melhor ao objetivo a que se pretende, sendo então adequados para a realidade local e as necessidades do público a quem se destina, podendo ser utilizados por um maior número de sujeitos de forma equivalente (TEIXEIRA, 2014).

Destaca-se que no município de Barbalha os profissionais de saúde da atenção básica e dos CAPSi estavam em greve há cerca de um ano, sendo que os serviços de saúde no município estavam funcionando precariamente com a ausência de muitos profissionais efetivos e das múltiplas especialidades. Assim, no início da coleta de dados, o CAPSi estava funcionando com profissionais substitutos e os usuários passaram a ter seu atendimento alterado, ressaltando-se que havia um número menor de consultas e em intervalos de tempo maiores entre elas. A pesquisadora teve dificuldades no acesso aos participantes devido a reorganização dos serviços oferecidos com a greve. Após o fim da greve em meados de janeiro

de 2017, e com o retorno paulatino das crianças ao serviço, ensejou-se em muitas visitas da pesquisadora ao serviço na busca dos pais e cuidadores de crianças com TDAH.

A pesquisadora realizou visitas diárias ao serviço para a coleta de dados em sala reservada, com anuência e assinatura do TCLE pelos pais e/ou cuidadores durante as consultas das crianças agendadas com profissionais do serviço. Foram realizadas 25 entrevistas, obtendo-se 15 participantes no município de Juazeiro do Norte e 10 no município de Barbalha.

Primeiramente obteve-se o perfil dos participantes a partir das variáveis: parentesco, faixa etária, estado civil, religião, renda familiar, escolaridade e número de pessoas no domicílio, os quais serão apresentados na tabela a seguir:

Tabela 1 – Distribuição do número de entrevistados nos CAPSi de Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, segundo as variáveis sociodemográficas. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2017.

Caracterização	Especialistas em Conteúdo	
	N	%
Parentesco		
Mãe	17	68,0
Avó	5	20,0
Pai	3	12,0
Faixa etária (anos)		
20-30	08	32,0
31-40	09	36,0
41-77	08	32,0
Estado Civil		
Com companheiro	13	52,0
Sem companheiro	12	48,0
Religião		
Católico	19	76,0
Evangélico	02	8,0
Não definido	04	16,0
Renda Familiar (SM)		
<1	11	44,0
1-2	11	44,0
>2 - 3	03	12,0
Escolaridade		
Ensino Fundamental	14	56,0
Ensino Médio	11	44,0
No. Pessoas no domicílio		
2-3	10	40,0
4-5	11	44,0
6-9	4	16,0
TOTAL	25	100,0

SM: Salário mínimo nacional em abril de 2017 no valor de R\$ 937,00

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

A respeito do parentesco com a criança, a tabela 1 destaca a mãe enquanto cuidadora da criança e acompanhante em consultas no CAPSi, perfazendo um total de 17(68%), seguido de avó, com cinco participantes (20%), e pai, com três participantes (12%).

As pesquisas desenvolvidas nos últimos anos sobre o cuidado no manejo das diversas doenças crônicas em criança e adolescentes apontam que as mães são as principais pessoas envolvidas no processo de cuidado (REHM, 2013; BORSA, NUNES, 2011).

Os achados desta pesquisa coadunam com perfil dos participantes em investigação da sobrecarga de familiares de crianças com transtornos do espectro autista e de crianças com transtornos de linguagem, no qual obteve a maioria (85%) dos cuidadores é do gênero feminino (MARTINS, RIBEIRO, GARRETT, 2003), e 80% eram mães, sendo que apenas dois eram pais e um era o avô, corroborando os dados de outros estudos (ZEOTI; PETEAN, 2008; SCHAWARZ, RAVINOVITZ, 2003).

Em estudo investigativo sobre problemas psiquiátricos entre cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos observou-se que as mães e outros parentes do sexo feminino tentam equilibrar as demandas de cuidado com a família, trabalho e outros compromissos (OKEWOLE et al, 2011) sendo que o cuidado foi descrito como uma obrigação e uma responsabilidade pesada. Esse encargo pode gerar sobrecarga à medida que os familiares vão se afastando e um único cuidador torna-se o responsável pelo cuidado (MORENO, 2009).

Ressalta-se, contudo, a existência de participação masculina nas tarefas de cuidado neste estudo, foi de 12%. Quanto ao envolvimento masculino na tarefa do cuidado, Daltro, Moraes e Marsiglia (2018) destacam a importância dessa participação devido aos benefícios que possam proporcionar ao usuário e aos demais familiares envolvidos, especialmente nas situações em que há compartilhamento de tarefas, o que auxiliaria a evitar sobrecarga do cuidador.

Quanto a idade dos participantes, a tabela 1 descreve uma variação entre 20 e 77 anos, sendo que a faixa etária predominante foi a de 31-40 anos (36%). Quanto ao estado civil, a maioria destes declararam ter companheiro (13- 52%). A respeito da religião, a maioria deles declararam ser católicos (19-76%). Os percentuais mais expressivos quanto a renda familiar foram nas faixas de menos de um salário mínimo e a de um salário mínimo, as quais atingiram percentuais iguais (11-44%). A escolaridade obteve sua maior expressividade no ensino fundamental (14-56%) e, quanto ao número de pessoas no domicílio, ressaltou-se a faixa composta por 4 a 5 pessoas (11-44%).

Dados similares foram obtidos em estudo que investigou o perfil de familiares de usuários de CAPS na região sul do Brasil: os familiares cuidadores foram predominantemente

mulheres (71,7%) com média de idade de 49,2 anos, com baixa escolaridade constituindo-se de pessoas com ensino fundamental incompleto com 55,4% para o sexo feminino e 59,2% para o sexo masculino. Quanto ao estado civil, o perfil dos investigados com companheiro atingiu 51,7% (KANTORSKI et al., 2012).

Neste estudo, merecem destaque os fatores de baixa escolaridade, renda familiar e a quantidade elevada de membros residindo no mesmo domicílio, visto que estes são preocupantes por estarem diretamente associados com o grau de compreensão e execução das orientações e cuidados para lidar com a criança com TDAH. Nessa perspectiva, para a criação de material educativo impresso, faz-se necessário uma linguagem acessível ao nível de conhecimento deste público e que permita a interação e o diálogo entre os cuidadores e profissionais que apresentarão as informações.

Apresenta-se abaixo a categoria referente às sugestões elencadas pelos participantes sobre os conteúdos a serem abordados na cartilha:

I- Sugestões de conteúdo do material educativo

Esta categoria relata sobre as recomendações de assuntos a serem abordados na cartilha. Observou-se que os participantes enfatizam as lacunas de conhecimento sobre o transtorno bem como sobre o anseio em saber lidar com a criança no ambiente familiar, social e escolar.

Dentre os assuntos elencados, destacaram-se entender a patologia, como agir para disciplinar a criança, como a escola pode ajudar mais no aprendizado da criança e como obter ajuda social, no que diz respeito às necessidades financeiras pelas quais a família vivencia.

Acho importante saber o que é o TDAH, que eu não sei ..e também como cuidar, como agir com a criança, porque eu ainda me perco.., (E16)

Eu queria saber assim... se ela é considerada como uma doença. Porque a ansiedade, eu creio que ela é, né. Agora eu queria saber se a hiperatividade ela tem jeito, da pessoa se livrar do medicamento, num ficar dependendo do medicamento pra sempre. Eu queria saber isso, se tem um laudo assim com uma doença, né, um problema que tem que ser resolvido. (E17)

Em primeiro lugar queria uma lógica, uma orientação para as mães. Porque tem casos que a própria mãe não sabe. Tem que informar os pais. Nós mães precisamos muito mais do que os educadores da escola. Queria que explicasse o transtorno, a gente pesquisando aprende a responder. Agora que eu aprendi a responder, a falar e defender eles. Porque tem muito preconceito. Eu já chorei, já sofri. Mas agora eu estou fazendo vídeo de desabafo e informação. Muito interessante é informar sobre o benefício que as crianças tem direito..

tem que ir a muitos locais, pegar documentos..., correr atrás..., pra dar certo. (E6)

É o diagnóstico dele.. eu não entendo o que é. Às vezes as pessoas perguntam e eu não sei nem responder. O direito da criança que tem esse problema, se tem direito a benefício, a passagem pra escola, se tem cuidador na escola... e como a gente lidar com ele.(E2)

Eu acho importante. Gostaria de ter porque gostaria de saber tudo o que vai precisar, de tudo que puder saber vai ter ali, né. O que eu posso esperar, que tempo vai levar. Vai demorar, se vai passar meses, anos, se vai ser pra sempre... (E19)

Também acho importante sobre a escola, alguma forma de aprender. Uma forma assim.., de rebater a hiperatividade e transformar em coisas benéficas a ele. (E24)

Assim, como convencer ele. Com grito não convence. Com peia não convence. Que ele faça o que deve ser feito e não o que ele quer. Disciplina . geralmente o medo é usado pra barrar uma vontade. Queria informações de como disciplinar.

Eu queria saber como a gente pode ensinar a ele a se comportar. Quando ele quer uma coisa ele fica assim... gritando. Queria uma explicação melhor. (E5)

Minha filha, nem sei como eu digo. O que eu deveria fazer, para ele ficar normalzinho. Se acalmar. Porque até agora esse medicamento está mais ou menos, porque não tá totalmente. E eu luto, luto minha filha. Quando eu recebo o dinheiro só dá pra leite, escola. Tem hora que eu estou cansada. Tem vez que deixo de levar ele para escola porque não tem merenda... (E9)

A dra. disse que ia ver se arranjava o remédio, porque eu não tenho dinheiro, eu não posso (comprar). (E22)

O desejo de informações sobre o transtorno, de maneira mais esclarecida aos pais e cuidadores da criança com TDAH, surge como primeira sugestão a ser abordada na cartilha. Os pais e cuidadores sentem-se alheios a definição diagnóstica do que ocorre com a criança e passam por preconceito e discriminação na sociedade que julga a criança como mal-educada pelos pais.

Salienta-se que, no cuidar e conviver com uma criança com doença crônica, a família precisa adquirir habilidades, conhecer a doença e, quando as informações são fornecidas de maneira superficial ou técnica, esse processo é difícil (ARAÚJO et al., 2009). Nesse sentido, é fundamental que os profissionais de saúde entendam a importância de prestar um cuidado centrado na família, oferecendo orientações, esclarecimentos sobre a patologia, e ajudando a

família a desenvolver estratégias de adaptação à nova realidade (VICENTE, HIGARASHI, FURTADO, 2015).

Outra demanda sugerida para ser abordada no material educativo foi sobre como lidar com a criança, formas de tratar em casa para apaziguar os momentos de tensão e hiperatividade e o desejo de saber sobre formas de melhorar a aprendizagem da criança, tendo em vista a presença de déficit na aprendizagem. Esse dado ratifica a importância da família ser incluída em estratégias e programas psicoterapêuticos e psicopedagógicos para saber lidar com a criança com TDAH.

Os programas de treinamento de pais visam melhorar as relações estabelecidas entre pais e filhos, gerando uma infância mais saudável. Assim, busca-se atuar preventivamente, para que o desenvolvimento de problemas psíquicos das crianças e adolescentes seja abrandado quando atingirem a idade adulta. Dessa forma, o treinamento de pais é efetivo para mudança nos comportamentos de crianças e/ou adolescentes, mas também pode ter o intuito de tornar o ambiente familiar mais harmônico e saudável (CAMINHA, 2011).

Em estudo realizado por Maleki et al. (2014), com intervenção junto aos pais de crianças com TDAH, os resultados demonstraram que a redução mais significativa nos sintomas, principalmente os sintomas relacionados à hiperatividade e impulsividade, apareceu no grupo que foi submetido ao treinamento de pais, por gerar mudanças nas estratégias de enfrentamento dos genitores.

A limitação financeira de muitas famílias e o quadro de comportamento hiperativo e dificuldades no desempenho escolar e na convivência social ensejou no questionamento sobre a possibilidade da criança obter apoio social por parte do governo, e surge nesta categoria, como indagação e sugestão para ser abordada na cartilha. Os pais têm interesse em saber sobre benefício social, transporte público gratuito, e acesso aos medicamentos prescritos, para proporcionar o melhor suporte das necessidades da criança.

Sobre as configurações familiares onde existe uma criança com transtorno mental, autores relatam que cuidar de uma criança com doença crônica é algo complexo e doloroso, uma vez que surgem muitas dúvidas, angústias e medos nesse cotidiano, demandando uma série de necessidades de apoio, sejam financeiras, emocionais, de informações, afetivas ou de intercâmbio social.

Com relação aos direitos das crianças e adolescentes, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) atribui ao SUS a função de promover o direito à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso por meio do acesso universal e equânime às ações e aos serviços para a promoção,

a proteção e a recuperação da saúde, voltados para o público de gestantes, parturientes, nutrízes, recém-nascidos, crianças e adolescentes até os 18 anos (BRASIL, 1990). O ECA em seu art. 52 também garante o direito à educação assegurando “igualdade de condições para o acesso e permanência na escola”.

A RAPS instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, prevê a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental constituída pelos seguintes componentes: atenção básica, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial, atenção hospitalar, estratégia de desinstitucionalização, estratégias de reabilitação social (BRASIL, 2014).

As demandas evidenciadas condizem com estudo que defende ser fundamental que os profissionais de saúde entendam a importância de prestar um cuidado centrado na família, oferecendo orientações, esclarecimentos sobre a patologia, e ajudando a família a desenvolver estratégias de adaptação à nova realidade (VICENTE, HIGARASH, FURTADO, 2015).

Para o planejamento da assistência à criança com TDAH na abordagem ao cuidador, são relevantes o conhecimento dos pais e cuidadores sobre a psicopatologia, os cuidados, as dificuldades e percepção sobre a convivência com a criança com TDAH. A educação em saúde pretende atender às demandas de informações do público, promovendo maior conhecimento e interação no cuidado conjunto entre profissionais de saúde e educação e o entorno familiar.

A construção de materiais educativos para orientações sobre o cuidado à criança com TDAH busca fortalecer os vínculos de confiança com a equipe de saúde, constituindo-se relevante para esclarecer sobre a patologia, diminuir a ansiedade dos cuidadores, estimular a credibilidade no tratamento conjunto, incentivando a participação ativa e contínua nas intervenções multiprofissionais propostas e, assim minimizar os fatores de riscos para danos futuros na vida desta criança e de sua família.

6.2 Elaboração da Cartilha

Neste item realizou-se a elaboração textual, seguida da confecção das ilustrações e da diagramação com o profissional de design gráfico.

Elaboração textual

A elaboração textual iniciou-se após a seleção do conteúdo. Buscou-se associar um conteúdo rico em informações, objetividade e linguagem simples e cotidiana, uma vez que este

tipo de linguagem é mais fácil de compreender e possui um tom amigável e natural (DOACK; DOAK; ROOT, 1996).

As informações foram escritas em forma de diálogo, pois o estilo conversacional é mais natural e de fácil entendimento. Além disso, foi utilizada a voz ativa, o que estimula o desenvolvimento da ação pelo leitor (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). Foram evitados termos técnicos e científicos, abreviaturas e siglas. Contudo quando foi necessário utilizá-los, suas definições foram explicadas através de palavras simples e conhecidas.

Estas ponderações na elaboração dos materiais educativos visam contribuir para que o conhecimento adquirido atinja a memória em curto e longo prazo. Quando os pacientes têm dificuldade para entender e compreender a instrução tornam-se desengajados, pois acreditam que se a instrução é tão difícil de ler, também deve ser difícil de fazer (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Outro destaque foi desenvolver as ideias por completo, antes de novas ideias serem introduzidas. As ações descritas ou evidenciadas nas ilustrações ocorreram de forma positiva, ou seja, ações que os pais devem fazer ao invés do que eles não devem (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; DOACK; DOACK; ROOT, 1996).

No que diz respeito ao tipo de fonte, os textos da capa foram escritos utilizando-se fonte Lithos Pro, tamanho 16 (em preto) e tamanho 18 (em negrito rosa). Quanto ao título dos capítulos, utilizou-se a fonte Lithos Pro tamanho 16 em negrito e no texto geral utilizou-se a fonte Times new Roman tamanho 14. Os Programas utilizados foram o Adobe Illustrator CS3 para os desenhos e Adobe Indesign CS3, para a diagramação. No que se refere à aparência do texto, a maneira como ele é escrito influencia sua legibilidade. A escolha da fonte e tamanho da letra são aspectos importantes. Fontes em tamanhos menores que 12 ou 14 podem comprometer a leitura. Para os títulos, o ideal é o uso de fontes pelo menos com “dois pontos” maiores que a utilizada no texto principal (DOACK; DOACK; ROOT, 1996).

As informações descritas na cartilha foram apresentadas em ordem lógica, de maneira que o público alvo compreenda a mensagem. Inicialmente visualiza-se a personagem profissional de saúde, enfermeira, entregando a cartilha aos pais de uma criança com TDAH e o título que retrata sobre as orientações de cuidado à criança com TDAH. Em seguida tem-se a Carta de Apresentação do material educativo aos profissionais que o utilizarão em atividades de educação e saúde e a Carta de Apresentação aos leitores, público-alvo ao qual se pretende informar. Os assuntos abordados constituíram-se de: conceito, etiologia e classificação da psicopatologia, sintomas, tratamento, as orientações sobre os cuidados necessários, apoio social e sites e materiais de informação. Ao final, a personagem enfatiza a participação familiar no

cuidado da criança e que a equipe de saúde é parceira no tratamento, sendo possível uma intervenção eficaz e uma vida bem-sucedida para esta criança.

A cartilha foi dividida em treze domínios, cujos conteúdos estão descritos a seguir:

- **Objetivos:** O público alvo e os objetivos da cartilha são citados.
- **Aplicação:** Tem-se a Carta de Apresentação aos profissionais de saúde e educação e a Carta de Apresentação ao público-alvo.
- **Apresentação:** Esse domínio teve **como** objetivo apresentar a temática principal da cartilha, enfatizando o benefício de realizar o tratamento corretamente.
- **O que é TDAH:** Descreve-se o **conceito** de TDAH e algumas das possíveis causas.
- **Sintomas do TDAH:** Relaciona as imagens aos principais sintomas da criança desatenta, hiperativa e impulsiva.
- **Como obter o Tratamento: Retrata** como os pais e cuidadores podem buscar diagnóstico e tratamento para a criança com TDAH.
- **Como é o tratamento:** Esclarece **que** o tratamento é realizado por equipe multiprofissional, requerendo parceria dos pais, cuidadores e escola para obtenção de êxito.
- **Orientações de cuidado à criança com TDAH: Destina-se** a apresentar orientações de cuidados que os pais e cuidadores devem ter para melhorar a atenção da criança, ajudar no comportamento hiperativo e impulsivo e no desempenho escolar. Enfatiza a realização rotineira das consultas e execução das orientações dos profissionais de saúde e de educação.
- **Orientações para promover o avanço escolar: Apresenta** orientações para melhorar o foco, atenção e concentração da criança durante a execução das tarefas escolares.
- **Sua Ajuda no tratamento é importante:** Relata sobre orientações aos pais e cuidadores na participação ativa no tratamento e cuidado da criança com TDAH.
- **Proteção e apoio à criança com TDAH:** Pontua sobre como obter informações sobre proteção e apoio social à criança com TDAH: benefícios, transporte público gratuito e medicamentos junto a profissionais e serviços públicos.
- **Dicas de sites e leitura sobre TDAH:** Apresenta sites e livros com maiores informações sobre o TDAH na infância.
- **Mensagem final:** Ressalta que os pais e **cuidadores** têm o apoio da equipe de saúde e que é possível o progresso da criança e uma convivência feliz.

Confecção das ilustrações

As ilustrações são importantes para a legibilidade e compreensão de um texto. Tem como função atrair o leitor, despertar e manter seu interesse pela leitura, complementar e reforçar a informação. Além disso, a ilustração deve permitir que as pessoas se identifiquem com a mesma (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003).

Com o objetivo de facilitar o aprendizado e tornar a cartilha mais atrativa para o público alvo, resolveu-se criar personagens representando pais e cuidadores da criança com TDAH. A figura a seguir evidencia os personagens a quem se destina a cartilha.

Figura 3 – Ilustração da capa da cartilha composta pelo público-alvo a que se destina. Fortaleza, CE, 2017.



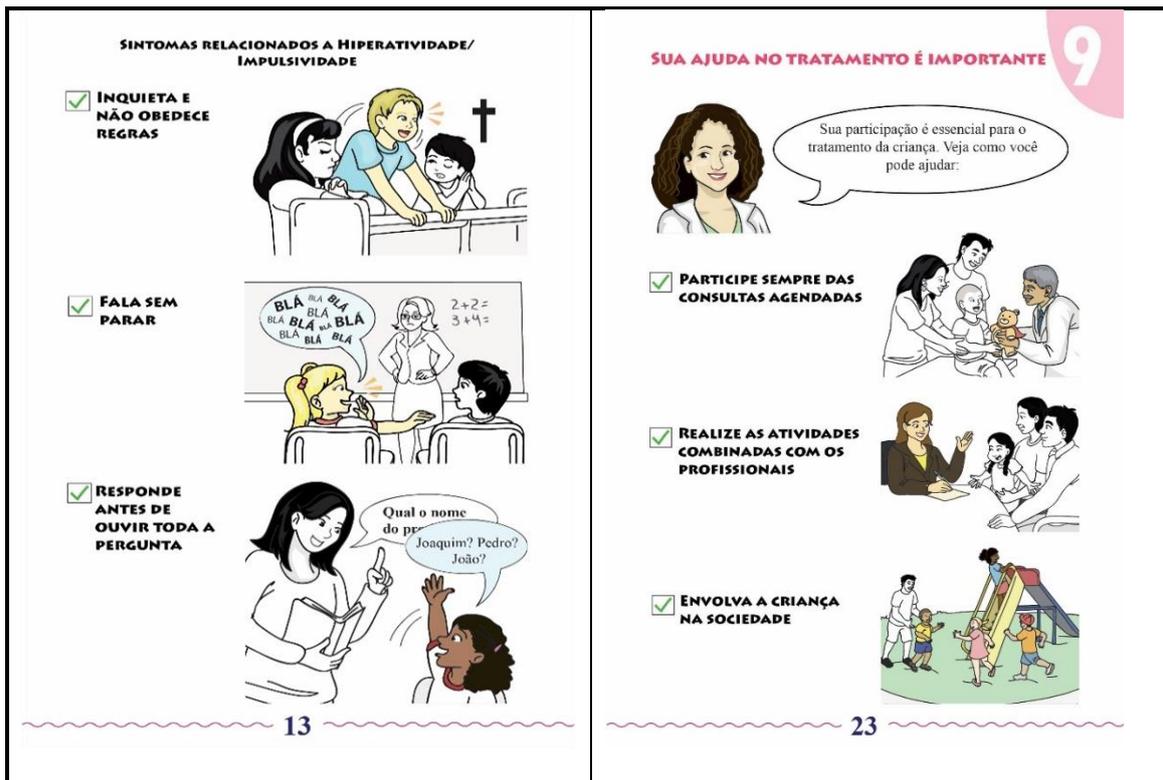
Fonte: Silva; Rebouças, 2018.

Decidiu-se falar sobre o TDAH na faixa etária pediátrica, posto que as suspeitas familiares de um problema comportamental e de aprendizagem ocorrem geralmente na infância e na fase escolar, no qual apresentam dificuldades em seguir regras, de se concentrar e concluir tarefas, bem como dificuldades na socialização. Segundo a APA (2013), preconiza-se que os sintomas iniciam antes dos 12 anos e que podem perdurar na vida adulta, podendo ser classificados como leve, moderado e grave, de acordo com o grau de comprometimento que os sintomas causam na vida do indivíduo (MATTOS, 2013).

Quanto às características dos personagens, levou-se em consideração os pais e cuidadores que participaram das entrevistas e as crianças com TDAH: homens e mulheres de meia idade com filhos na faixa etária entre 6-9 anos de ambos os sexos, com diversidade de

cores: branca, parda e negra. Além disso, o leitor pode se identificar com os personagens e se imaginar vivenciando muitos dos eventos relatados na cartilha (TELES, 2011). Essa situação é exemplificada na figura 4.

Figura 4 – Ilustrações da cartilha com situações vivenciadas habitualmente com a criança com TDAH. Fortaleza-CE, 2017.



Fonte: Silva; Rebouças, 2018.

Ressalta-se que foram evitadas caricaturas dos personagens, ilustrações abstratas, desenhos estilizados e ilustrações com função meramente decorativa (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003; DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Conforme preconizado por Moreira, Nobrega e Silva (2003) as ilustrações foram dispostas de modo fácil, próximas dos textos aos quais elas se referem para o público alvo segui-las e entendê-las. Objetivou-se que as ilustrações facilitassem a compreensão do conteúdo abordado, principalmente por aqueles com dificuldade de leitura.

Vale destacar que objetos pequenos foram apresentados em ilustrações maiores ou em destaque para que os detalhes sejam visualizados, como por exemplo, a ilustração da criança brincando com faca ou fósforo, conforme a figura a seguir:

Figura 5 – Ilustrações com situações de alerta e necessidade de cuidados. Fortaleza-CE, 2018.



Fonte: Silva; Rebouças, 2018.

Além disso, teve-se o cuidado de destacar por meio de ilustrações ações ou comportamentos esperados, ao invés daqueles que devem ser evitados. As imagens foram dispostas próximas dos textos aos quais elas se referem, para facilitar a compreensão pelo público-alvo. Ademais, foram empregadas setas para destacar informações-chave na ilustração (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003), conforme evidenciado nas “caixas de marcadores positivos” nas figuras a seguir:

Figura 6 – Ilustrações com orientações positivas e textos explicativos próximos às imagens. Fortaleza-CE, 2018.



Fonte: Silva; Rebouças, 2018.

Diagramação

A diagramação correspondeu à organização e formatação do material educativo, sendo utilizado o programa Adobe Indesign CS.

Para facilitar a ação desejada e a lembrança durante a utilização da cartilha, buscou-se sinalizar adequadamente os domínios, usando recursos como negritos e marcadores. Além disso, as ideias foram organizadas no texto na mesma sequência em que o público-alvo irá usá-las, e foi limitada a quantidade de texto nas páginas (ECHER, 2005; MOREIRA, NÓBREGA; SILVA, 2003).

Teve-se a preocupação de não deixar a cartilha visualmente poluída. Portanto, realizou-se impressão preta sobre o fundo claro para facilitar a leitura (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003). Quanto ao papel utilizado para a impressão foi escolhido o tipo fosco (papel e tinta) pois reduz o brilho e melhora a visualização.

No que diz respeito às ilustrações, a capa e a página de encerramento foram completamente coloridas e ocuparam o espaço da página inteira. Nas demais, apenas a ação ou objetos de destaque foram coloridos (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003). Esses para

destacarem os sintomas do transtorno, as ações a serem reforçadas e incentivadas para o cuidado cotidiano no convívio familiar.

A capa foi elaborada de forma que se apresentasse atrativa, uma vez que o leitor pode não prestar atenção se a mesma não apresentar ilustrações com as quais se familiarizem ou gostem. Dessa forma, a ilustração mostra uma profissional entregando aos pais a cartilha e acima a ilustração de uma criança evidenciando sintomas do TDAH. Respeitou-se Moreira, Nobrega e Silva (2003) ao preconizarem que a capa deve mostrar a mensagem principal e o público-alvo.

A capa apresenta o título “Orientações sobre a criança com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade”, e a instituição vinculada ao desenvolvimento do material (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará).

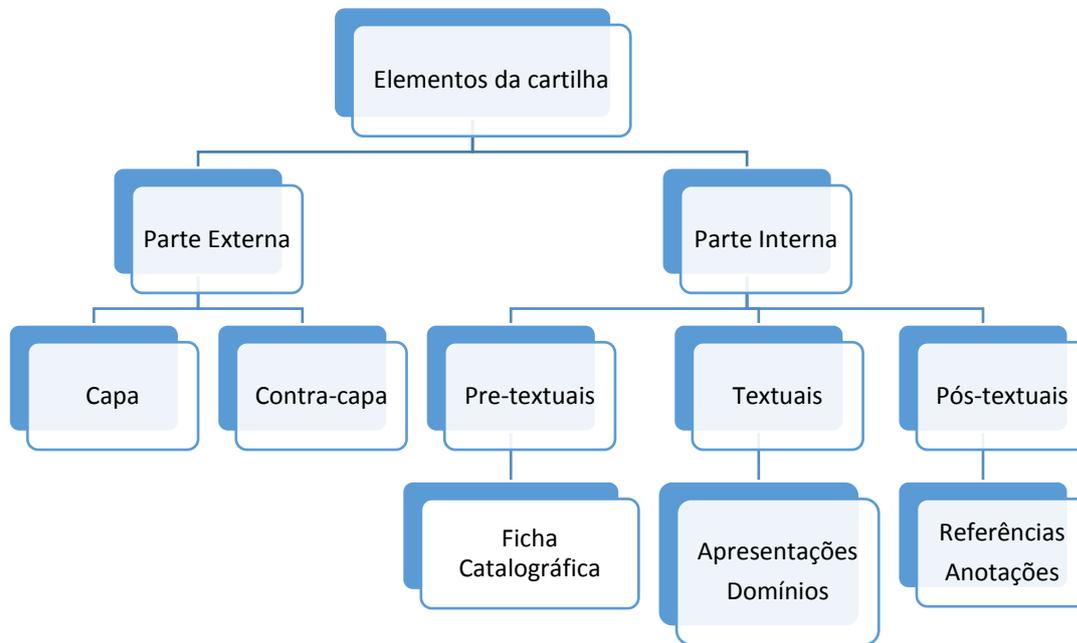
Na contracapa foi impresso o brasão da instituição supracitada. Na folha de rosto foram colocadas as seguintes informações: nome das autoras, título da cartilha, edição, local e ano de publicação, créditos técnicos (ilustração e diagramação). Na parte final da cartilha, foram acrescentadas as referências e folhas de anotações para os pais e cuidadores.

Depois de construída, foi enviada a primeira versão da cartilha para avaliação de conteúdo e aparência pelos especialistas. Ao final da avaliação, o designer gráfico realizou os ajustes conforme as sugestões dos especialistas e sob a orientação da pesquisadora.

O material buscou retratar a realidade cotidiana das famílias, bem como as ilustrações referentes a vivências nos serviços de saúde e de educação, pois os indivíduos que participam de alguma abordagem educativa tornam-se mais propensos a adotar novos comportamentos quando existe uma relação de confiança e uma proximidade com sua realidade (LIMA et al., 2014).

A cartilha foi composta em sua versão pré-validação por 29 páginas, e pós-validação por 32 páginas. Todas as páginas da cartilha foram contadas sequencialmente, porém a numeração em algarismos arábicos somente passou a ser registrada a partir do primeiro domínio textual, em sua margem inferior. O tamanho da cartilha foi referente ao papel A5 (14,8 x 21cm). A versão pós-validação desenvolveu-se de acordo com a figura a seguir:

Figura 7 – Esquema dos elementos que compuseram a cartilha na versão pós-validação pelos especialistas. Fortaleza-CE, 2018.



Fonte: Silva; Rebouças, 2018.

Os próximos três itens referem-se à etapa da validação de cartilha quanto ao conteúdo e aparência através de juízes especialistas no assunto, juízes especialistas em MEI e por parcela da população-alvo.

6.3 Validação de conteúdo e aparência por juízes especialistas no assunto

Os juízes especialistas nas áreas de saúde mental, transtornos mentais na infância ou TDAH, foram 21 profissionais procedentes dos estados de São Paulo, Ceará, Bahia e Pernambuco que validaram o conteúdo e a aparência da cartilha.

Serão apresentados os dados de caracterização dos participantes do estudo referentes a tabela 2 com respectivas discussões:

Tabela 2 – Caracterização dos juízes especialistas em Saúde Mental e em MEI. Fortaleza-CE, 2018.

Caracterização	Especialista em Saúde Mental		Especialista em MEI
	n	%	n
Sexo			
Masculino	05	23,8	01
Feminino	16	76,2	06
Faixa etária (ano)			
25-29	01	4,7	01
30-39	14	66,7	01
40-49	03	14,3	02
50 ou mais	03	14,3	03
Titulação			
Especialista, mestre, doutor e pós-doc	03	14,3	02
Especialista, mestre e doutor	07	33,3	04
Especialista e mestre	08	38,1	01
Especialista	03	14,3	-
Profissão			
Enfermeiro(a)	12	57,2	07
Médico (a)	02	9,5	-
Psicólogo (a)	05	23,9	-
Terapeuta Ocupacional	01	4,7	-
Psicopedagogo (a)	01	4,7	-
Tempo de formação (ano)			
03-09	10	47,6	02
10-19	07	33,4	02
20-29	03	14,3	02
30	01	4,7	01
Experiência em educação (ano)			
03-09	10	47,6	07
10-19	07	33,4	-
20-29	04	19,0	-
Publicação nas temáticas*			
Sim	21	100,0	07
Não	-		-
Experiência com validação**			
Sim	10	47,6	07
Não	11	52,4	-

*Experiência em saúde mental; psiquiatria; transtornos mentais na infância; TDAH.

** . Experiência como avaliador de MEI

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

A respeito dos profissionais que compuseram o quadro dos especialistas em Saúde Mental que avaliaram a cartilha quanto ao conteúdo e aparência, dois são médicos (psiquiatra e neuropediatra) com atuação clínica em serviços de saúde mental infantil e clínica particular que atendem crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Quanto aos enfermeiros(as), destaca-se que todos(as) trabalham na educação superior na área de saúde mental, sendo que sete (58%) têm experiência em clínica psiquiátrica infantil ou serviços de saúde mental infanto-juvenil.

Os psicólogos possuem experiência na assistência à criança com TDAH em clínica particular e em clínica escola, sendo que dos cinco, quatro são docentes em cursos de graduação em Psicologia.

A Terapeuta ocupacional possui 11 anos de experiência no atendimento a crianças com TDAH, desenvolvendo atividades assistenciais em serviço público de saúde mental infanto-juvenil- CAPSi. Também possui experiência na educação fundamental há 15 anos. A psicopedagoga possui 20 anos de prática na assistência a crianças com transtornos mentais e exerce a docência em instituição de ensino superior.

Buscou-se selecionar especialistas de diferentes áreas da saúde para valorizar opiniões e enfoques diversos sobre o mesmo tema. Muitas vezes, em uma mesma equipe, diferentes profissionais envolvidos no tratamento de um paciente apresentam condutas diversas em relação a cuidados com a sua saúde. Assim, na perspectiva das diretrizes de tratamento do TDAH que preconizarem abordagens com equipe multiprofissional e multimodais, optou-se pela escolha de profissionais de diferentes formações (DIAS et al, 2013; RICHARDS, 2012).

Destaca-se que a construção de materiais educativos é também uma oportunidade para uniformizar e oficializar as condutas no cuidado ao paciente, com a participação de todos (ECHER, 2005).

No que diz respeito à qualificação, os especialistas possuem alta titulação, sendo três especialistas (14,2%), oito mestres (38%), sete doutores (33,3 %) e três pós-doutores (14,2 %). A realização de cursos stricto sensu como mestrado e doutorado estão cada vez mais sendo exigidos no mercado de trabalho. Compreende-se que a qualificação profissional é diferencial na prestação da assistência, permitindo uma visão mais crítica e uma maior competência na execução de tarefas (SILVA; FERREIRA, 2011).

Outro ponto relevante é que além de possuir conhecimentos na temática, todos os especialistas têm experiência em ensino. É importante ser habilitado na educação, pois a formação pedagógica é essencial no planejar, organizar e implementar o processo ensino-

aprendizagem (RODRIGUES; SOBRINHO, 2007). Tais características devem ser levadas em consideração ao se construir materiais educativos.

Conforme os critérios pré-determinados, a pontuação dos especialistas variou de 9 a 13 pontos, (n=11, 52,3 %), seguida da pontuação de 11 pontos (7-33,3%). Todos os especialistas possuem experiência profissional e publicações que envolvem a temática de Saúde Mental, transtornos mentais na infância, promoção da saúde mental infantil, TDAH, bem como todos possuem experiência na docência no ensino superior, evidenciando o devido conhecimento e expertise na temática.

Em estudo de validação de conteúdo e aparência de cartilha educativa para cuidados com úlcera venosa foram também escolhidos especialistas de diferentes áreas de formação, sendo que dentre os sete experts, três eram enfermeiros, dois cirurgiões vasculares, um educador físico e um nutricionista. A média de idade foi de 40 anos; seis concluíram curso de especialização; um, o mestrado; um, o doutorado; e um, o pós-doutorado. A respeito da experiência profissional, seis informaram experiência na temática em média de 10 anos; quatro possuíam experiência em educação em saúde, em média de 9 anos. Além disso, seis revelaram possuir experiência na elaboração e/ou validação de material educativo (BENEVIDES et al., 2016).

Ressalta-se que o processo de validação por juízes especialistas no assunto é essencial para a construção de materiais educativos, tendo em vista o benefício das análises e sugestões dos especialistas para o seu aperfeiçoamento, sendo uma etapa utilizada por vários estudos que elaboraram materiais educativos (FEITOZA, 2015; MOURA, 2016; BARROS, 2015).

Quanto aos juízes especialistas em MEI, experts na construção e validação de materiais educacionais impressos, constituíram-se de sete enfermeiros, sendo um do sexo masculino e seis do sexo feminino, com a idade entre 29 e 58 anos.

Todos possuem experiência em docência no ensino superior, com tempo de exercício na educação que variou de 03 a 30 anos. Todos os juízes especialistas em MEI atuam como docentes de Universidades e trabalham em Cursos de Graduação em Enfermagem e contribuem em cursos de pós-graduação *stricto-sensu* (Mestrado e Doutorado).

No que diz respeito à qualificação, os especialistas possuem alta titulação, sendo dois pós-doutores, quatro doutores e um mestre. A realização de cursos *stricto sensu* como mestrado e doutorado estão cada vez mais sendo exigidos no mercado de trabalho. Compreende-se que a qualificação profissional é diferencial na prestação da assistência,

permitindo uma visão mais crítica e uma maior competência na execução de tarefas (SILVA; FERREIRA, 2011).

Destaca-se que todos os juízes possuem experiência na produção, avaliação e publicação de Material Educativo, seja desenvolvendo material educativo, seja como orientador na construção e validação de material educativo. Dos participantes, todos já avaliaram materiais educativos impressos e todos possuem publicação sobre MEI.

Conforme os critérios pré-determinados, a pontuação dos especialistas em Aparência variou de 10 a 15 pontos, sendo que a pontuação que mais se repetiu foi de 10 pontos (quatro juízes). Destaca-se que todos possuem publicação em Material Educativo, possuem título de mestre ou doutor, são docentes de Graduação em Enfermagem e seis deles já orientaram ou participaram de banca de trabalhos de graduação, especialização ou mestrado em Material Educativo. Tal fato mostra que os participantes possuem conhecimentos na temática garantindo a expertise no assunto através da contínua qualificação acadêmica (MELLO et al., 2010).

Os achados coadunam com resultados de estudo que validou a aparência de cartilha sobre transplante cardíaco no qual obteve dos 11 especialistas em MEI; todos eram enfermeiros e com publicação relacionado a temática MEI; dez tinham experiência em ensino de 3 a 19 anos; tempo de formação de 5-19 anos e prevalência de formação em doutorado (10) (FEITOZA, 2015).

Vale destacar que os domínios: “1. Objetivos, 2. Conteúdo e 4. Relevância” foram utilizados para avaliação de conteúdo da cartilha, enquanto os domínios: “3. Linguagem, 5. Ilustração, 6. Layout, 7. Motivação e 8. Cultura” foram utilizados para avaliação de aparência.

Após a construção de instrumentos, faz-se necessária a validação destes para averiguar se as medidas apresentadas no constructo são válidas e confiáveis. A qualidade do instrumento, à medida em que a validade e a confiabilidade são demonstradas, tem influência profunda sobre as descobertas dos estudos, minimizando erros aleatórios e sistemáticos e elevando a credibilidade de sua utilização na prática (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Para análise da validade de conteúdo da cartilha educativa, foram utilizados o IVC, e o Alfa de Cronbach. A seguir apresenta-se as tabelas contendo os valores de confiabilidade referentes aos itens de validação de conteúdo realizados pelos juízes especialistas no assunto:

Tabela 3 – Valor do S-CVI e Alfa de Cronbach na Validação dos domínios do conteúdo e da aparência por juízes especialistas no assunto. Fortaleza- CE, 2018.

DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO E DA APARÊNCIA	Nº. de ITENS	S-CVI	Alfa de Cronbach
Objetivo	5	0,850	0,807
Conteúdo	9	0,830	0,838
Relevância	6	0,830	0,840
Linguagem	4	0,930	0,844
Ilustração	4	0,940	0,871
Layout	7	0,870	0,747
Motivação	2	0,950	0,915
TOTAL	37	0,891	0,953

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

A respeito da validade de conteúdo, obteve-se IVC por domínio que variou entre 0,830 a 0,950, portanto atingindo níveis acima de 80% de concordância entre os avaliadores.

A confiabilidade (intensidade da correlação entre os itens) foi testada mediante a eliminação de itens do questionário. Observe-se que se com a eliminação de um item o Coeficiente α aumentar, pode-se assumir que esse item não é altamente correlacionado com os outros itens da escala. Por outro lado, se o α diminuir, pode ser assumido que esse item é altamente correlacionado com os outros itens (SALOMI et al., 2005; HORA et al., 2010).

De acordo com o critério adotado, o estudo mostrou a existência de consistência nas dimensões de conteúdo e de aparência da Cartilha acerca de **Orientações sobre TDAH em Crianças**, indicando um Alfa Geral de excelente consistência interna de 0,953. O Alfa de Cronbach para cada domínio da escala, foi calculado de forma separada, variando de 0,747 (Layout) a 0,915 (Motivação). O domínio cultura não foi avaliado em sua homogeneidade devido haver apenas um quesito.

Em geral, um valor entre 0,7 e 0,8 é aceitável para o alfa de Cronbach, assim como valores abaixo de 0,7 indicam um instrumento de medida não confiável (FIELD, 2009). O coeficiente quando é mais elevado que 0,90 pode sugerir a presença de itens redundantes, e abaixo de 0,70 pode refletir baixa consistência interna (STREINER; NORMAN, 1995).

A confiabilidade interna da cartilha Orientações sobre a criança com TDAH foi de 0,95 (95%). Do mesmo modo, para cada uma de suas dimensões, os valores do alfa de Cronbach obtidos foram acima de 70%. Especificamente, foi observado um alfa de Cronbach de 80% para

a dimensão Objetivo, um alfa de 83% para a dimensão Conteúdo, um alfa de Cronbach de 84% para as dimensões Relevância e Linguagem. Na dimensão Ilustração obteve-se um alfa de Cronbach de 87%, na dimensão Layout um alfa de 74% e um alfa de 91% para a dimensão Motivação. O domínio com maior homogeneidade foi o de Motivação, enquanto o que houve maior concordância foi o de Ilustração.

A Tabela 4 mostra os detalhes da análise estatística do instrumento, na qual pôde se verificar a correlação de cada item com o total do questionário, além de apresentar o IVC-I, a média, o desvio padrão e o próprio alfa de Cronbach na ausência de qualquer um dos itens do instrumento.

Tabela 4 – Valor do IVC por itens individuais (I-CVI), Alfa de Cronbach, Média e Desvio Padrão na Validação do conteúdo por juízes especialistas em Saúde Mental segundo a exclusão de itens individuais. Fortaleza- CE, 2018.

Estatísticas de item-total				
ITENS DAS CATEGORIAS DE TODA A ESCALA	I- IVC	Alfa de Cronbach se item for excluído	Média	Desvio Padrão
01-Os objetivos são coerentes com as necessidades do público-alvo	0,90	0,953	4,524	0,6016
02- A cartilha auxilia no cuidado à criança com TDAH	0,93	0,952	4,667	0,4830
03-A cartilha é capaz de promover reflexão	0,84	0,953	4,190	0,8136
04- A cartilha pode promover mudança de comportamento e atitude	0,85	0,953	4,238	0,8309
05- A cartilha pode circular no meio científico da área de saúde mental	0,86	0,953	4,286	0,9024
C1- A cartilha educativa é apropriada para orientação dos pais e cuidadores quanto aos cuidados à criança com TDAH	0,89	0,952	4,429	0,8701
C2- A cartilha esclarece dúvidas	0,84	0,954	4,190	0,8136
C3- A cartilha ressalta a importância do conteúdo	0,85	0,954	4,238	,8891
C4- As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva	0,87	0,953	4,333	0,7958
C5- As informações apresentadas estão cientificamente corretas	0,83	0,953	4,143	0,9636
C6- Os conteúdos são variados e suficientes para atingir os objetivos da cartilha	0,72	0,952	3,619	1,1170

Tabela 4 – Valor do IVC por itens individuais (I-CVI), Alfa de Cronbach, Média e Desvio Padrão na Validação do conteúdo por juízes especialistas em Saúde Mental segundo a exclusão de itens individuais. Fortaleza- CE, 2018 (continuação).

Estatísticas de item-total				
ITENS DAS CATEGORIAS DE TODA A ESCALA	I- IVC	Alfa de Cronbach se item for excluído	Média	Desvio Padrão
C7- Existe uma sequência lógica do conteúdo proposto.	0,82	0,955	4,095	0,8891
C8-A divisão dos títulos e subtítulos do material são pertinentes	0,89	0,954	4,429	0,8106
C9- As ideias chaves (trechos em destaques) são pontos importantes e merecem destaque	0,90	0,953	4,524	0,5118
R1- Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados durante as consultas	0,87	0,954	4,333	0,7958
R2-O material permite a transferência e generalizações do aprendizado a diferentes contextos (hospitalar e domiciliar)	0,80	0,953	4,000	1,1402
R3- A cartilha propõe ao aprendiz adquirir conhecimentos para realizar o cuidado com criança com TDAH.	0,84	0,954	4,190	0,8136

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Quanto à validade de conteúdo por itens, obteve-se variação entre 0,72 e 0,93. Apenas o quesito referente ao domínio Conteúdo (C6- Os conteúdos são variados e suficientes para atingir os objetivos da cartilha) fez o valor de I-IVC abaixo de 80% (0,72), porém o valor de Alfa de Cronbach foi de 1,1170. Para suprir essa carência de informações os especialistas em conteúdo propuseram que fosse abordado mais esclarecimentos sobre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento, bem como sugestões de textos e sites para melhor apropriação do conteúdo pelos pais e cuidadores. Essas recomendações foram acatadas, sendo incluídas na cartilha páginas com imagens e descrições de atividades executadas pelos profissionais no cuidado à criança com TDAH, bem como foi construída uma página com sugestões de sites e materiais de leituras do assunto.

Em pesquisa sobre construção e validação de cartilha educativa sobre primeiros socorros direcionada a professores, teve seus itens avaliados como pertinentes obtendo a média do IVC de 0,96 (GALINDO NETO et al., 2017). Corroborando com os achados, outro estudo sobre validação de cartilha sobre prevenção de transmissão vertical do HIV, obteve-se IVC global de 0,87 pelos juízes especialistas, considerando-a válida quanto ao conteúdo (LIMA et al., 2017).

Em estudo de construção e validação de cartilha para pais de crianças com asma, os resultados quanto ao domínio Objetivo obteve percentual de concordância de 84%, enquanto que o de Conteúdo e de relevância foram de 98%, atingindo grande concordância entre os juízes na validação do conteúdo (ARAÚJO, 2016).

Quanto à consistência interna, destaca-se que se retirado qualquer um dos itens, o questionário não sofreria grandes alterações em relação ao alfa, o qual variou de 0,952 a 0,955, mantendo-se no parâmetro aceitável do alfa de Cronbach.

O método estatístico Alfa de Cronbach utilizado comparou cada questão de uma escala simultaneamente uma com a outra (DEMPSEY; DEMPSEY, 1996), e mediu a correlação média entre todos os itens (KESZEI, NOVAK, STREINER, 2010), obtendo um valor acima de 0,7.

Equiparando-se aos resultados deste estudo, pesquisa que realizou processo de validação de uma tecnologia educativa para pacientes submetidos à cirurgia ortognática, obteve em sua segunda rodada da técnica Delphi uma consistência interna de 0,953 (SOUZA, TURRINI, 2012).

Assim, a avaliação da Cartilha sobre Orientações a pais e cuidadores de crianças com TDAH, após passar por essas avaliações por juízes especialistas em conteúdo, foi considerada instrumento válido e confiável quanto ao conteúdo.

Tabela 5 – Valor do IVC, Alfa de Cronbach, Média e Desvio Padrão na Validação da aparência por juízes especialistas em Saúde Mental segundo a exclusão de itens individuais. Fortaleza- CE, 2018.

TODOS OS ITENS DAS CATEGORIAS	IVC	Alfa de Cronbach se o item Excluído	Média	Desvio Padrão
L1-As informações apresentadas são claras e compreensíveis ao se levar em consideração o nível de experiência do público-alvo (pais e cuidadores de crianças com TDAH)	0,89	0,952	4,429	0,8106
L2- O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo (pais e cuidadores de crianças com TDAH)	0,85	0,952	4,238	1,0443
L3- As informações estão bem estruturadas em concordância a ortografia	0,90	0,952	4,524	0,7496
L4- A escrita utilizada é atrativa	0,91	0,953	4,571	0,5071
I1- As ilustrações utilizadas são pertinentes com o conteúdo do material	0,96	0,954	4,810	0,4024
I2- As ilustrações estão expressivas e de fácil entendimento.	0,93	0,955	4,667	0,6583

Tabela 5 – Valor do IVC, Alfa de Cronbach, Média e Desvio Padrão na Validação da aparência por juízes especialistas em Saúde Mental segundo a exclusão de itens individuais. Fortaleza- CE, 2018 (continuação).

TODOS OS ITENS DAS CATEGORIAS	IVC	Alfa de Cronbach se o item Excluído	Média	Desvio Padrão
I3- O número de ilustrações está suficiente.	0,96	0,954	4,810	0,4024
I4- As legendas das ilustrações estão adequadas e auxiliam o leitor a compreender a imagem.	0,93	0,953	4,667	0,5774
LY1- A apresentação da cartilha está atrativa e bem organizada.	0,94	0,953	4,714	0,4629
LY2- O conteúdo está apresentado com letra em tamanho e fonte adequados.	0,87	0,956	4,333	0,6583
LY3- O tipo de letra utilizado facilita a leitura do material	0,90	,954	4,524	0,6016
LY4- As cores dos textos são adequadas e facilitam a leitura	0,91	0,954	4,571	0,5071
LY5- A disposição do texto está adequada.	0,91	0,953	4,571	0,5071
LY6- O papel da impressão do material está apropriado	0,85	0,956	4,238	0,8309
LY7- O número de páginas está adequado.	0,90	0,954	4,524	0,6016
M1- O conteúdo desperta interesse para a leitura.	0,94	0,953	4,714	0,5606
M2- O conteúdo está motivador e incentiva o leitor a prosseguir a leitura	0,96	0,953	4,810	0,5118
C1- O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto.	0,87	0,953	4,333	0,7958

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

O IVC referente aos itens da aparência variou de 85% a 96%, atingindo excelente avaliação quanto a concordância entre os juízes. O estudo da avaliação de conteúdo evidencia a relevância e cobertura das observações elencadas pelos especialistas. Essa validação fundamenta-se no respaldo de especialistas em relação ao conteúdo abordado, sendo referendada por um grupo de especialistas que tem qualificação no conteúdo de interesse (MONTEIRO; HORA, 2104).

Os achados coadunam com dados do estudo sobre validação de cartilha sobre prevenção de transmissão vertical do HIV, no qual obteve, na avaliação da aparência, o índice de concordância entre os especialistas entre 91,1% a 100% (LIMA et al., 2017).

A respeito dos valores de homogeneidade ou consistência interna, estes variaram de ,952 a ,956, observando-se que se retirado qualquer um dos itens, o questionário não sofreria grandes alterações em relação ao alfa, mantendo-se no parâmetro elevado do alfa de Cronbach.

Similarmente a esses dados, outros estudos metodológicos de desenvolvimento de tecnologias educacionais também validaram seus materiais com altos índices estatísticos, a exemplo de estudo de validação do conteúdo de material educativo sobre síndrome metabólica, o qual atingiu Alfa de Cronbach de 0,830 (MOURA et al., 2017).

Corroborar-se com Albuquerque et al. (2016), ao afirmarem que o uso de tecnologias educativas validadas atribui maior qualidade ao processo de ensino-aprendizagem e a comunicação na assistência em saúde e reforça a confiabilidade das orientações apresentada, gerando ganhos para o público-alvo e para o profissional educador. Dessa forma, as avaliações deste estudo constataam que o instrumento foi considerado válido e confiável quanto à aparência por juízes especialistas em conteúdo.

6.4 Validação da aparência por juízes especialistas em MEI

Quanto a validação da aparência pelos juízes especialistas em MEI, apresenta-se a tabela 6 com os valores de IVC e Alfa de Cronbach por itens.

Tabela 6 – Valor de Alfa de IVC, Alfa de Cronbach, Média e Desvio Padrão na Validação da aparência por juízes especialistas em MEI segundo a exclusão de itens individuais. Fortaleza- CE, 2018.

Estatísticas de item-total				
	IVC	Alfa de Cronbach se o item for excluído	Média	Desvio Padrão
L1-As informações apresentadas são claras e compreensíveis ao se levar em consideração o nível de experiência do público-alvo (pais e cuidadores de crianças com TDAH)	0,94	0,857	4,714	0,4880
L2- O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo (pais e cuidadores de crianças com TDAH)	0,94	0,846	4,714	0,4880
L3- As informações estão bem estruturadas em concordância a ortografia	0,83	0,880	4,143	1,0690
L4- A escrita utilizada é atrativa	0,86	0,854	4,286	0,7559
I1- As ilustrações utilizadas são pertinentes com o conteúdo do material	0,91	0,850	4,571	0,5345
I2- As ilustrações estão expressivas e de fácil entendimento.	0,89	0,821	4,429	1,1339
I3- O número de ilustrações está suficiente.	0,89	0,845	4,429	0,5345

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Tabela 6 – Valor de Alfa de IVC, Alfa de Cronbach, Média e Desvio Padrão na Validação da aparência por juízes especialistas em MEI segundo a exclusão de itens individuais. Fortaleza- CE, 2018 (continuação).

Estatísticas de item-total				
	IVC	Alfa de Cronbach se o item for excluído	Média	Desvio Padrão
I4- As legendas das ilustrações estão adequadas e auxiliam o leitor a compreender a imagem.	0,86	0,855	4,286	0,4880
LY1- A apresentação da cartilha está atrativa e bem organizada.	0,94	0,836	4,714	0,4880
LY2- O conteúdo está apresentado com letra em tamanho e fonte adequados.	0,86	0,854	4,286	0,7559
LY3- O tipo de letra utilizado facilita a leitura do material	0,83	0,821	4,143	1,0690
LY4- As cores dos textos são adequadas e facilitam a leitura	0,94	0,836	4,714	0,4880
LY5- A disposição do texto está adequada.	0,86	0,857	4,286	0,7559
LY6- O papel da impressão do material está apropriado	0,63	0,871	3,143	0,3780
LY7- O número de páginas está adequado.	0,89	0,845	4,429	0,5345
M1- O conteúdo desperta interesse para a leitura.	0,94	,836	4,714	0,4880
M2- O conteúdo está motivador e incentiva o leitor a prosseguir a leitura	0,94	0,836	4,714	0,4880
C1- O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto.	0,94	0,836	4,714	0,4880
IVC Geral	0,91			
Alfa de Cronbach Geral	0,857			

O item no qual o IVC obteve a menor avaliação foi o LY6 (0,630), o qual avaliava a qualidade da impressão do material. Essa avaliação baixa deu-se devido ao envio da cartilha para avaliação apenas no formato digital, sem que os avaliadores tivessem visto o material impresso. Os outros itens obtiveram um IVC que oscilou entre 83% a 94%.

Em estudo de construção e validação de material educativo sobre síndrome metabólica em adolescentes, no processo de validação pelos especialistas na área de designe também atingiu-se excelentes índices, com IVC global igual a 0,98, bem como confiabilidade (Alpha de Cronbach=0,917) (MOURA et al., 2017).

A análise da Tabela 7 permite destacar os itens I2 (As ilustrações estão expressivas e de fácil entendimento), LY3 (O tipo de letra utilizado facilita a leitura do material) e L3 (As informações estão bem estruturadas em concordância a ortografia), como os itens que mais contribuem com a elevação e redução, respectivamente, do valor do Alfa de Cronbach, se excluídos.

Os itens de ilustração e layout demonstram que as ilustrações e aparência da cartilha melhoram sua interpretação. Em estudo de validação de cartilha educativa sobre cardiopatia em crianças ressaltou-se a importância desses itens, enfatizando a necessidade de retratarem o cotidiano de suas mensagens mantendo o material educativo mais lúdico e de fácil entendimento (FEITOZA, 2015).

Os dados evidenciam que, se retirado qualquer um dos itens, o questionário não sofreria grandes alterações em relação ao alfa, o qual variou de 0,821 a 0,880, mantendo-se no parâmetro aceitável do alfa de Cronbach. Dessa forma, as avaliações constatam que o instrumento foi considerado válido e confiável quanto à aparência por especialistas em MEI.

Diversos estudos que validaram a aparência de materiais educativos obtiveram índices de concordância elevados, a exemplo de estudo que validou cartilha educativa para promoção de saúde sobre cuidados perioperatórios de cirurgia bariátrica com IVC de 0,91 (BARROS et al., 2015), e de estudo que construiu cartilha sobre atividade sexual na lesão medular o qual obteve IVC de 87% (ARAÚJO & SILVA et al., 2018).

Quanto à concordância entre os juízes, obteve-se 91% que concordaram ou concordaram totalmente com os itens da avaliação, considerado excelente quanto à validação da aparência da cartilha. Nos domínios fez-se os valores: Linguagem (89%), Ilustração (85%), Layout (87%), Motivação e Cultura (94%).

Na avaliação da aparência por especialistas em MEI, o estudo mostrou a existência de consistência para as dimensões da avaliação perfazendo um Alpha de Cronbach na escala total excelente (0,857), portanto atingindo valor acima do estipulado para sua validade.

Em estudo de validação de cartilha educativa para prevenção de HIV-AIDS para idosos, na validação da aparência realizada por juízes especialistas no assunto e experientes na construção de material educativo, obteve-se a concordância entre os juízes no S-CVI de 0,92 para o domínio ilustração, S-CVI de 0,95 para o domínio linguagem e S-CVI de 1 para o domínio layout e design (CORDEIRO et al., 2017). Os dados apresentaram como resultado aparência atrativa e motivadora para leitura, com excelentes IVCs individuais para cada domínio, equiparando-se aos dados aqui apresentados.

No contexto da validação da cartilha, a presença de especialistas em conteúdo e em MEI favorece que minimize possíveis lacunas, sendo preenchidas pelas especificidades do conhecimento de cada profissional e contribuindo, assim, para o bom percentual de validação da aparência e conteúdo do material (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

Com relação às mudanças ocorridas na cartilha, observou-se que no instrumento de avaliação constava de questões abertas para comentários e sugestões. No final da avaliação, algumas recomendações dos juízes foram aceitas e incorporadas. Posteriormente, a nova versão da cartilha foi submetida a outro processo de revisão, edição e diagramação das imagens.

É importante destacar que a cartilha educativa teve modificações com o propósito de aproximá-la à realidade da população à qual se destina, pois uma tecnologia educativa com a finalidade de promoção e educação em saúde deve condizer com a realidade, buscando descrever e facilitar o entendimento do que a literatura relata (OLIVEIRA; CARVALHO; PAGLIUCA, 2014).

A seguir, estão descritas as justificativas para manter, alterar, dividir e/ou excluir os itens conforme sugestão dos juízes:

Quadro 5 – Modificações realizadas na cartilha conforme sugestões de juízes especialistas em conteúdo e aparência. Fortaleza-CE, 2018.

Domínio Cartilha	Sugestão do especialista	Modificações Realizadas
Objetivo	Reformulação da capa com ilustração do público-alvo	Colocar a figura de enfermeira entregando a cartilha aos pais da criança com TDAH, sem sorrir e com jaleco.
	Evidenciar o profissional enfermeiro na proposta de educação em saúde.	Redução do número de ilustrações de crianças para apenas uma.
	Reformulação do título	Substituição do título: Orientações sobre a criança com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)
Aplicação	Explicar a aplicação da Cartilha: elaborar Carta de apresentação a Profissionais e ao público-alvo.	Acréscimo de Carta de apresentação aos profissionais e aos pais e cuidadores de crianças com TDAH.
Apresentação	Mudança na ilustração	Imagem da enfermeira apresentando a cartilha aos pais da criança com TDAH

Quadro 7 – Modificações realizadas na cartilha conforme sugestões de juízes especialistas em conteúdo e aparência. Fortaleza-CE, 2018 (continuação).

Domínio Cartilha	Sugestão do especialista	Modificações Realizadas
Apresentação	Reelaboração das frases	<p>Antes: Seu filho tem comportamento hiperativo, impulsivo e desatento? Vamos ajudar! Olá, eu sou Ana e este é meu filho Mateus. Depois: Olá, eu sou Enfermeira Ana e vamos conversar sobre o TDAH. Muitas crianças têm esse diagnóstico.</p> <p>Vamos aprender sobre o transtorno e orientações para cuidar melhor. Você não está sozinha(o)! Antes: Ao ler a cartilha, você entenderá o que é o TDAH, quais as possíveis causas, os sintomas, onde buscar ajuda, qual o tratamento. Depois: Ao ler a cartilha você entenderá o que é o TDAH, quais as causas mais comuns, os sintomas, onde obter o tratamento, como funciona o tratamento, orientações de cuidado, proteção e apoio social e dicas de sites e material informativo.</p>
O que é TDAH?	Mudança na ilustração	Enfermeira apresentando o conceito de TDAH. Possíveis causas do transtorno.
	Reelaboração do texto	<p>Antes: Desde bem pequeno, eu já notava meu filho muito agitado, impulsivo, desobediente demais. era o TDAH. Depois: O TDAH é um distúrbio neurológico e biológico que afeta a criança desde pequena, podendo permanecer na vida adulta. Ele influencia na vida escolar, familiar e social, por isso é tão importante você entender o distúrbio, buscar tratamento e se envolver no cuidado da criança!</p>
Sintomas do TDAH	<p>Reelaboração do título</p> <p>Redistribuição dos sintomas</p> <p>Retirar verbos em gerúndio</p> <p>Expor mais ilustrações</p> <p>Troca de termos</p>	<p>Antes: Conhecendo os sintomas do TDAH Depois: Sintomas do TDAH</p> <p>Distribuição dos sintomas em: Relacionados a desatenção (2 páginas) e Relacionados a Imperatividade e Impulsividade (2 páginas).</p> <p>Aumentar o tamanho e quantidade das ilustrações e o número de páginas que apresenta os sintomas</p> <p>Substituir a palavra “dاناção” por “muita energia”</p> <p>Substituir “não consegue se controlar” por “perde o controle quando desapontada”</p>
Como obter tratamento	<p>Incluir atenção primária Serviço de saúde mental.</p> <p>Esclarecer sobre médico habilitado.</p> <p>Substituição do título</p>	<p>As ilustrações foram reorganizadas, acrescentando a figura do posto de saúde, serviço de saúde mental e profissional médico, destacando as especialidades possíveis para o diagnóstico.</p> <p>Exclusão da ilustração do professor.</p> <p>Substituir título “Onde procurar ajuda para tratar meu filho” para “Como é o tratamento”.</p>

Quadro 7 – Modificações realizadas na cartilha conforme sugestões de juízes especialistas em conteúdo e aparência. Fortaleza-CE, 2018 (continuação).

Domínio Cartilha	Sugestão do especialista	Modificações Realizadas
Como é o tratamento.	Ressaltar através de ilustrações a importância de profissionais para o tratamento.	Houve o aumento do número de páginas e ilustrações dos profissionais e descrição das funções no tratamento da criança com TDAH.
Orientações de cuidado	<p>Dividir as orientações por sintomas.</p> <p>Incluir apoio familiar para não sobrecarga de um só familiar.</p> <p>Incluir apoio total e incondicional a criança e reforço dos pontos fortes.</p> <p>Integrar e incluir a criança na sociedade</p> <p>Substituição do título</p>	<p>Houve o aumento de ilustrações e divisões de assuntos de acordo com sintomas: 1-Orientações sobre o cuidado com a criança desatenta; 2-Orientações sobre o cuidado com a criança hiperativa-impulsiva; 3-Orientações para o avanço escolar e 4-Sua ajuda no tratamento é importante.</p> <p>Acréscimo de imagem de família que divide as tarefas. Acréscimo de imagem de mãe elogiando o filho.</p> <p>Acréscimo de imagem de pais levando criança para brincar em parquinho</p> <p>substituição dos títulos: “Quais os cuidados em casa com a criança hiperativa”; “Quais os cuidados com a criança desatenta” e “Como posso ajudar nas atividades escolares” para “Orientações de cuidado para criança desatenta”; “Orientações de cuidado criança hiperativa e impulsiva” e “Orientações para o avanço escolar” e “Orientações para pais e cuidadores ajudarem no tratamento”.</p>
Proteção e apoio a criança com TDAH	Troca do título Profissional incentivando o diálogo com equipe profissional para discutir sobre direitos e apoio nas esferas educacionais, sociais e de saúde da criança com TDAH.	<p>Substituição do título “Quais os direitos do meu filho” para “Proteção e apoio à criança com TDAH”.</p> <p>Ilustrações referindo assuntos sobre: medicação, Auxílio transporte, amparos sociais e assistência na Atenção primária.</p>
Dicas de sites e materiais educativos	Sugestão de colocar informações sobre materiais educativos e sites para pesquisa.	Criação de página com lista de sites e livros para maior informação sobre a temática.

Mensagem final	Acrescentar uma carta de otimismo e apoio.	Criação de mensagem final otimista ao leitor estimulando a busca por tratamento e o fortalecimento dos laços entre cuidadores e profissionais.
----------------	--	--

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

O objetivo das tecnologias educacionais é contribuir com atividades de ensino e aprendizagem, além de mediar práticas educativas em comunidade e/ou com tipos específicos de usuários (ASSUNÇÃO et al., 2013). O termo tecnologia deve incluir produto e procedimento sociointerativo originado nas vivências entre sujeitos, em que conhecimentos são gerados e compartilhados (TEIXEIRA, 2010).

O uso de TE pelo enfermeiro tem sido relatado em inúmeros estudos com o fim de aprimorar o cuidado de enfermagem em busca de obter maior segurança e respaldo científico, a exemplo dos trabalhos direcionados à puérpera, à criança e professores (TEIXEIRA et al., 2016; FEITOZA, 2015; GALINDO NETO, 2015). Assim, vislumbrando o destaque do profissional de enfermagem, acatou-se a imagem do mesmo na capa da cartilha em um encontro com pais e cuidadores de crianças com TDAH, apesar da cartilha poder ser utilizada por outros profissionais da saúde e da educação (vide Figura 8).

Figura 8 – Ilustração da capa contemplando enfermeiro enquanto personagem apresentando as informações sobre o TDAH. Fortaleza-CE, 2018.



Fonte: Silva; Rebouças, 2018.

A sugestão acatada de produzir carta de apresentação aos profissionais e aos pais e cuidadores que utilizarão a cartilha baseou-se na visão de Teixeira e Medeiros (2017), destacando a necessidade de utilizar tecnologias educacionais com adoção de premissas com aportes do “trabalho vivo em ato”, favorecendo as relações eu-tu e na modalidade entre-nos, efetivando relações dialogais interindividuais e intergrupais, relações com os sujeitos.

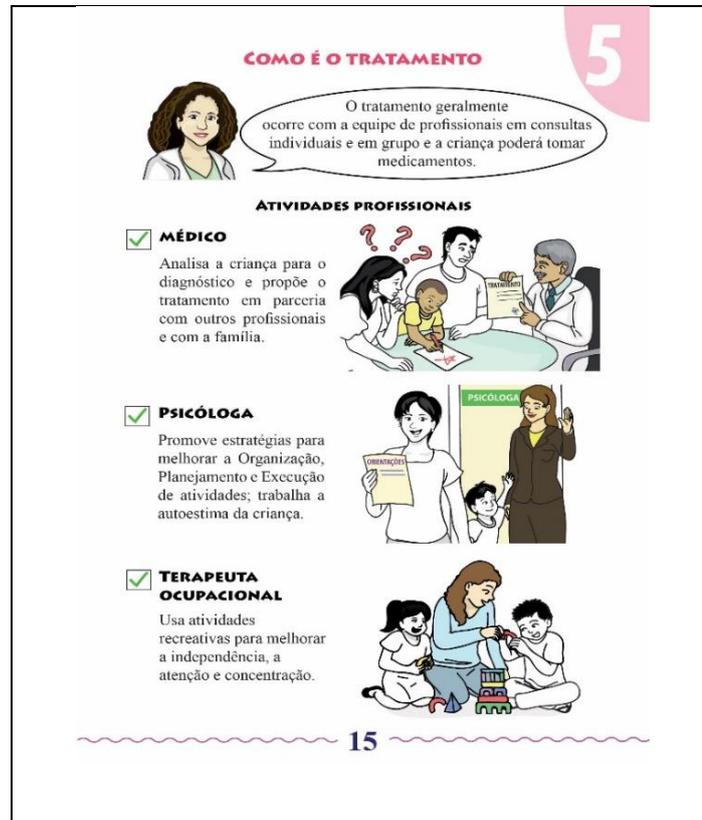
Quanto ao domínio “Como obter tratamento” adotou-se a exposição das figuras referentes à atenção primária (PSF), Profissional médico (especialista em pediatria, psiquiatria infantil e neuropsiquiatria), Serviço de saúde mental, como locais onde buscar avaliação do estado mental e obtenção do tratamento das crianças com TDAH levando em consideração a RAPS e a referência garantida pelo SUS (BRASIL, 2011). A proposta das ilustrações é que os pais e cuidadores saibam que as crianças podem ser acolhidas em suas demandas na atenção primária, a nível ambulatorial ou em serviço especializado de saúde mental.

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é um ponto privilegiado das Redes de Atenção à Saúde para a detecção das demandas infantis. Esse ambiente assistencial propicia o acompanhamento longitudinal da criança, promovendo cuidado integral à saúde e contextualizando fatores determinantes da qualidade de vida e saúde da criança, em relação à sua comunidade (EICKMANN, EMOD, LIMA, 2016; GOGOY et al, 2014; BRASIL, 2013).

Um dos principais desafios para consolidação da política de Saúde Mental à criança e ao adolescente no país é a construção de redes ampliadas com garantia de acesso e cuidado qualificado nos territórios. Uma articulação intrassetorial potente, entre CAPSi e Atenção Básica (AB), pode constituir-se como a base de sustentação para o desenvolvimento da colaboração, compartilhamento e corresponsabilização entre diferentes setores de assistência à infância e adolescência, permitindo a instauração de novos modos de cuidar que ultrapassem a fragmentação e a dispersão (TEIXEIRA, COUTO, DELGADO, 2017).

No domínio “Como é o tratamento” os juízes enfatizaram a sugestão de colocar imagens e explicar como os profissionais de saúde atuam na atenção à criança com TDAH. Em geral, as ações terapêuticas no TDAH são definidas como uma tríade composta por intervenção farmacológica, comportamental e cognitiva. Em crianças o tratamento inclui orientação da família e da escola, terapia especializada e uso de medicamentos. Dentre os profissionais tem-se os fonoaudiólogos, psicólogos com o suporte psicoterápico, terapeuta ocupacional, educador físico e psicopedagogo com as orientações pedagógicas e enfermeiro. A integração da família, da escola e dos terapeutas e médicos é fundamental para que as medidas tomadas tenham melhor efeito (NARDI, QUEVEDO, SILVA, 2015).

Figura 9 – Acréscimos de ilustrações contendo profissionais que atuam no cuidar de criança com TDAH. Fortaleza-CE, 2018.



Fonte: Silva; Rebouças, 2018.

Em seguida, no domínio “Orientações de Cuidados” houve a sugestão de aumento de ilustrações sobre a divisão de tarefas na família, com o intuito de não sobrecarregar apenas um cuidador e assim, evitar seu adoecimento físico ou mental, tendo em vista que há pesquisas que indicam morbidades e condições de exaustão pelo cuidador (CHEM et al., 2015; ORUCHE et al, 2012).

As imagens referentes a elogios ao comportamento correto da criança e da socialização da mesma foram acatadas tendo em vista a necessidade de orientação aos cuidadores sobre atenção ao comportamento desejável da criança durante o lazer para melhorar o envolvimento e as interações com a criança. Estudiosos pontuam que a atenção positiva e os elogios devem ser estimulados primeiramente nas tarefas do lar, e em seguida, em público (CARIM, BARBIRATO, 2015).

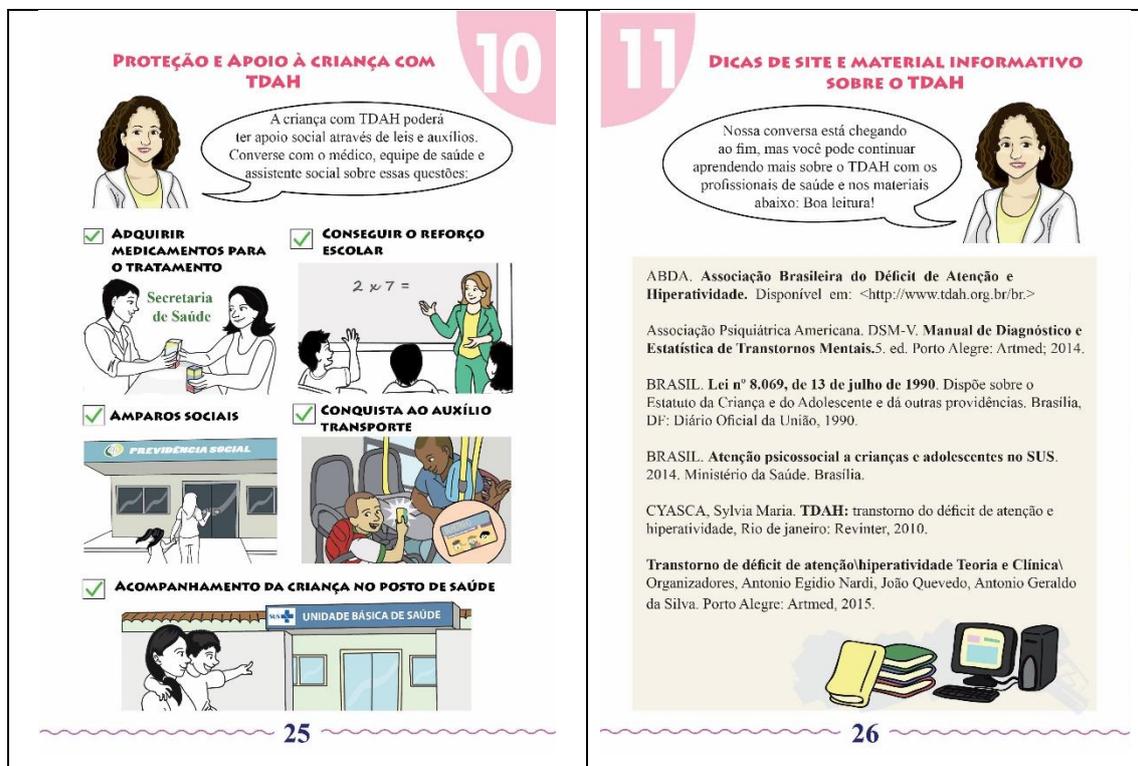
A respeito do domínio “Proteção e apoio a criança com TDAH”, tendo em vista que não há uma legislação específica sobre direitos das crianças com TDAH, os juízes solicitaram a mudança do título que na primeira versão era “Quais os direitos do meu filho”. Após os ajustes, o texto e as ilustrações propõem um diálogo entre os cuidadores e profissionais de saúde e de educação sobre as demandas do cuidado da criança com TDAH, destacando aspectos

relacionados a transporte, assistência à saúde, assistência social e reforço pedagógico. Esses são temas elencados e garantidos no ECA, retratando-se a promoção do direito à vida, à educação e à saúde de todas as crianças e adolescentes (BRASIL, 1990).

No domínio “Dicas de sites e materiais educativos” a sugestão de introduzir uma página com endereços eletrônicos de sites e livros foi acatada na perspectiva de possibilitar ao leitor maiores esclarecimentos sobre o tema e assim, maiores informações e empoderamento para cuidado efetivo. Ratifica-se esse argumento em estudos que apontam sobre a necessidade de fornecer maior acesso à informação aos cuidadores como forma de melhorar a convivência e estimular bons comportamentos na criança com TDAH (MACEDO et al., 2015; SILVA, 2014).

As ilustrações a seguir referem-se as páginas construídas a respeito das sugestões dos juízes para proporcionar maiores informações aos pais e familiares das crianças com TDAH.

Figura 10 – Ilustrações referentes às sugestões relacionadas ao apoio social à criança com TDAH e sites e material informativo. Fortaleza-CE, 2018



Fonte: Silva; Rebouças, 2018.

Houve ainda outras descrições elencadas no questionário de avaliação, que não foram aceitas. Dentre as sugestões propostas que não foram acatadas, destacaram-se (Quadro 6):

Quadro 6 – Sugestões e comentários dos juízes especialistas em conteúdo e aparência não acatadas na pesquisa. Fortaleza-CE, 2018.

Domínio da Cartilha	Sugestão do especialista
O que é TDAH?	<p>Uso de notas de rodapé e mencionar autores.</p> <p>Descrever a fisiopatologia</p> <p>Detalhar as causas do TDAH</p> <p>Explorar as consequências do TDAH</p>
Como obter tratamento	Colocar que o CAPS oferece demanda espontânea
Como é o tratamento.	<p>Colocar a importância da psicoterapia</p> <p>Abordar o processo de avaliação psicológica</p> <p>Abordar com mais detalhe sobre a medicação</p> <p>Abordar manejo farmacológico e não-farmacológico</p> <p>Esclarecer sobre medicações e efeitos adversos</p>
Orientações de cuidado	Abordar o autocuidado do cuidador
Proteção e apoio a criança com TDAH	Desenvolver tema sobre rede de apoio

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Quanto às sugestões de aumentar o número de informações sobre o conceito do TDAH, causas e abordagem da fisiopatologia, no próprio texto ou em notas de rodapé, estas não foram acatadas devido ao excesso de informações em uma mesma página, podendo prejudicar o processo de compreensão do leitor e esconder mensagens prioritárias (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). Ressalta-se que o TDAH ainda está sob estudos sobre a sua etiologia, tendo fatores multicausais. Embora o fenômeno de hereditariedade na gênese do TDAH seja indiscutível, as respostas sobre sua etiologia são complexas e não se restringem ao campo da genética e da biologia molecular (NARDI, QUEVEDO, SILVA, 2015). O mesmo ocorreu com as sugestões de acréscimo de informações sobre o tratamento, seja medicamentoso ou não e a abordagem detalhada sobre a rede de apoio.

No item referente à obtenção do tratamento a sugestão de incluir texto sobre a demanda espontânea do CAPS não foi acatada, pois a orientação do SUS é que o acesso da

população à rede de atenção ocorra através dos serviços de saúde de nível primário, para o alcance dos demais níveis de maior complexidade, ou seja, secundário e terciário e estes devem ser referenciados e contra referenciados (MACHADO, COLOMÉ, BECK, 2011). Inclusive, para ser realizado o primeiro atendimento nos CAPSi nos municípios em que se desenvolveu a pesquisa, as crianças são referenciadas através do PSF ou através de recomendações do médico que acompanha a criança a nível ambulatorial em serviço de saúde pública do seu município.

Quanto à sugestão sobre enfatizar o autocuidado do cuidador não foi acatada devido não estar diretamente relacionada ao objetivo da cartilha e devido aumentar a extensão da mesma podendo afetar o interesse e a compreensão do leitor. Ressalta-se, contudo que esses temas são relevantes e necessários a serem abordados no contexto do cuidado da criança e podem ser utilizados em futuras pesquisas como proposta de desenvolvimento de tecnologia educacional que abordem essas particularidades.

Após os ajustes nas imagens e textos junto ao designer gráfico, deu-se a avaliação da aparência por parcela do público alvo, correspondendo a 17 pais e cuidadores de crianças com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de TDAH atendidas nos CAPSi de Juazeiro do Norte e Barbalha-CE. Os participantes avaliaram 30 itens do instrumento.

6.5 Validação da aparência por parcela da população alvo

Compuseram a amostra desta etapa pais e cuidadores de crianças com hipótese diagnóstica ou diagnóstico de TDAH assistidos nos CAPSi dos municípios de Barbalha e Juazeiro do Norte-Ce, entrevistados nos meses de maio e junho de 2018.

Tabela 7 – Caracterização dos pais e cuidadores de crianças com TDAH que validaram a aparência da cartilha. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.

Caracterização	Pais e Cuidadores	
	Nº	%
Sexo		
Masculino	01	5,8
Feminino	16	94,2
Faixa etária (ano)		
20-29	06	35,3
30-39	07	41,2
40-49	02	11,7
50 ou mais	02	11,7
Estado Civil		
Casado	15	88,2
Solteiro	01	5,9
Viúvo	01	5,9

Tabela 7 – Caracterização dos pais e cuidadores de crianças com TDAH que validaram a aparência da cartilha. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018 (continuação).

Caracterização	Pais e Cuidadores	
	Nº	%
Renda Familiar (SM)		
<1	08	47,0
1 - 2	09	53,0
Escolaridade		
Fundamental I Completo	06	35,3
Fundamental II Completo	02	11,7
Médio Completo	08	47,0
Superior Incompleto	01	5,9
Religião		
Católico	15	88,3
Evangélico	02	11,7

SM: Salário mínimo nacional de R\$ 954,00

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Segundo a tabela 7, os participantes que perfizeram essa validação da aparência foram 17 pais e cuidadores, sendo que 16 (94,2%), eram mulheres e 15(88,3%) católicos. A faixa etária que prevaleceu foi a de 30-39 anos (7- 41,2%), seguida pela faixa de 20-29 anos (6 35,2%). A renda familiar prevalente foi a de 1 a 2 salários mínimos (9- 53%), e a escolaridade fez oito participantes (47%) com Ensino Médio Completo, seguida de seis (35,3%) com Ensino Fundamental Completo.

Em estudo realizado com familiares de pessoas com transtorno mental, igualmente apontou-se a figura feminina no papel de cuidador primário, tendo em vista a incorporação da mulher na tarefa de fornecer cuidados para a família. Os autores ressaltaram ainda que devido a demanda de cuidado em casa, as cuidadoras vivenciam principalmente a situação de desempregadas ou donas de casa (ESTEVAM et al., 2011).

Outros estudos que validaram tecnologias educacionais tiveram como público alvo a figura materna (FEITOZA, 2015; SABINO, 2016); gestante e puérpera (COSTA, 2016), e pacientes no pré e pós operatório de cirurgia bariátrica (BARROS, 2015), os quais contemplaram um número de participantes que variou de 11 a 31.

Os achados se equiparam ao estudo realizado por Feitoza (2015) no qual obteve-se enquanto participantes do público alvo 12 mães de crianças com transplante cardíaco que atingiram média de idade de 34,5 anos, 50% delas casadas matrimonialmente ou em união estável, com predomínio de 5 a oito anos de estudo (41,6%) e renda familiar de 1 a dois salários (41,6%). Contudo, os dados diferem de estudo de validação de cartilha sobre diarreia infantil,

no qual as mães (31) que validaram o material possuíam média de idade de 25 anos; a maioria com segundo grau completo (31,7%), em união estável (58,1%) e média de renda familiar de R\$ 1.847,00 (SABINO, 2016).

A validação da cartilha junto aos sujeitos que vivenciam o cuidado à criança com TDAH é uma atitude necessária, uma vez que os mesmos são o foco da atividade educativa que se pretende realizar. Nesta etapa pretendeu-se verificar a compreensão do material, o que deve ser acrescentado ou aperfeiçoado, além de se perceber a distância entre o que foi exposto e o que foi apreendido pelo público alvo (FONSECA et al., 2004).

A seguir discrimina-se, na tabela 8, os valores I-IVC, Alfa de Cronbach, média e desvio padrão, referentes à exclusão dos itens individuais de cada dimensão avaliada.

Tabela 8 – Valor do IVC, Alfa de Cronbach, Média e Desvio Padrão na Validação da aparência por pais e cuidadores de crianças com TDAH segundo a exclusão de itens individuais. Fortaleza- CE, 2018.

Estatísticas de item-total				
	IVC	Alfa de Cronbach se o item for excluído	Média	Desvio Padrão
O1- Atende aos objetivos dos pais quanto aos cuidados sobre a TDAH (a cartilha trata de assuntos necessários para os pais e cuidadores).	0,98	0,871	4,882	0,3321
O2- A cartilha poderá ajudar a cuidar do filho com TDAH.	0,99	0,880	4,941	0,2425
O3- É capaz de promover reflexão sobre os cuidados necessários a criança com TDAH.	1,00	0,886	5,000	0,0000
OR1- A capa da cartilha educativa está atraente e indica o conteúdo do material.	0,96	0,898	4,824	0,5286
OR2- O tamanho do título e dos conteúdos nos tópicos está adequado.	0,98	0,883	4,882	0,3321
OR3- Os tópicos apresentam uma sequência lógica	0,99	0,880	4,941	0,2425
OR4- Há coerência entre as informações da capa, apresentação, sumário e conteúdo da cartilha.	0,96	0,888	4,824	0,5286
OR5- O papel do material está apropriado.	0,98	0,871	4,882	0,3321
OR6- O número de páginas está adequado.	0,99	0,878	4,941	0,2425
OR7- Os temas retratam aspectos-chave importante	1,00	0,886	5,000	0,0001
L1- A escrita está em estilo adequado	0,91	0,878	4,529	0,6243
L2- O texto é vívido e interessante. O tom é amigável.	0,92	0,879	4,588	0,5073
L3- O vocabulário é acessível	0,92	0,889	4,588	0,6183

Tabela 8 – Valor do IVC, Alfa de Cronbach, Média e Desvio Padrão na Validação da aparência por pais e cuidadores de crianças com TDAH segundo a exclusão de itens individuais. Fortaleza- CE, 2018 (continuação).

Estatísticas de item-total				
	IVC	Alfa de Cronbach se o item for excluído	Média	Desvio Padrão
L4-Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva.	0,95	0,888	4,765	0,4372
L5-Há associação entre o tema de cada sessão e o texto correspondente.	0,96	0,882	4,824	0,3930
L6-O texto está claro.	0,95	0,887	4,765	0,4372
A1- As ilustrações são simples.	0,96	0,874	4,824	0,3930
A2- As páginas ou sessões parecem organizadas.	0,98	0,882	4,882	0,3321
A3- O número de figuras é suficiente.	0,95	0,870	4,765	0,5623
A4- As figuras correspondem aos conteúdos ilustrados	0,99	0,878	4,941	0,2425
A5- As figuras são autoexplicativas	0,98	0,871	4,882	0,3321
A6-As figuras são provocadoras de perguntas sobre a temática	0,99	0,889	4,941	0,2425
M1- A cartilha é apropriada para a sua idade, sexo e cultura.	0,98	0,894	4,882	0,3321
M2- A cartilha apresenta lógica.	0,99	0,878	4,941	0,2425
M3- A cartilha desperta interesse e curiosidade.	0,96	0,873	4,824	0,3930
M4- A cartilha aborda os assuntos necessários para os familiares	0,99	0,878	4,941	0,2425
M5- As informações contidas na cartilha são importantes para o cuidado da criança com TDAH.	0,98	0,879	4,882	0,3321
M6- A cartilha propõe adquirir conhecimento para realizar o cuidado com a criança com TDAH.	0,99	0,878	4,941	0,2425
M7- A interação é convidada pelo texto (os leitores são estimulados a discutir problemas e soluções). A cartilha sugere ações	0,99	0,878	4,941	0,2425
C1 - Após a leitura da cartilha, você a indicaria para familiares de crianças com TDAH, considerando os contextos socioeconômico e cultural da população.	0,99	0,878	4,941	0,2425
IVC GERAL	0,99			
ALFA DE CRONBACH GERAL	0,891			

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

O IVC entre os participantes variou de 0,92 a 1,00 demonstrando grande aceitação da cartilha pelos pais e cuidadores de crianças com TDAH. Em estudo que validou a aparência

de cartilha sobre primeiros socorros, o público-alvo considerou, em relação à linguagem da cartilha, as frases atrativas, claras e objetivas (GALINDO NETO et al., 2017). O mesmo se apresentou na validação da aparência de cartilha sobre prevenção da transmissão vertical do HIV em gestantes e puérperas, no qual todos os cinco aspectos avaliativos de aparência alcançaram nível de concordância acima de 98%, indicando excelente nível de concordância entre o público-alvo (LIMA, 2017).

Vários estudos apontaram excelente concordância entre os juízes de materiais educativos nos aspectos da aparência, destacando-se cartilha para prevenção de sífilis congênita (100%), Cartilha de prevenção da transmissão vertical do HIV (>98%), Material educativo para prevenção de síndrome metabólica (88,4%) (COSTA, DAMASCENO, 2016; LIMA et al., 2017; MOURA et al., 2017).

Quanto ao índice de consistência interna, os dados da Tabela 9 permitem destacar que se retirado qualquer um dos itens, o questionário não sofreria grandes alterações em relação ao alfa, o qual variou de 0,871 a 0,898, mantendo-se no parâmetro aceitável do alfa de Cronbach. Dessa forma, as avaliações constataam que a cartilha foi considerada válida e confiável quanto a aparência por parcela da população alvo.

Em estudo sobre elaboração e validação de instrumento de avaliação de tecnologia assistiva, obteve-se que todos os itens foram considerados claros e compreensíveis pelos participantes da população no qual calculou-se o Alfa de Cronbach, que atingiu o valor de 0,822 (GUIMARÃES, CARVALHO, PAGLIUCA, 2015).

Quanto ao IVC total dos domínios obteve o valor de 0,99 de aprovação pelos participantes da pesquisa. Da mesma forma, a validação da aparência com pais e cuidadores de crianças com TDAH através do índice de confiabilidade geral foi alto, perfazendo ,891 no total de 30 itens. Observe-se que os domínios referentes ao Objetivo e Organização obtiveram itens de variância zero, obtendo 100% de concordância entre os juízes nas respostas 4 e 5. Com relação ao domínio Linguagem, obteve-se o Alfa de Cronbach de 0,707 para os seis itens avaliados, enquanto que no domínio Aparência obteve-se 0,822 referente aos 6 itens do questionário. Finalmente, para o domínio Motivação, perpez-se o Alfa de Cronbach de 0, 830 para os sete itens avaliados.

Os dados evidenciam concordância e confiabilidade dos dados elevadas, demonstrando aprovação quanto à confiabilidade dos dados.

Finalmente, na validação de conteúdo e de aparência por juízes e parcela da população alvo, tanto a confiabilidade (Alfa de Cronbach >0,8) quanto a concordância das respostas (IVC>0,8) foram altas e estatisticamente significantes.

Ao final da avaliação da aparência alguns pais e cuidadores fizeram observações sobre a cartilha que serão expostas a seguir:

Achei tudo bom, organizado e claro. P1

Acho que pode ajudar as mães a aprender mais P11

Acho que algumas mães não podem entender quando fala: distúrbio neurológico...mas não sei qual outra palavra usaria. P13

Achei importante colocar que é bom dividir as tarefas (com outros familiares), porque um só não fica sobrecarregado. A minha família vai gostar de ver, de estudar e de aprender. P14

As imagens parecem muito com o que vivo. P15

A minha filha tem isso e é importante aprender e ter ajuda de quem sabe. P17

Os relatos acima evidenciam uma boa aceitação e avaliação da cartilha, sendo que os pais e cuidadores se identificaram com as figuras e personagens. As falas demonstraram que os comportamentos ilustrados são compatíveis com a realidade na rotina familiar dos participantes.

As imagens selecionadas foram consideradas pelo público-alvo como dentro do contexto familiar e adequou-se como meio de comunicação visual. As ilustrações funcionam na cartilha, em relação às frases, como verdadeiras animações, no sentido mais original, empolgando o leitor para maior disposição de aprender (BELMIRO, 2008).

O material educativo impresso requer esforço e dedicação para sua efetiva distribuição, porém quando é elaborado de acordo com a vivência do público-alvo diminui a possibilidade de que o material seja incapaz de promover mudança e reflexão (MOREIRA, NOBREGA, SILVA, 2003). Quanto ao reconhecimento e desenvolvimento das tecnologias na literatura de enfermagem, as autoras Teixeira e Medeiros (2017) defendem que os variados tipos de tecnologia são necessários, e a educação em saúde deve atuar em parceria com os clientes enquanto sujeitos ativos e com vistas a melhoria da qualidade de vida.

Nesse contexto acredita-se que esta pesquisa adequou-se à análise categorial proposta por Nietzsche (2000) enquanto tecnologia de educação, constituindo-se meio de auxiliar a formação de uma consciência para a vida saudável.

A análise das sugestões e anotações realizadas por especialistas e público-alvo deve ocorrer no intuito de agregar informações pertinentes, sendo acatadas aquelas que gerarem o aperfeiçoamento do material educativo (TEIXERA; MEDEIRO; NASCIMENTO, 2017). Desta forma, as tecnologias cuidativo-educacionais leves encaminham a processos de trabalho mais

humanizados nos quais a autonomia é conquistada. Para as autoras, quando ocorre o desenvolvimento, a aplicação e a avaliação das tecnologias conquistam-se espaços e há avanço nos modos de cuidar.

Salienta-se que foi sugerido, quanto ao uso da linguagem, que fosse realizada uma revisão de português e reforçado o uso da voz ativa no texto da cartilha. A revisão foi feita no intuito de reforçar o estilo em forma de conversa para maior facilidade de entendimento pelo público (MOREIRA, NOBREGA, SILVA, 2003).

Contudo, outras sugestões não foram acatadas devido aumentar substancialmente a quantidade de páginas e informações, o que deixaria a tecnologia educacional muito longa e enfadonha para leitura além de muito técnica o que podem prejudicar a compreensão do público leigo.

6.6 Teste de Legibilidade de Flesch

Após as leituras das recomendações dos juízes especialistas buscou-se fazer as alterações e correções necessárias a uma boa leitura e entendimento da cartilha pelo público-alvo.

Reconhece-se que a capacidade de leitura e compreensão pode ser dificultada se houver discrepância entre o nível de escolaridade do leitor e a complexidade da informação (BASTABLE, 2010). Nesse sentido, a cartilha Orientações de cuidado com a criança com TDAH foi escrita atentando-se para o uso de frases e palavras comuns e curtas e que fazem parte do cotidiano dos leitores. Tal estratégia contribui para diminuição do nível de dificuldade na leitura.

Após realizar os ajustes pertinentes ao processo de validação, foi avaliada a legibilidade da cartilha por meio da aplicação do índice de legibilidade de Flesch-Kincaid (ILFK). Assim o teste foi aplicado em cada domínio da cartilha e, posteriormente, na cartilha completa, apresentados no quadro a seguir:

Quadro 7- Índice de legibilidade dos domínios da cartilha. Fortaleza-CE, 2018.

Domínio	IL (%)
Capa e carta aos profissionais e público	51
Apresentação	63
Conceito	54
Sintomas	52
Local para buscar o tratamento	55
Funcionamento do tratamento	51
Orientações de cuidados com a criança desatenta	70
Orientações sobre “Orientações de cuidados com criança hiperativa	50
Orientações para o avanço escolar	50
Sua ajuda no tratamento é importante	51
Proteção e apoio a criança com TDAH	58
Dicas de sites e material informativo	55
Mensagem final	77
IL Geral	54

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Após os ajustes das frases e retirada ou mudanças de palavras, obteve-se o IL que variou de 50% a 77%. Para Echer (2005), as mensagens em saúde devem ser sucintas, relevantes e bem elaboradas, destacando-se ainda as ilustrações, layout e design do material impresso, buscando atrair o leitor, instigar à leitura e reforçar a ideia transmitida.

Em estudo de validação de cartilha sobre aplicação de insulina obteve-se IL de 52,8, atingindo classificação de leitura fácil. Valor semelhante (ILF 60) foi encontrado em cartilha de orientações para o autocuidado – saúde sexual e reprodutiva da mulher ostomizada (ALBUQUERQUE et al., 2016), destacando a busca por dos pesquisadores por materiais educacionais que venham a promover efetivo entendimento das informações elencadas.

Reconhece-se que para a escolaridade do público em questão o ideal seria a classificação muito fácil para todos os domínios, no entanto a especificidade do tema da cartilha motivou a escrita de algumas palavras polissílabas e termos técnicos. Alguns dos termos científicos ou formais utilizados foram: Déficit de Atenção, hiperatividade, neurobiológico, psicopedagogo.

O próximo item se refere a etapa de avaliação do conhecimento dos pais e cuidadores de crianças com TDAH.

6.7 Avaliação do conhecimento apreendido após entrega da cartilha

Frente às constatações da elevada incidência de TDAH e a procura tardia dos pais e cuidadores pelo serviço de saúde ou profissionais especializados, esse público necessita de informações que os sensibilizem, tornando-o capaz de desenvolver ações voltadas para a promoção de cuidados, acompanhamento e participação efetiva no tratamento da criança.

Nessa perspectiva, a presente etapa objetivou avaliar os aspectos concernentes ao conhecimento prévio sobre TDAH bem como a apreensão do conhecimento após entrega da cartilha, esta sendo utilizada como tecnologia educacional em educação em saúde a pais e cuidadores de criança com TDAH.

Realizou-se a coleta de dados com pais e cuidadores de crianças com TDAH nos CAPSi de Barbalha e Juazeiro do Norte durante os meses de maio a julho de 2018. A seleção dos participantes deu-se de acordo com a demanda das instituições estudadas e os critérios previamente estabelecidos: maior idade, declarar-se cuidador da criança com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de TDAH atendida no referido serviço, autorizar nova entrevista após 15 dias.

As primeira entrevista e explicação da cartilha durou, em média, 25 minutos, ocorrendo leitura de forma dialogada com os participantes. A segunda entrevista durou, em média, 13 minutos, delimitando-se inicialmente aos questionamentos e posteriormente às explicações e agradecimentos quanto à colaboração.

Apresenta-se os dados sobre o perfil dos participantes e sobre os aspectos que envolvem os domínios: Conceito do TDAH; Comportamentos e sintomas; Onde buscar tratamento; Como é o tratamento; e Orientações de cuidados à criança com TDAH. Inicialmente, apresenta-se a tabela 9 com a caracterização socioeconômica e escolar dos participantes:

Tabela 9 – Caracterização dos pais e cuidadores de crianças com TDAH. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.

VARIÁVEL	Frequência	Porcentagem %
Sexo		
Feminino	44	88
Masculino	6	12

Tabela 9 – Caracterização dos pais e cuidadores de crianças com TDAH. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018 (continuação).

VARIÁVEL	Frequência	Porcentagem %
Cor		
Parda	36	72
Branca	14	28
Religião		
Católica	41	82
Evangélica	9	18
Renda Familiar (SM)		
- 1	31	62
1- 2	15	30
2- 3	4	8
Escolaridade		
Ensino fundamental	23	46
Ensino Médio	20	40
Ensino superior	7	14
Faixa etária (anos)		
18 – 30	13	26
31 – 40	17	34
41- 57	20	40
Total	50	100

SM: Salário mínimo nacional de R\$ 954,00.

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

A respeito das características do público investigado destaca-se que a maioria é feminina (88%), parda (72%), católica (82%), com renda familiar inferior a um salário mínimo (62%) e com ensino fundamental completo (46%). Com relação à faixa etária, destacou-se a faixa entre 41 e 57 anos de idade (40%).

Em pesquisa que investigou as mudanças nos âmbitos social, familiar e sexual de cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais atendidos em um CAPS paraibano, obteve-se dados quanto a caracterização dos participantes: a idade dos cuidadores variou de 24 a 65 anos (média=38,9 anos); 60 (93,8%) eram mulheres, 27 (42,2%) concluíram o ensino médio, 46 (71,9%) eram católicos (DALTRO, MORAES, MARSIGLIA, 2018).

Nesse mesmo sentido tem-se estudo sobre sobrecarga dos cuidadores de um CAPS i no sul do Brasil, que investigando um total de 90 cuidadores obteve: 95,6% eram mulheres; com idades entre 25 a 70 anos (média 43,1 dp \pm 10,3); 38,9% eram casados ou viviam com o companheiro; 60% pertenciam à classe econômica C e 66,7% não trabalhavam (FARIAS et al., 2014). Dessa forma, as pesquisas evidenciam a mulher como principal cuidadora da criança acompanhante durante as consultas de saúde e no cuidado domiciliar.

No que se refere à idade dos cuidadores, Silva (2008) destaca que quanto maior a idade do cuidador, pior será a sua qualidade de vida. Essa situação se deve ao fato de os cuidadores mais velhos já possuírem algumas limitações (físicas e cognitivas) que dificultam os cuidados ao doente mental, pois para conseguir executar alguns atos inerentes ao cuidar é necessário realizar tarefas que envolvem certo esforço físico e capacidade cognitiva. Esses dados alertam para a necessidade dos profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, vislumbrarem as especificidades do cuidador e suas demandas no cuidado à criança com TDAH, promovendo assim sua saúde e atuando na prevenção de sobrecargas físicas e emocionais.

Ressalta-se que a escolaridade dos cuidadores deve ser investigada para a construção e aplicação de material educativo, tendo em vista ser uma variável relacionada ao conhecimento e compreensão do conteúdo a ser assimilado. Os cuidadores são essenciais no processo de cuidado da criança, pois eles conhecem a realidade da criança, recebem e repassam as informações sobre o comportamento da criança com a equipe de saúde e intervêm para um cuidado efetivo a nível domiciliar.

Autores reforçam a escolaridade enquanto variável importante para o exercício das funções de cuidado, pois auxilia no tratamento (administração de remédios) e na compreensão das dificuldades enfrentadas pelos pacientes e do processo terapêutico, além de facilitar a comunicação entre trabalhadores de saúde e cuidadores (KANTORSKI et al., 2012).

Com relação ao aspecto financeiro dos participantes, a maior parte dos pais e cuidadores (62%) possuem renda familiar de até um salário mínimo. Esse fato pode indicar uma sobrecarga financeira que gera estresse para toda a família, principalmente para o cuidador da criança com TDAH que muitas vezes não pode trabalhar para se dedicar ao cuidado da criança.

Nesse sentido, estudo de revisão de literatura constatou que o cenário de desinformação e pouco manejo no cuidado às crianças com transtorno mentais pelos cuidadores está diretamente relacionado a questões socioeconômicas, educacionais e estratégias limitadas de cuidado de saúde mental disponibilizadas nos serviços (CAMPELO, COSTA, COLVERO, 2014).

Corroborar-se que a adesão ao tratamento está sujeita à influência de múltiplos fatores relacionados às condições demográficas e sociais do paciente, à natureza da doença, às características da terapêutica e ao relacionamento do paciente com os profissionais de saúde. Defende-se uma informação de qualidade para pais e crianças e participação ativa dos atores envolvidos (WHO, 2003).

Em seguida tem-se os dados referentes às questões elaboradas com base nos assuntos abordados pela Cartilha “Orientações sobre a criança com TDAH”. Vale ressaltar que tanto a elaboração das questões quanto a análise das respostas de todos os quesitos fundamentaram-se nas informações contidas no material educativo.

As cinco próximas tabelas registram a frequência e percentual referentes às respostas sobre TDAH antes da entrega da cartilha e em momento posterior, quando se deu a entrega, explicação e prazo mínimo de 15 dias para leitura da cartilha.

Tabela 10- Frequência, percentual das respostas referentes ao conceito do TDAH antes e após a entrega da cartilha. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.

Conceito do TDAH	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	n	%	n	%
Errado	49	98	31	62
Correto	1	2	19	38
TOTAL	50	100	50	100

p do teste de McNemar = 0,001

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Os dados apresentados dizem respeito ao conceito elaborado pelos participantes sobre o TDAH antes e após a entrega da cartilha e avaliados segundo o Teste de McNemar $\chi^2 = 0,000$; $p < 0,05$.

Salienta-se que o TDAH é um dos transtornos psiquiátricos mais estudados na infância e estima-se que seja uma das principais fontes de encaminhamento infantil ao sistema de saúde. Apesar de estudos sugerirem alto índice de influência hereditária, o transtorno possui etiologia multifatorial, em que aspectos biológicos (genéticos e neurológicos) e ambientais interagem de forma complexa (SANTOS, VASCONCELOS, 2010; APA, 2013).

Faz-se mister ressaltar que o TDAH é considerado uma condição heterogênea, podendo se manifestar de diversas formas. Isto se refere tanto aos impactos do funcionamento neuropsicológico como aos tipos de comorbidades presentes em diferentes grupos de sintomas (FARAONE; PERLIS, DOYLE, 2005; SEGENREICH; CASTRO; NESSIMIAN, 2015). Ao mesmo tempo, o TDAH tem sido alvo de amplas discussões oriundas das mais diferentes áreas, inclusive havendo um entendimento de que esse é um assunto polêmico, o que pode estar preocupando e confundido pais, educadores e profissionais de saúde quanto ao diagnóstico

correto e manejo no tratamento. Essa afirmação coaduna com o fato de apenas um participante afirmar corretamente sobre o conceito de TDAH na pré-entrevista, apesar da criança sob seus cuidados apresentar hipótese diagnóstica ou diagnóstico do transtorno e realizar o tratamento no serviço de saúde mental.

Na pré-entrevista obteve-se de maneira relevante respostas expressando o desconhecimento sobre o transtorno, associado ao desejo sobre maiores informações e esclarecimentos por parte dos pais e cuidadores.

Em estudo sobre conhecimentos, crenças e atitudes de 288 pais mexicanos acerca do TDAH, obteve-se que 69,2% relataram saber o que é TDAH, sendo que 62% receberam informações. Do total, 85,4% considerou o TDAH uma enfermidade e 8,3% relatou como sendo uma dificuldade da criança. O restante dos entrevistados considerou um mito, uma moda, um invento da indústria farmacêutica. O estudo mostrou que ter recebido informações influenciou diretamente na percepção do transtorno como uma enfermidade. Os autores concluíram que é importante melhorar a quantidade e qualidade da educação sobre o TDAH e seu tratamento, repercutindo em melhores decisões terapêuticas e melhor efeito sobre o prognóstico do paciente (PALACIOS-CRUZ et al., 2011).

Com relação aos dados da pós-entrevista, a tabela 10 demonstra um aumento considerável de participantes, de 2% (1) para 38% (19), que inferiram corretamente sobre o significado do transtorno após a entrega e explicação da cartilha e realizada a segunda entrevista (Teste McNemar = 0,000).

Pontue-se que foram consideradas corretas as respostas que continham informações sobre a natureza neurobiológica e psicológica do transtorno, bem como aquelas que enfatizavam sobre os aspectos etiológicos do seu surgimento como: uso de álcool e drogas na gestação; intercorrências durante o parto; maus tratos psicológicos e físicos durante e após a gestação; aspectos hereditários paternos ou maternos.

Com relação à pós-entrevista, apesar de apenas 19 (38%) participantes relatarem corretamente sobre o conceito do transtorno, acredita-se que o instrumento utilizado para favorecer o aprendizado de informações mostrou-se eficaz para o entendimento da existência de um transtorno no qual requer ajuda profissional e familiar na condução de suas demandas sociais, de saúde e de educação.

Configura-se aqui a necessidade do profissional que estará aplicando a cartilha em sua atividade de educação em saúde, intervir junto ao cuidador de forma dialógica com vistas a proporcionar interação no cuidado e vínculo, possibilitando reflexões sobre a situação da criança bem como a terapêutica a ser escolhida, enfatizando que as relações parenterais, os

aspectos ambientais e psicossociais influenciam decisivamente no estado de saúde mental de todas as pessoas, inclusive das crianças (CAMPOS, 2005; NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2015).

Tabela 11 – Frequência, percentual das citações referente aos sintomas do TDAH antes e após a entrega da cartilha. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.

SINTOMAS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		p
	n	%	n	%	
Agitação					0,302
Não citado	11	22	6	12	
Citado	39	78	44	88	
Muita Energia					,019
Não citado	17	34	6	12	
Citado	33	66	44	88	
Não tolera frustração					0,230
Não citado	32	64	25	50	
Citado	18	36	25	50	
Fala Muito					0,180
Não citado	45	90	39	78	
Citado	5	10	11	22	
Distração fácil					0,007
Não citado	36	72,0	22	44	
Citado	14	28	28	56	
Não termina a atividade					< 0,0001
Não citado	42	84	24	48	
Citado	8	16	26	52	
Não obedece regras					0,008
Não citado	39	78	47	94	
Citado	11	22	3	6	
Interrompe conversas					0,008
Não citado	46	92	38	76	
Citado	4	8	12	24	
Desorganizado					< 0,001
Não citado	50	100	42	84	
Citado	0	0	8	16	

p=Teste de McNemar-Bowker

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Os dados apresentados na tabela 11 dizem respeito às citações dos pais e cuidadores referentes aos sintomas evidenciados na criança com TDAH.

O TDAH se caracteriza por uma combinação de dois grupos de sintomas: desatenção e hiperatividade-impulsividade, que são descritos no DSM-5 (2013). Mattos (2015) ressalta que para conclusão do diagnóstico é obrigatório que esses sintomas estejam presentes antes dos 12 anos, causando problemas em pelo menos dois contextos diferentes (escola e casa). Os sintomas devem atrapalhar claramente a vida da pessoa, não sendo explicados por outros problemas de saúde. O diagnóstico deve ser feito por profissional especializado e cuidadosamente treinado que avaliará cada sintoma evidenciado na criança através de entrevista clínica e aporte de informações dos cuidadores e professores.

A maioria dos sintomas ou comportamentos da criança com TDAH elencados na tabela 11 tiveram acréscimos no pós-teste, evidenciando que a cartilha proporciona aquisição de conhecimento, funcionando como instrumento de aprendizagem para os pais e cuidadores no cuidado à criança com TDAH. Apenas o item referente ao sintoma “Não obedece Regras” foi citado por 11 participantes no pré-teste e após a explicação e entrega da cartilha, o número de citações caiu para três.

Os sintomas mais citados tanto na pré-entrevista quanto após a entrega da cartilha foram: “Agitação” (39-44), “Muita Energia” (33-44) e “Não tolera frustração” (18-26). Esses comportamentos situam-se na esfera do tipo de apresentação que o TDAH ocorre, neste caso, destacou-se a apresentação de hiperatividade e impulsividade.

Ressalta-se que esses sintomas são relacionados à motricidade, sendo mais evidentes no comportamento habitual da criança, cujas implicações consistem em atividades motoras excessivas (APA, 2013).

Segundo Nardi, Quevedo e Silva (2015), a forma como o padrão do TDAH se expressa tem especificidades que dependem da apresentação do transtorno, sendo que o tipo predominantemente hiperativo-impulsivo é mais caracterizado por agitação psicomotora, baixa tolerância à frustração, fala excessiva e dificuldade de esperar sua vez.

No âmbito familiar, o transtorno promove conflitos no convívio diário, pois as crianças apresentam dificuldades em seguir regras e normas, em completar tarefas simples, agindo também com agressividade e intolerância à frustração (BENCZIK; CASELLA, 2015). O devido cuidado deve ser dado a essa sintomatologia relatada, devido estudos constatarem que os pais costumam reagir com maior punição, seja física ou verbal ou até com negligência diante do comportamento da criança (MATTOS, 2015).

Contudo, os sintomas “Não terminam as atividades” (16%-52%), “Distração fácil” (28%-56%), “Interrompe conversas” (8%-24%) e “Desorganizado” (0%-16%) foram os que obtiveram maior número de acréscimo de citações na pós-entrevista. Os dois primeiros

sintomas citados dizem respeito à desatenção, que é a facilidade de se distrair com qualquer estímulo, levando as crianças a interromperem continuamente suas atividades, tornando-a mais propensa a ter dificuldades escolares (NARDI, QUEVEDO, SILVA, 2015).

Quanto aos sintomas “Interrompe conversas” e “Desorganização”, é importante salientar que processos neuropsicológicos têm sido implicados no TDAH, incluindo as funções executivas, as quais são responsáveis pelo controle da cognição, comportamentos e emoções. As funções executivas atuam na inibição (a capacidade de controlar uma resposta automática ou prepotente e controlar a atenção e pensamentos), flexibilidade (capacidade de mudar o foco de atenção e ter diferentes perspectivas) e memória operacional (a capacidade de manter e manipular informações na mente da pessoa). A função executiva inclui habilidades como planejamento, raciocínio e resolução de problemas, portanto são cruciais para o aprendizado e funcionamento adequado na sociedade (DIAMOND, 2013).

Foram expostos os itens com representação estatística, sendo que os quesitos referentes aos sintomas “Esquece tarefas”, “Perde objetos” e “Não escuta quando chamado” não foram contemplados pela pouca ou inexistente frequência de citações. Esses sintomas estão na esfera de apresentação de “desatenção”, onde geralmente há pouca observação ou importância pelos pais sobre esses sintomas enquanto demandas de cuidado relacionadas diretamente ao transtorno. Contudo, esses sintomas interferem no processo de aprendizagem e carecem de avaliação e intervenção psicopedagógica.

Tabela 12 – Frequência, percentual das respostas referente ao local do tratamento do TDAH antes e após a entrega da cartilha. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.

LOCAL DO TRATAMENTO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		p
	N	%	N	%	
PSF					< 0,001
Não citado	38	76,0	13	26,0	
Citado	12	24,0	37	74,0	
Profissionais					0,754
Não citado	11	22,0	9	18,0	
Citado	39	78,0	41	82,0	
Serviço de Saúde Mental					< 0,001
Não citado	32	64,0	18	36,0	
Citado	18	36,0	32	64,0	

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

p=Teste de McNemar-Bowker

Ao considerar a necessidade de ajuda profissional em serviços de saúde para o cuidado da criança e adolescente com transtornos mentais, estudo de revisão de literatura sobre as dificuldades das famílias no cuidado à criança e ao adolescente com transtorno mental averiguou que os cuidadores ainda têm conhecimento e condições limitadas para que o manejo e o acesso a serviços mais eficientes façam parte dos cuidados dessa clientela. Nessa perspectiva, os autores consideram essenciais o bom acolhimento do serviço para o estabelecimento do vínculo e a adequada formação dos profissionais envolvidos (CAMPELO, COSTA, COLVERO, 2014).

A respeito do local onde buscar ajuda para tratamento da criança, a tabela 13 destacou como item mais citado, tanto no pré-teste quanto no pós-teste, “Profissionais de saúde” (39-78% para 41-82%), primeiramente o médico (psiquiatra, neuropediatra e pediatra), seguido de citações do profissional psicólogo e psicopedagogo.

O item menos citado na entrevista inicial para a busca do tratamento da criança com TDAH foi o PSF, porém no pós-teste ele fez progressão de percentual de citações de 24% para 74%, portanto sendo evidenciado o reforço advindo através das informações contidas na cartilha enquanto serviço de saúde adequado para os pais e cuidadores serem acolhidos em suas demandas de cuidado para a criança.

Campos et al. (2011) destacam que o modelo de atenção à pessoa com transtorno mental propõe que o seguimento e a evolução dos tratamentos ocorram no contexto das dinâmicas familiares, devendo a família receber o suporte dos serviços substitutivos em saúde mental e da atenção básica.

No que concerne aos cuidados de saúde mental na atenção básica, estudo enfatiza que eles promovem redução de estigma e melhor engajamento do paciente e sua família (KIELING et al, 2011). A articulação entre serviços especializados de saúde mental infanto-juvenil e atenção básica é fundamental, seja pela carência de unidades ou de recursos humanos especializados. O treinamento e suporte contínuo das equipes de saúde mental para profissionais da atenção básica favoreceriam a responsabilidade compartilhada. Essas atividades podem ser contempladas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2010).

Destaca-se que apesar dos entrevistados levarem a criança para fazer o tratamento em um serviço de saúde mental especializado no atendimento a crianças e adolescentes (CAPSi), o mesmo não é referido por todos os participantes como local para a busca de

tratamento (de 36% para 64%). Pode-se apontar como possibilidade de interpretação que os pais e cuidadores associam o tratamento fundamentalmente à consulta realizada pelo profissional de saúde médico ou ainda porque parte das crianças com hipótese diagnóstica ou diagnosticadas com TDAH apresentam outras comorbidades, como o autismo, que justificam o atendimento no CAPS i.

Nessa mesma perspectiva, estudo evidenciou que pais de crianças com TDAH consideraram como profissionais capacitados para o cuidado o psiquiatra, psicólogo e neurologista em serviços de saúde mental, tendo em vista receber intervenções psicossociais (PALACIOS-CRUZ et al., 2011).

Diante dos achados, ainda se faz necessário envolver diversos serviços e profissionais em prol da orientação e acolhimento eficazes junto à família que convive com o transtorno mental em seu lar, no qual seja observado uma prática de saúde humanizada e qualificada na luta para desmistificar o transtorno mental e suas implicações sociais (BRASIL, 2013).

Na perspectiva biopsicossocial, o cuidado integral à criança com TDAH e sua família deve negar a perspectiva asilar e o transtorno como um fenômeno puramente orgânico (BASAGLIA, 2005) e se propor a investir em um cuidado interdisciplinar e em articulação com o contexto no qual essa criança se desenvolve.

Tabela 13 – Frequência, percentual das respostas sobre funcionamento do tratamento do TDAH antes e após a entrega da cartilha. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.

TRATAMENTO DO TDAH	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		p
	N	%	n	%	
Errada	45	90,0	35	70,0	<0,001
Correta	5	10,0	15	30,0	

Fonte: dados da pesquisa, 2018
p=Teste de McNemar-Bowker

A tabela acima corresponde ao quesito sobre conhecimento sobre o funcionamento do tratamento para a criança com TDAH. Foram consideradas como corretas as respostas que emitiram a produção de cuidados envolvendo uma parceria entre profissionais de saúde, família e profissionais da educação.

A respeito do funcionamento do tratamento, observou-se que no pré-teste apenas cinco (10%) dos entrevistados reconheceram a necessidade da parceria entre a família,

profissionais de saúde e profissionais da educação. As respostas enfatizaram o acompanhamento psiquiátrico e medicamentoso, expressando uma cultura medicalocêntrica, organicista e medicamentosa como tratamento adequado à criança com TDAH.

Tesser (2010) alerta que ao mesmo tempo em que se luta contra um modelo biomédico hegemônico psiquiátrico, a medicalização social surge como um problema atual e recorrente que se opõe à proposta da saúde mental e que tem dificultado o trabalho de profissionais, pois estes, em face de uma população “medicalizada”, têm seu cuidado percebido como ineficaz quando não medicam.

No pós-teste, porém, houve acréscimo de citações corretas sobre o tratamento, evidenciando maior entendimento pelos pais e cuidadores através da leitura da cartilha, elevando-se o percentual para 30% (15). Isso pode ser considerado aquisição de conhecimento sobre o funcionamento do tratamento após a leitura e apreensão das informações.

Diversos estudos coadunam com a proposta de tratamento multiprofissional e interdisciplinar, defendendo-se que a integração da família, da escola e dos terapeutas e médicos é fundamental para que as medidas tomadas tenham melhor efeito (ABIKOFF, 2010; CAMPOS et al., 2011; DIAS et al., 2013; RICHARDS, 2012)

Salienta-se que o desconhecimento acerca do funcionamento do tratamento pode interferir quanto à adesão do mesmo. Nesse sentido, estudo pontua que a não adesão ao tratamento pode estar associado a fatores como falta de conhecimento sobre o TDAH, às características da medicação e aos objetivos propostos no tratamento (CHARACH, FERNANDEZ, 2013). Portanto, a divulgação de informações e esclarecimentos sobre o tratamento com os envolvidos diretamente e as decisões compartilhadas tornam-se fundamental para a busca e a manutenção do tratamento do TDAH.

É necessário evitar as consequências futuras da ausência de uma abordagem clínica e tratamento efetivo de crianças com esse transtorno. Nesse contexto, estudo de revisão de literatura sobre os impactos do TDAH na idade adulta concluiu que o diagnóstico precoce e intervenções adequadas podem minimizar os impactos causados pelo TDAH referentes às áreas do desenvolvimento afetivo-emocional, educacional, desempenho profissional, gestão financeira, relacionamento interpessoal, relacionamento conjugal e exercício das funções parentais (CASTRO et al., 2018).

Tabela 14 – Frequência, percentual das respostas referente a citações das orientações de cuidado a criança com TDAH antes e após a entrega da cartilha. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.

CUIDADOS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		p
	n	%	n	%	
Colocar Regras					< 0,001
Não citado	45	90,0	15	30,0	
Citado	5	10,0	35	70,0	
Prevenção de acidentes					< 0,001
Não citado	16	32,0	37	74,0	
Citado	34	68,0	13	26,0	
Conversar com professores					< 0,001
Não citado	49	98,0	20	40,0	
Citado	1	2,0	30	60,0	
Acompanhar atividades escolares					< 0,001
Não citado	39	78,0	13	26,0	
Citado	11	22,0	37	74,0	
Acompanhar reuniões na escola					< 0,001
Não citado	44	88,0	16	32,0	
Citado	6	12,0	34	68,0	
Disciplina com afeto					< 0,001
Não citado	44	88,0	37	74,0	
Citado	6	12,0	13	26,0	
Estimular Educação física					0,219
Não citado	39	78,0	45	90,0	
Citado	11	22,0	5	10,0	
Colocar avisos de tarefas					< 0,001
Não citado	50	100,0	45	90,0	
Citado			5	10,0	

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

p=Teste de McNemar-Bowker

As orientações de cuidado a nível domiciliar para pais e cuidadores são recomendadas em muitos estudos e dizem respeito a propagação de informações adequadas sobre o transtorno, uso de medicamentos e psicoterapias, modificações do ambiente, administração dos comportamentos e disciplina (PHELAN, 2005; CIASCA, RODRIGUES, SALGADO, 2010; SILVA, 2014; MATTOS, 2015).

Os dados acima evidenciam as orientações de cuidado mais expressivamente citadas pelos participantes antes e após a entrega da cartilha. A maioria das orientações relatadas tiveram acréscimos nas citações no pós-teste.

Destacou-se como item mais citado na pré-entrevista a “Prevenção de acidentes” (34-68%), constituindo-se uma orientação de cuidado possivelmente relacionada aos sintomas de “Agitação” (39-78%), “Muita Energia” (17-34%) e “Não tolera frustração” (18-36%) que também foram realçados durante a pré-entrevista. Contudo esta orientação sofreu decréscimo durante a pós-entrevista obtendo 13 (26%) das citações. Essa redução pode ter ocorrido devido ao realce de outras orientações de cuidado apreendidas após a leitura da cartilha. Porém, os profissionais de saúde devem sempre enfatizar a necessidade da prevenção de acidentes em crianças, e em especial com a presença do TDAH.

Ressalta-se que mundialmente os índices de acidentes domésticos durante a infância são alarmantes, tornando-se um grave problema de saúde pública pelos prejuízos causados à saúde da criança e de sua família. Características relativas ao desenvolvimento, curiosidade e vulnerabilidade, predispõem, por vezes, a criança a acidentes. A ocorrência desses acidentes se dá por uma série de fatores de riscos associados à educação, ao salário e as condições de moradia (SILVA et al., 2010).

O motivo do ambiente doméstico ser o de maior risco para acidentes se deve ao maior tempo que as crianças passam no lar, bem como os fatores ambientais de risco como: pisos molhados, móveis com quinas, vidros, berços sem proteção, camas elevadas e brinquedos espalhados (MALTA et al., 2012). Quanto à criança com TDAH, devido a sua sintomatologia relacionada a hiperatividade, os profissionais devem adotar programas educacionais que foquem na redução do número de acidente com essas crianças, proporcionando informações quanto a prevenção de acidentes a nível domiciliar junto aos cuidadores. Inclusive estudos alertam quanto a necessidade de abordagem às crianças que têm recorrência de entrada em serviços de urgência devido a acidentes domésticos, sendo necessária a investigação sobre as características do transtorno e encaminhamento para análise clínica e início de tratamento, caso necessário (REINHARDT; REINHARDT, 2013).

Os itens referentes a orientações de cuidado “Acompanhar atividades escolares” e “Colocar regras” obtiveram maior número de citações na pós-entrevista, perfazendo um acréscimo de 22% para 74% e de 10% para 70%, respectivamente. Os itens referentes a orientações de cuidado “Conversar com professores” e “Acompanhar reuniões na escola” também se destacaram pela progressão dos percentuais de citação nas entrevistas (2% para 60%; 12% para 68%).

Quanto ao cuidado realizado na esfera da educação, ressalta-se que é necessário o cuidador ter contato frequente com os professores da criança com TDAH para o acompanhamento de sua aprendizagem e desempenho social na escola. Segundo a ABDA

(2013), o professor é um dos grandes observadores de crianças, é quem as conhece como poucos, pois consegue manter o olhar individual, mesmo em meio a uma “multidão”. Diferente de outros profissionais, ele é um dos poucos que enxerga a criança e o adolescente em sua rotina, na realidade em que ele está inserido.

No contexto da aprendizagem, Rohde (2003, p. 206) relata que “o aluno com TDAH impulsiona o professor a uma constante reflexão sobre sua atuação pedagógica, obrigando-o a uma flexibilidade constante para adaptar seu ensino ao estilo de aprendizagem do aluno, atendendo, assim as suas necessidades educacionais individuais”. Desta forma os pais e cuidadores devem estar inteirados e abertos ao diálogo com os professores e escola, a fim de conhecer sobre melhores mecanismos de aprendizagem para a criança, reforçando-os no acompanhamento das tarefas em casa.

As intervenções que visem a promoção de comportamentos pró-sociais e prevenção de agravos, elaboradas através da atuação interdisciplinar de profissionais da saúde junto aos pais, tanto em instituições de saúde como na escola são defendidas em estudo sobre adolescentes com TDAH e exposição a violência (STEFANINI et al., 2015).

No presente estudo, destacou-se ainda a orientação de cuidado “Colocar Regras” no qual teve aumento de cinco entrevistados (10%) para 35 (70%) na segunda entrevista, e a orientação “Colocar avisos tarefas”, com aumento zero (0%) para 5(10%).

Destaca-se que o estabelecimento de regras básicas de comportamento em casa e o reforço consistente pelos pais é orientado por vários estudiosos (CIASCA, RODRIGUES, SALGADO, 2010; MATTOS, 2015; NARDI, QUEVEDO, SILVA, 2015).

Quanto à orientação “Estimular Educação Física” foram relatados por 11 participantes durante a pré-entrevista; enquanto que na pós-entrevista esse número caiu para 5 participantes. Esse achado demonstra a necessidade de profissionais de saúde enfatizarem os benefícios do exercício físico para o desenvolvimento físico, psicológico e social da criança.

A respeito da prática de atividades físicas com crianças com esse transtorno, estudo que discutiu aproximações e relações existentes entre os benefícios psicológicos advindos da prática esportiva no tratamento de crianças com TDAH, concluiu que o esporte, o exercício e a atividade física, podem contribuir significativamente como um agente potencializador no tratamento (DAOU, PERGHER, 2015).

Corroborando com os achados acima, estudo de revisão sistemática e meta-análise que examinou as evidências para a eficácia das intervenções de exercício sobre os sintomas relacionados com TDAH, obteve como evidência que o exercício aeróbico de curta duração, parece ser eficaz para mitigar sintomas como atenção, hiperatividade, impulsividade,

ansiedade, função executiva e distúrbios sociais em crianças com TDAH (CERILLO-URBINA et al.,2015). Desta forma, deve-se propagar seus benefícios e incentivar os cuidadores a perceberem a atividade física enquanto prática de cuidado.

Justifica-se que os itens “Participar nas consultas”, “Brinquedos adequados”, “Elogiar- conversar com a criança”, “Retirar objetos que tirem a atenção”, “Colocar uma tarefa de cada vez” e “Oferecer medicação adequadamente” não foram contemplados na análise das orientações de cuidado citadas pelos participantes devido a sua pouca expressividade. Esse fato pode ter ocorrido em razão da necessidade de novas abordagens, pela equipe profissional, sobre a importância desses itens ou porque a introdução de conhecimento seja processual e gradativa, de acordo com as demandas evidenciadas no cotidiano da criança com TDAH.

Em seguida serão apresentadas tabelas contendo a exposição dos dados referentes às assertivas do pós-teste correlacionando-as com as variáveis: estado civil, faixa etária, renda familiar e escolaridade.

Tabela 15– Distribuição do número de pais e cuidadores, segundo assertivas dos itens e estado civil. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.

Item	C/Comp		S/ Comp		p
	n	%	n	%	
1.0 Conceito de TDAH	18	52,9	13	81,3	0,047
2.1 Agitação	28	82,4	16	100	0,025
2.2 Muita energia	28	82,4	16	100	0,025
2.3 Não tolera frustração	18	52,9	7	43,8	0,544
2.4 Fala muito	9	26,5	2	12,5	0,266
2.5 Distração fácil	19	56,3	9	56,3	0,981
2.6 Não termina as atividades	22	64,7	4	25	0,009
2.7 Não obedece regras	2	5,9	1	6,3	0,959
2.8 Interrompe conversas	6	17,6	6	37,5	0,125
2.9 Desorganização	7	20,6	1	6,3	0,197
3.1 PSF	24	70,6	13	81,3	0,423
3.2 Profissionais	28	82,4	13	81,3	0,925
3.3 Serviço de saúde mental	23	67,6	9	56,3	0,434
4. Tratamento (certo)	24	70,6	11	68,8	0,895
5. 1Colocar regras	23	67,6	12	75,0	0,597

Tabela 15– Distribuição do número de pais e cuidadores, segundo assertivas dos itens e estado civil. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018 (continuação).

Item	C/Comp		S/ Comp		p
	n	%	n	%	
5.2 Prevenção de acidentes	9	26,5	4	25,0	0,912
5.3 Conversar com professores	17	50,0	13	81,3	0,035
5.4 Acompanhar atividades escolares	23	67,6	14	87,5	0,135
5.5 Acompanhar reuniões escola	21	61,8	13	81,3	0,168
5.6 Disciplinar com afeto	9	26,5	4	25,0	0,912
5.7 Estimular atividade física	4	11,8	1	6,3	0,529
5.13 Colocar avisos tarefas	5	14,7	0	0,0	0,043

Fonte: dados da pesquisa, 2018. p=Teste de McNemar-Bowker

Quanto a variável estado civil, esta apresenta-se através das modalidades “Com companheiro” agregando os participantes casados ou com vida marital, e “Sem companheiro” contemplando os participantes solteiros, viúvos, separados ou divorciados.

Salienta-se que nos quesitos “Conceito de TDAH” e “Funcionamento do Tratamento” considerou-se as assertivas corretas, enquanto que nos quesitos “Sintomas” e “Local de Tratamento” observou-se as citações elencadas pelos participantes.

Quanto ao conceito de TDAH destacou-se que 13 (81,3%) dos participantes sem companheiro responderam corretamente, enquanto que 18 (52,9%) dos participantes sem companheiro responderam adequadamente.

A respeito da avaliação dos dados quanto ao local para buscar o tratamento da criança com TDAH, obteve-se 81,3% das citações entre os participantes sem companheiro; e 70,6% entre os participantes com companheiro. A busca por profissionais especializados foi citada entre os participantes com companheiro e sem companheiro de forma similar (82,4% e 81,3% respectivamente). A resposta sobre o tratamento envolvendo a família, profissionais da saúde e de educação foi citada com percentuais similares, perfazendo 70,6% entre os com companheiro e 68,8% entre os sem companheiro.

Quanto às orientações de cuidado, os itens mais citados entre os sem companheiro foram: “Acompanhamento em Atividades escolares” (87,5%), seguido de “Conversar com professores” e “Acompanhar reuniões na escola”, os quais perfizeram 81,3% cada. Para os participantes com companheiro os itens em destaque foram “Colocar regras” (67,6%), Acompanhar atividades escolares” (67,6%) e “Acompanhar reuniões na escola” (61,8%).

Quanto aos dados estatisticamente significativos ($p < 0,05$), a tabela demonstra que os participantes sem companheiro obtiveram maior percentual de respostas corretas quanto ao conceito do TDAH (81,3% e 52,9% ; $p = 0,047$). No quesito exposição dos sintomas, os itens “Agitação” e “Muita energia” perfizeram 100% ($p = 0,025$) entre os sem companheiro, enquanto que para os participantes com companheiro esse percentual foi de 82,4%. Contudo, quanto aos participantes com companheiro o sintoma “Não termina as atividades” foi referido por 64,5% ($p = 0,009$), enquanto que apenas 25% dos participantes sem companheiro referiram esse sintoma após a entrega da cartilha. A respeito das orientações de cuidado, o item “Colocar avisos de tarefas” (14,7% e 0,0%; $p = 0,043$) foi mais citado entre os participantes com companheiro, enquanto que o item “Conversar com professores” fez 81,3% entre os participantes sem companheiro ($p = 0,035$).

Pode-se presumir que os participantes sem companheiros, apesar da sobrecarga de cuidados com a criança e deveres de suporte familiar, reconheceram e fixaram melhor as informações sobre o conceito do transtorno da criança, após a leitura da cartilha.

Estudos relatam sobre as dificuldades vividas pelos familiares na compreensão do que está acontecendo com a criança, quanto ao seu comportamento diferente. Os pais têm dificuldade em identificar se o que o filho apresenta é uma doença ou se é algo próprio do comportamento infantil. Em se tratando de transtorno mental, a princípio, é difícil entender e aceitar as informações fornecidas pelos profissionais no momento do diagnóstico, pois o estresse impede o entendimento e a retenção das informações fornecidas pela equipe (SCHEIN; GONÇALVES, 2012).

Desta forma, tendo em vista que os participantes investigados já faziam acompanhamento das crianças em serviço especializado em saúde mental para tratar o transtorno, a cartilha proporcionou uma melhor assimilação das informações sobre o conceito e causas que justificavam o diagnóstico e tratamento das crianças.

Quanto à expressiva citação de sintomas na esfera da hiperatividade entre os participantes sem companheiro, pode-se justificar devido a sobrecarga de tarefas que lhe é exigida e a ausência do companheiro para dividir as atividades de cuidado. Esses sintomas são os que causam maior desarmonia no lar e provocam reações de violência física e verbal que terminam culminando no agravamento do transtorno.

Estudo relata que os sintomas de hiperatividade/impulsividade envolvem inquietação e emissão de respostas precipitadas pela criança, o que pode conduzir ao estresse materno em função da agitação do filho, podendo levá-lo à expor-se a riscos, aumentando a

tensão materna e, as tentativas de controle do filho, sem efeito, podem levar as mães a um senso de impotência (BARKLEY, 2002).

Nesse mesmo sentido, o presente estudo evidenciou, entre participantes sem companheiros, a maior expressividade da orientação de cuidado “Conversar com professores”. Tal fato pode ter ocorrido pela necessidade em buscar ajuda com os professores para o melhor desempenho acadêmico das crianças, tendo em vista a ausência do companheiro para auxiliar e apoiar nessa tarefa.

A respeito do papel do professor na abordagem à criança com TDAH, Fonseca, Muszkat e Rizutti (2012) relata que a relação com entre professor e família é de muita responsabilidade, pois, em muitas vezes, os pais são poucos esclarecidos e não conseguem orientar seus filhos em atividades escolares, passando a depender do olhar e do empenho do professor.

Tabela 16- Distribuição do número de pais e cuidadores, segundo o número de itens citados e faixa etária. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.

Item	18 – 30		31 - 40		41- 57		p
	n	%	n	%	n	%	
1.0 Conceito de TDAH	6	46,2	11	64,7	14	70,0	0,187
2.1 Agitação	10	76,9	16	94,1	18	90,0	0,322
2.2 Muita energia	11	84,6	15	88,2	18	90,0	0,651
2.3 Não tolera frustração	8	61,5	9	52,9	8	40,0	0,221
2.4 Fala muito	1	7,7	7	41,2	3	15,0	0,846
2.5 Distração fácil	6	46,2	9	52,9	13	65,0	0,278
2.6 Não termina as atividades	6	46,2	8	47,1	12	60,0	0,409
2.7 Não obedece regras	0	0,0	0	0,0	3	15,0	0,057
2.8 Interrompe conversas	2	15,4	3	17,6	7	35,0	0,174
2.9 Desorganização	1	7,7	1	5,9	6	30,0	0,064
3.1 PSF	11	84,6	13	76,5	13	65,	0,205
3.2 Profissionais	11	84,6	14	82,4	16	80,0	0,736
3.3 Serviço de saúde mental	10	76,9	10	58,8	12	60,0	0,366
4. Tratamento (certo)	5	38,5	3	17,6	7	35,0	0,970
5. 1Colocar regras	10	76,9	13	76,5	12	60,0	0,268

Tabela 16- Distribuição do número de pais e cuidadores, segundo o número de itens citados e faixa etária. Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018 (continuação).

Item	18 – 30		31 - 40		41- 57		p
	n	%	n	%	n	%	
5.2 Prevenção de acidentes	2	15,4	7	41,2	4	20,0	0,943
5.3 Conversar com professores	8	61,5	12	70,6	10	50,0	0,432
5.4 Acompanhar atividades escolares	9	69,2	14	82,4	14	70,0	0,943
5.5 Acompanhar reuniões escola	9	69,2	13	76,5	12	60,0	0,509
5.6 Disciplinar com afeto	4	30,8	3	17,6	6	30,0	0,943
5.7 Estimular atividade física	0	0,0	0	0,0	5	25,0	0,012
5.13 Colocar avisos tarefas	1	7,7	2	11,8	2	10,0	0,861

Fonte: dados da pesquisa, 2018. p=Teste de McNemar-Bowker

Quanto à análise dos dados da tabela 17, observe-se que a variável faixa etária foi subdividida em três modalidades: “13 -30 anos”; “31-40 anos” e “41-57 anos”.

Observou-se que os participantes mais velhos, de 41-57 anos, obtiveram o maior percentual de acertos quanto ao conceito do TDAH (70%). Com relação aos sintomas, destacaram-se “Agitação” (94,1%) referidos na faixa etária de 31-40 anos e “Muita energia” na faixa etária de 41-57 anos (90%). Quanto aos locais para buscar o tratamento, os itens “PSF” (84,6%), “Profissionais” (84,6%) e “Serviço de saúde mental” (76,9%) obtiveram maior percentual na faixa etária de participantes mais jovens, de 18 a 30 anos de idade.

A respeito das assertivas respondidas corretamente sobre a forma do tratamento obteve-se 38,5% entre os participantes de 18 a 30 anos, seguido de 35% entre a faixa etária de 41-57, e apenas 17% entre os participantes com idade entre 31 e 40 anos.

Dentre as orientações de cuidado obteve-se percentuais similares sobre o item “Colocar regras” na faixa etária de 18 a 30 anos (76,9%) e 31-40 anos (76,5%). Destacaram-se os itens “Conversar com professores”, “Acompanhar atividades” e “Participar de reuniões” que obtiveram maior percentual de citações entre a faixa etária de 31-40 anos.

O item estatisticamente significativo ($p < 0,05$) com relação a faixa etária foi o da orientação de cuidado “Estimular Atividade física”, entre os participantes de 41 a 57 anos de idade (25%, 0%; 0%; $p = 0,012$). Destaca-se que, apesar desse sintoma ter sido relatado por mais participantes na pré-entrevista (11- 22%), durante a segunda entrevista o sintoma foi relatado apenas por cinco (25%) dos participantes com idade entre 41 e 57 anos. Acredita-se que isso ocorreu possivelmente devido os cuidadores terem a idade mais elevada, não possuindo

melhores condições físicas para acompanhar a rotina de brincadeiras e movimentações da criança com TDAH, portanto sendo imprescindível promover a prática de atividade física para a criança descarregar suas energias bem como trabalhar o aspecto da socialização.

Autores como Barenberg, Berse, Dutke (2011) apontam que o exercício físico pode ser utilizado como excelente ferramenta auxiliar no tratamento do transtorno. Ressalta-se a importância sobre a escolha da atividade física a ser realizada, sendo que a modalidade esportiva que trará maiores benefícios para a criança, tanto física, como psicologicamente é aquela que ela mais se identificar e mais gostar. Destaca-se que os profissionais de saúde devem incentivar a prática de atividade física para crianças com TDAH, apontando suas vantagens referentes à melhora da função motora, concentração e socialização da criança (FERNANDES et al., 2018).

Nesse mesmo entendimento, a análise de dados de estudos articulando pessoas com TDAH e prática de exercício físico (Gapin, Labban, Etnier, 2011; Halperin, Healey, 2010) indicaram melhora nas funções executivas, como a memória de trabalho e quanto ao planejamento. Evidenciou-se um aumento do nível de dopamina dos participantes do estudo, fato que pode estar articulado a melhora da performance das funções executivas.

Tabela 17- Distribuição do número de pais e cuidadores, segundo o número de itens citados e renda, Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.

Item	Até 1		1 ---/2		2 ---/3		p
	n	%	n	%	n	%	
1.0 Conceito de TDAH	14	45,2	4	26,7	1	25,0	0,216
2.1 Agitação	29	93,5	12	80,0	3	75,0	0,131
2.2 Muita energia	30	96,8	11	73,3	3	75,0	0,029
2.3 Não tolera frustração	16	51,0	6	40,0	3	75,0	0,827
2.4 Fala muito	5	16,1	5	33,3	1	25,0	0,305
2.5 Distração fácil	17	54,8	9	60,0	2	50,0	0,958
2.6 Não termina as atividades	14	45,2	8	53,3	4	100,0	0,076
2.7 Não obedece regras	1	3,2	1	6,7	1	25,0	0,135
2.8 Interrompe conversas	6	19,4	4	26,7	2	50,0	0,203
2.9 Desorganização	6	19,4	1	6,7	1	25,0	0,684
3.1 PSF	24	77,4	10	66,7	3	75,0	0,610
3.2 Profissionais	24	77,4	13	86,7	4	100,0	0,222

Tabela 17- Distribuição do número de pais e cuidadores, segundo o número de itens citados e renda, Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018, (continuação).

Item	Até 1		1 ---/2		2 ---/3		p
	n	%	n	%	n	%	
3.3 Serviço de saúde mental	20	64,5	9	60,0	3	75,0	0,898
4. Tratamento (certo)	13	41,9	1	6,7	1	25,0	0,062
5.1 Colocar regras	24	77,4	9	60,0	2	50,0	0,138
5.2 Prevenção de acidentes	7	22,6	5	33,3	1	25,0	0,610
5.3 Conversar com professores	20	64,5	8	53,3	2	50,0	0,421
5.4 Acompanhar atividades escolares	22	71,0	12	80,0	3	75,0	0,625
5.5 Acompanhar reuniões escola	20	64,5	11	73,3	3	75,0	0,523
5.6 Disciplinar com afeto	10	32,3	2	13,3	1	25,0	0,323
5.7 Estimular atividade física	2	6,5	2	13,3	1	25,0	0,214
5.13 Colocar avisos tarefas	3	9,7	1	6,7	1	25,0	0,609

Fonte: dados da pesquisa, 2018. p=Teste de McNemar-Bowker

Quanto à avaliação dos resultados da pós-entrevista segundo a renda familiar, destacou-se quanto ao conceito correto do TDAH o percentual de 45,5% entre aqueles que declararam renda familiar inferior a um salário mínimo.

A respeito dos sintomas “Agitação” (93,5%) e “muita energia” (80%), obteve-se maior percentual de citações entre participantes com renda de até um salário mínimo. No que se refere ao local para busca do tratamento, o PSF foi citado por 77,4% dos participantes que declararam receber até um salário mínimo. Em seguida, os profissionais especializados foram citados com maior percentual entre os participantes que recebem de 2 a 3 salários mínimos. Quanto às orientações de cuidados, o item “Colocar Regras” foi o mais citado entre aqueles que recebem até um salário mínimo (77,4%), enquanto que aqueles que recebem de 2-3 salários obtiveram maior percentual nos itens “Acompanhar atividades escolares” (80%) e “Acompanhar reuniões escolares” (73,3%).

O item estatisticamente significativo foi a relação entre os participantes com renda familiar de até um salário mínimo e a descrição do sintoma “Muita energia” (96,8%; 73,3%; 75%; p= 0,029).

Esse sintoma relaciona-se à apresentação de hiperatividade do transtorno. A respeito disso, Castro e Lima (2018) destacam como sintomas relacionados a hiperatividade, tanto no CID-10 quanto no DSM-V: inquietação excessiva; correr, pular ou levantar do lugar

quando é esperado ficarem sentadas; loquacidade excessiva; Remexer ou batucar as mãos ou pés ou mesmo se contorcer na cadeira; Levantar em situações em que o esperado é permanecer sentado; Correr ou subir em objetos em situações inapropriadas; Incapacidade de envolvimento em atividade de lazer de forma calma.

Pontua-se que para famílias com tão baixo poder aquisitivo a condição de hiperatividade da criança possa ser agravada, tendo em vista o exíguo recurso para compra de brinquedos, disponibilidade de atividades recreativas e de atividades físicas, gerando mais estresse na convivência familiar.

Destaca-se ainda sobre a relação entre situação socioeconômica e a presença do TDAH. Estudo realizado por Jin et al., (2013) constataram que as famílias que apresentavam uma renda mensal inferior a 1.000 yuan manifestavam maior propensão ao transtorno. Wolraich et al. (2012) em investigação em dois estados dos EUA, Oklahoma e Carolina do Sul, encontraram relação significativa da presença do TDAH em crianças cujas famílias apresentavam renda anual inferior a 45000 US\$. Corroborando com esses dados, estudo sobre associações socioeconômicas com TDAH realizado no sudoeste da Inglaterra verificou que as crianças tinham mais de duas vezes a probabilidade de ter TDAH se a sua família estivesse em dificuldades financeiras percebidas quando eram bebês (OR 2,23 IC95% 1,57–3,16). Os autores destacam que crianças de meios socioeconômicos desfavorecidos correm maior risco de ter uma série de desfechos negativos ao longo do curso de vida do que seus pares (RUSSEL, FORD, RUSSEL, 2015)

Tabela 18- Distribuição do número de pais e cuidadores, segundo o número de itens citados e escolaridade, Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018.

Item	Fundamental		Médio		Superior		p
	n	%	n	%	n	%	
1.0 Conceito de TDAH	9	39,1	8	40,0	2	28,6	0,707
2.1 Agitação	21	91,3	17	85,0	6	85,7	0,574
2.2 Muita energia	21	91,3	17	85,0	6	85,7	0,574
2.3 Não tolera frustração	13	56,5	8	40,0	4	57,1	0,513
2.4 Fala muito	5	21,7	4	20,0	2	28,6	0,803
2.5 Distração fácil	14	60,9	11	55,0	3	42,9	0,415
2.6 Não termina as atividades	8	34,8	13	65,0	5	71,4	0,035
2.7 Não obedece regras	1	4,3	1	5,0	1	14,3	0,422
2.8 Interrompe conversas	4	17,4	5	25,0	3	42,9	0,187

Tabela 18- Distribuição do número de pais e cuidadores, segundo o número de itens citados e escolaridade, Barbalha e Juazeiro do Norte-CE, 2018 (continuação).

Item	Fundamental		Médio		Superior		p
	n	%	n	%	n	%	
2.9 Desorganização	3	13,0	5	25,0	0	0,0	0,00
3.1 PSF	18	78,3	13	65,0	6	85,7	0,454
3.2 Profissionais	15	65,2	19	95,0	7	100,0	0,008
3.3 Serviço de saúde mental	16	69,6	10	50,0	6	85,7	0,165
4. Tratamento (certo)	12	52,2	2	10,0	1	14,3	0,007
5. 1 Colocar regras	16	69,6	14	70,0	5	71,4	0,931
5.2 Prevenção de acidentes	5	21,7	6	30,0	2	28,6	0,600
5.3 Conversar com professores	17	73,9	7	35,0	6	85,7	0,011
5.4 Acompanhar atividades escolares	18	78,	12	60,0	7	100,0	0,704
5.5 Acompanhar reuniões escola	17	73,9	11	55,0	6	85,7	0,231
5.6 Disciplinar com afeto	4	17,	6	30,0	3	42,9	0,153
5.7 Estimular atividade física	1	4,3	3	15,0	1	14,3	0,290
5.13 Colocar avisos tarefas	0	0,0	5	25,0	0	0,	0,290

Fonte: dados da pesquisa, 2018. p=Teste de McNemar-Bowker.

A variável escolaridade foi subdividida em três modalidades: “Ensino fundamental”, contemplando os participantes com ensino fundamental I completo e ensino fundamental II completo ou incompleto, “Ensino médio”, contemplando os participantes com ensino médio completo e incompleto, e “Ensino Superior”, contemplando aqueles com ensino superior completo ou incompleto.

A tabela 19 refere-se ao conceito correto sobre TDAH dos participantes que têm ensino médio e ensino fundamental possuem percentuais de citações similares (40% e 39,1%), enquanto que o percentual de acertos para o ensino superior foi de 28,6%. Com relação aos sintomas, destacaram-se como itens mais citados: “Agitação e “Muita energia” com percentuais de 91,3%, 85% e 85,7%, referentes aos participantes do Ensino Fundamental, Médio e Superior, respectivamente. A respeito do local de tratamento, destacou-se o item “PSF” e “Profissionais”, citados pelos participantes com ensino superior com índices de 85,7% e 100%, respectivamente.

Os participantes que citaram o tratamento de forma adequada corresponderam a 52,2% dos participantes com ensino fundamental, seguido de apenas 14,3% com ensino

superior e 10% com ensino médio. Quanto às orientações de cuidado da criança com TDAH, a variável ensino superior destacou-se entre os itens com maior percentual de citação: “Acompanhar tarefas” (100%), “Conversar com professores” e “Acompanhar reuniões escolares” com 85,7%, cada.

Destacaram-se enquanto itens estatisticamente relevantes o percentual de citações pelos participantes com ensino superior nos itens: sintoma “Não termina as atividades” (71,4%; 65%; 34,8%; $p = 0,35$), Local para busca de tratamento: “Profissionais” (100%; 95%; 65,2%; $p = 0,008$) e a orientação de cuidado “Conversar com professores” (85,7%; 73,9%; 35%; $p = 0,011$). Todavia, o percentual de sintomas foi maior entre os participantes com ensino médio para o item referente ao sintoma “Desorganização” (25%; 13%; 0,0%; $p = 0,00$). Finalmente, quanto aos participantes com ensino fundamental o percentual de citações corretas foi maior no item “Forma de Tratamento” (52,2%; 10%; 14,3%; $p = 0,007$).

O objetivo da cartilha é que os pais reconheçam que os comportamentos que a criança apresenta são sintomas de um transtorno mental e que os cuidadores poderão, a partir de orientações na esfera comportamental e escolar, ajuda-las a superar suas limitações e atingir níveis melhores para sua qualidade de vida e perspectivas para o futuro. A American Academy of Pediatrics estipulou diretrizes para o manejo do tratamento do TDAH, destacando-se a orientação aos pais para o ensinar o que modula o comportamento da criança e influencia a chance de sua ocorrência. Essas orientações reforçam o relacionamento entre pais e filhos, reduzindo os conflitos diários, melhorando os comportamentos apropriados e socialmente aceitos (NARDI, QUEVEDO, SILVA, 2015).

Portanto, os dados mostram relevância estatística entre a citação do sintoma “Não término de tarefas” pelos participantes com formação superior, bem como quanto a busca de tratamento através de profissionais. A orientação de cuidado mais expressiva entre esse público foi a de conversar com os professores. Os achados evidenciam a correlação entre os sintomas na esfera da atenção e concentração e o interesse pela busca de profissionais especialistas e a importância dada na perspectiva do cuidado sobre o aprendizado escolar da criança.

Houve relação estatística entre o sintoma “Desorganização” e participantes com ensino médio, bem como o item “Forma correta de tratamento” e participantes com ensino fundamental.

De acordo com a análise das tabelas acima, destacaram-se os dados: houve relação estatisticamente significativa entre as respostas corretas sobre o conceito de TDAH e participantes sem companheiro (81,3% e 52,9% ; $p = 0,047$); a respeito dos Sintomas, destacaram-se “Agitação” e “Muita energia” que perfizeram 100% ($p = 0,025$) entre os

participantes sem companheiros. O sintoma “Não termina as atividades” foi referido por 64,5% ($p=0,009$) dos participantes com companheiro. A descrição do sintoma “Muita energia” (96,8%; 73,3%; 75%; $p= 0,029$) entre os participantes com renda familiar de até um salário mínimo. O sintoma “Não termina as atividades” (71,4%; 65%; 34,8%; $p = 0,35$) entre os participantes com ensino superior. Enquanto que para os participantes com ensino médio, o sintoma significativamente relevante foi “desorganização” (25%; 13%; 0,0%; $p= 0,00$).

Quanto a buscar do tratamento da criança, o item mais citado foi “Profissionais” entre os participantes com ensino superior (100%; 95%; 65,2%; $p= 0,008$). Sobre as respostas corretamente elencadas sobre a “Forma tratamento”, foi significativo entre os participantes com ensino fundamental (52,2%; 10%; 14,3%; $p= 0,007$). Por último, quanto às orientações de cuidado, o item “Colocar avisos de tarefas” (14,7% e 0,0%; $p= 0,043$) foi mais citado entre os participantes com companheiro, enquanto que o item “Conversar com professores” fez 81,3% entre os participantes sem companheiro ($p=0,035$). O item “Estimular Atividade física” obteve relevância estatística entre os participantes de 41 a 57 anos de idade (25%, 0%; 0%; $p= 0,012$).

CONCLUSÕES

A cartilha obteve IVC Geral de conteúdo e a aparência da cartilha perfeitamente 0,891, enquanto que o Alfa de Cronbach foi de 0,953, portanto, sendo considerada válida e confiável quanto a esses aspectos. No tocante aos especialistas em MEI o IVC Geral de aparência da cartilha perfeitamente 91% enquanto que o Alfa de Cronbach foi de 0,857, por conseguinte válida e confiável quanto a esse aspecto.

Quanto a validação da aparência por pais e cuidadores de crianças com TDAH, o Índice de Concordância dos domínios que avaliaram a aparência da cartilha atingiu 99% enquanto que o Alfa de Cronbach foi de 89,1%, obtendo excelente avaliação entre os participantes e confiabilidade quanto aos aspectos referentes à sua aparência.

O teste de legibilidade de Flesch foi aplicado em cada domínio da cartilha e, posteriormente, na cartilha completa, obtendo-se uma variação entre 50% e 77%. A avaliação geral foi de 54%, sendo consideração de fácil legibilidade entre os leitores.

Avaliação do conhecimento pelos cuidadores antes e após a entrega da cartilha foi efetivada. Participaram 50 pais/cuidadores de crianças com TDAH atendidas em serviço de saúde mental, sendo 44 do sexo feminino, 41 católicos, 31 com renda familiar inferior a um salário mínimo e 23(46%) com ensino fundamental. A respeito do conceito de TDAH houve aumento considerável de participantes, de 2% (1) para 38% (19), que inferiram corretamente após a entrega da cartilha. Sobre os sintomas relatados, a maioria deles obteve acréscimo de citações na pós-entrevista, destacando-se os relacionados à apresentação hiperatividade/impulsividade.

No item referente “Como obter o tratamento” observou-se preponderância de citações quanto a busca por profissionais da saúde. A respeito da forma como é o tratamento, os participantes tiveram aumento de respostas corretas de 10% para 30% após a entrega da cartilha. Quanto as orientações de cuidado com a criança com TDAH, observou-se que os itens relacionados ao acompanhamento do aprendizado da criança se destacaram, a exemplo dos itens: “Acompanhar atividades escolares” e “Colocar regras” os quais obtiveram maior número de citações na pós-entrevista, perfazendo um acréscimo de 22% para 74% e de 10% para 70%, respectivamente.

Com relação às variáveis sociodemográficas, houve associação estatisticamente significativa com as variáveis: Conceito de TDAH correto e participantes sem companheiro ($p=0,047$); os sintomas: “Agitação” e “Muita energia e participantes sem companheiro ($p=0,025$); o sintoma “Não termina as atividades” e participantes com companheiro ($p=0,009$);

o sintoma “Muita energia” ($p= 0,029$) entre os participantes com renda familiar de até um salário mínimo; o sintoma “Não termina as atividades” ($p = 0,35$) entre os participantes com ensino superior. Os participantes com ensino médio e o sintoma “Desorganização” ($p= 0,00$). Quanto a busca pelo tratamento da criança, houve relação significativa estatisticamente entre os participantes com ensino superior e o item “Profissionais” ($p= 0,008$). Houve relação entre o quesito “Forma tratamento” e os participantes com ensino fundamental ($p= 0,007$). Sobre as orientações de cuidado, constatou-se relação entre o item “Colocar avisos de tarefas” ($p= 0,043$) e os participantes com companheiros, bem como no item “Conversar com professores” e participantes sem companheiros ($p=0,035$). O item “Estimular Atividade física” obteve relevância estatística entre os participantes de 41 a 57 anos de idade ($p= 0,012$).

O material elaborado, validado e avaliado neste estudo, a partir das alterações sugeridas pelos profissionais, especialistas em material educativo impresso e população alvo, objetiva estimular nos pais e cuidadores no aprendizado sobre o TDAH e cuidado à criança, fomentando a promoção da saúde dos atores envolvidos.

Como limitações do estudo, observou-se: impossibilidade de comparação intergrupo da cartilha com outro método de ensino; dificuldade de acesso à comunicação com os especialistas em conteúdo e com participantes do público-alvo, pois muitos não disponibilizavam de tempo; greve dos serviços de saúde onde ocorreu a coleta de dados, referencial teórico com escassas pesquisas direcionadas à temática proposta; pequeno número de pesquisadores para coleta de dados havendo a necessidade de estender o período do estudo.

A partir de tais resultados, recomendam-se novos embasamentos científicos que venham a contemplar as lacunas evidenciadas. Acredita-se que esta tecnologia educacional possa contribuir para o cuidado da enfermagem em saúde mental e de outros profissionais da saúde e da educação, visto que as inovações tecnológicas vêm transformando as práticas de ensino, possibilitando avanços científicos frente à problemática abordada. Espera-se que a utilização desta tecnologia possibilite melhoria da aprendizagem acerca dos cuidados com a criança com TDAH. Além disso, é esperado uma maior articulação entre os profissionais da saúde e da educação, especialmente na área da saúde mental infanto-juvenil, despertando mudanças de paradigmas quanto às práticas profissionais.

Pretende-se dar continuidade a este estudo avaliando a eficácia da cartilha para promoção da saúde de crianças com TDAH em comparação a outro método de ensino.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, July 2011.
- ALVARES, C. R.S. T.; MARTINS, M. B.S. A Terapia ocupacional e suas possíveis contribuições na saúde mental coletiva. **VITTALLE**, Rio Grande, 24(2): 63-68, 2012.
- AMARANTE, A. L. et al . As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 1, p. 85-93, Mar. 2011 .
- AMARANTE, P.; TORRES, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 26-34, maio/ago, 2005.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. **American Psychiatric Association**, Washington. doi:10.1176/appi.focus.11.4.525, 2013.
- ARAIZA J.F.R. El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDA/H) y la violencia: revisión de la bibliografía. **Rev Salud Mental**, 37:75-82, 2014.
- ARAUJO, J.P. et al. Transtorno e déficit de atenção e hiperatividade: integrando terapia complementar ao cuidado da criança/adolescente. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 11-22, jan./jun 2015.
- ARAUJO, M.M. Construção e validação de cartilha educativa para orientação dos pais sobre asma na infância. (Dissertação de Mestrado). DEPARTAMENTO DE Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2016.
- ARAÚJO, Y.B, COLLET, N.; MOURA, F.M; NÓBREGA, R.D. Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. **Texto & contexto enferm.** Jul/set; 18(3):498-505, 2009.
- ASBERG, J.; DAHLGREN, S.; SANDBERG, A.D. Basic reading skills in high-functioning Swedish children with autism spectrum disorders or attention disorder. **Rev Autism Spect Dis.**, 2: 95-109, 2008.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. DSM-V. Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais. 5. ed Porto Alegre: Artmed; 2014.
- ASSUNÇÃO, A.P.F; BARBOSA, C.R; TEIXERIA, E; MEDEIROS, H.P; TAVARES, I.C; SABÓIA, V.M. Práticas e tecnologias educacionais no cotidiano de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Rev enferm UFPE on-line.**;7(11):6329-35, 2013.

BARBARESI, W.J; COLLIGAN, R.C; WAVER, A.L; VOIGT, R.G; KILLIAN, J.M; KATUSIC, S.K. Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: A PROSPECTIVE STUDY. *Pediatrics*. 2013.

BARBARESI, W.J; KATUSISC, S.K; COLLIGAN, R.C; WAVER, A.L; JACOBSEN, S.J. Long-term scholl outcomes for children with attention-deficit\hyperactivity disorder: a population-based perspective. *J Dev Behav Pediatr.*; 28:265-73, 2007.

BARBOSA, D.L.F. Intervenções cognitivas e comportamentais. In: MIOTTO, E.C. Reabilitação neuropsicológica e intervenções comportamentais. São Paulo: Roca; 2015.

BARDIN, L.. Análise de conteúdo. Lisboa. Edição 70; 2009.

BARENBERG,J; BERSE, T; DUTKE, S.. Executive Functions In Learning Processes: Do They Benefit From Physical Activity? *Educational Research Review*, V. 6(3), p. 208–222, 2011.

BARBLEY, R.A Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment(4th ed.). New York, NY: Guilford , 2014.

BARBLEY, R.A. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – Manual para Diagnóstico e Tratamento. Porto Alegre: Artmed; 2008.

BARBLEY. R.A. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: guia completo para pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 327p, 2002.

BASTOS, I.T; SARUBBI, JR.V.; OLIVEIRA, T.GP.; DELFINI, P.S.S.; MUYLAERT, C.J.; REIS, A.OA. Identity of care in a psychosocial care center for children and adolescents who uses drugs. *Rev Esc Enferm USP.*; 48(Esp2):121-7, 2014

BELMIRO, C. A. Um estudo sobre relações entre imagens e textos verbais em cartilhas de alfabetização e livros de literatura infantil. 2008. Tese (Doutorado em Educação) Universidade Federal Fluminense. Niteroi- Rio de Janeiro, 2008.

BENCZIK, E. B. P. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade : atualização diagnóstica e terapêutica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BENCZIK, E. B. P.;BROMBERG, M.C. Intervenções na escola. In: Rohde LA, Mattos P, orgs. Princípios e práticas em TDAH. Porto Alegre: Artmed; p.199-218, 2003.

BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni; CASELLA, Erasmo Barbante. Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. *Rev. psicopedag.*, São Paulo , v. 32, n. 97, p. 93-103, 2015.

BERGER, I.; DOR, T. ; NEVO, Y.; GOLDWEIG, G. Attitudes Toward Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Treatment: Parents' and Children's. *Perspectives Journal of Child Neurology* Volume 23 Number 9 September 1036-1042, 2008.

BERTOCELLO, K.C.G. Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após laringectomia total: construção e validação de um instrumento de medida. 2004. 247 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 138 2004

BIEDERMAN, J.; FARAONE, S.Y. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. **Lancet**. 164(6): 942-8, 2007.

BORSA, J.C; NUNES, M.L.T. Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicol Argum**. [Internet]. Jan/Mar, 2011 [acesso 2 dez 2017].;29(64). Disponível em:
<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/pa?dd1=12626&dd99=vie>

BOTELHO, L. R.; CUNHA, C. C.A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136 · maio-ago. 2011

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério de Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde de da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Portaria n. 336- GM: dispõe sobre a nova sistemática de classificação dos Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem recente de porte, complexidade e abrangência populacional. Brasília (DF), 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. 2011 [acesso em: 15 jun 2016]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.60 p. : il. ISBN 978-85-334-2162-2

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília : Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento e Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ DAPE. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed., 3. reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 68 p, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011.

BRINKMAN, W.B.; EPSTEIN, J.N. Promoting productive interactions between parents and physicians in the treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Expert Rev Neurother**. Apr;11(4):579-88, 2011. doi: 10.1586/ern.10.151.

BRINKMAN, W.B; HRTL MAJCHER, J.; POLING, L.M; SHI, G; ZENDER, M. SUCHAREW, H. ; BRITTO, M.T; EPSTEIN, J.N. Shared decision-making to improve attention-deficit hyperactivity disorder care. **Patient Educ Couns**. 2013 Oct;93(1):95-101. doi: 10.1016/j.pec.2013.04.009. Epub May 10, 2013

BURIOLA, A.A.; VICENTE, J.B; ZURITA, R.C.M.; MARCON, S.S.. Sobrecarga dos cuidadores de crianças ou adolescentes que sofrem transtorno mental no município de Maringá – Paraná. **Escola Anna Nery** 20(2) Abr-Jun, 2016.

CALEGARO, M. Avaliação psicológica do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). In: Avaliações e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002

CAMINHA, M. G. Treinamento de pais: Aplicações clínicas. In Caminha, M. G, & Caminha, R. M. (org.),Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil. Porto Alegre: Sinopsys Editora, p.89-119, 2011.

CAMPELO, L.L. C. R. ; COSTA, S.M.E, COLVERO, L. A. Dificuldades das famílias no cuidado à criança e ao adolescente com transtorno mental: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, 48(Esp):197-204, 2014.

CAMPOS, A.C.S; CARDOSO, M.VL.M.L. Tecnologia educativa para a prática do cuidado de enfermagem com mães de neonatos sob fototerapia. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 1, p. 36-44, Mar, 2008 .

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm.** 57(5): 611-4, 2004.

CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, 2011.

CARIM, Daniela de Bustamante; BARBIRATO, Fabio. Orientações aos pais no transtorno de déficit de atenção -hiperatividade. In: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: Teoria e clinica, NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2015

CASTRO, C. A.; NASCIMENTO, L. TDAH - Inclusão na escola. Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna, 2009.

CASTRO, Carolina Xavier Lima; DE LIMA, Ricardo Franco. Consequências do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na idade adulta. **Rev. psicopedag.**, São Paulo , v. 35, n. 106, p. 61-72, 2018.

CERILLO-URBINA, A.J.; et al.; The effects of physical exercise in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials. **Child: care, health, development.** V. 41: 6. 2015.

CHARACH, A; FERNANDEZ, R.. Enhancing ADHD medication adherence: Challenges and opportunities. **Current Psychiatry Reports**, 15(7),1-8, 2013. doi: 10.1007/s11920-013-0371-6 [Links]

CORDEIRO, L. I. et al . Validação de cartilha educativa para prevenção de HIV/Aids em idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 4, p. 775-782, ago., 2017.

CORMIER, E. Attention deficit/hyperactivity disorder: a review and update. **J Pediatr Nurs**; 23:345-57, 2008.

COSTA, Camila Rodrigues; MOREIRA, Jaqueline Costa Castilho; SEABRA JUNIOR, Manoel Osmar. Estratégias de Ensino e Recursos Pedagógicos para o Ensino de Alunos com TDAH em Aulas de Educação Física. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília , v. 21, n. 1, p. 111-126, Mar. 2015 . Access on 18 June, 2018.

COUTO; F. F; PRAÇA, N. S. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. **Rev Bras Enferm:** Brasília. 65(1): 19-26. jan-fev, 2012.

CUNHA, A. C. T. Importância das atividades lúdicas na criança com hiperatividade e déficit de atenção segundo a perspectiva dos professores. 2012. 101f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) - Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa, 2012.

CUNHA, C.M; DE ALMEIDA NETO, O.P; STACKFLETH, R. Principais métodos de avaliação psicométrica da confiabilidade de instrumentos de medida. **Rev. Aten. Saúde.**

2016;14(49):98-103. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 49, p. 98-103, jul./set., 2016.

DALTRO, M.C.S.L; MORAES, J.C; MARSIGLIA, R.G. Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual . **Saúde soc.** 27 (2) Apr-Jun , 2018 • <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018156194>

DAOU, M.; PERGHER, G. K.; Contribuições da atividade física para o tratamento psicológico do TDAH em crianças. **Revista de Psicologia da IMED**, 7(1): 42-51, 2015.

DELFINI, Patricia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 2, p. 357-366, Feb. 2012 .

DEMPSEY, P.A; DEMPSEY, A.D.. Using nursing research. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; development and use. 2. ed. **Oxford**: Oxford University Press, 1995.

DIAS, C.B; ARANHA E SILVA, A.L. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no centro de Atenção Psicossocial. **Rev Esc Enferm USP**. 44(2): 469-475, 2010.

DIAS, G; SEGENREICH, D; NAZAR, B, COUTINHO, G. Diagnosticando o TDAH em adultos na prática clínica. **J Bras Psiquiatr**, 2007.

DIAS, T.G; KIELING, C.; GRAEFF-MARTINS, A.S; MORIYAMA, T.S; ROHDE, L.A; POLANCZYK, G.V. Developments and challenges in the diagnosis and treatment of ADHD. **Rev Bras Psiquiatr**. 35(Suppl 1):40-50, 2013.

DOMINGUES, Leane; ZANCANELLA, Sabrina; BASEGGIO, Denice Bortolin. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: um olhar voltado para a escola. *Barbaroi*, Santa Cruz do Sul , n. 39, p. 149-163, dez. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 ago. 2018.

DSM-5.Manual Diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

DUMAS, J. E. Psicopatologia da infância e da adolescência / Jean E. Dumas; tradução: Fátima Murad; revisão técnica: Francisco B. Assumpção Jr. -3. ed. -Porto Alegre: Artmed, p. 226-271, 2011.

ECHER, I.C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n.5, p. 7547-757, 2005.

EICKMANN, S.H; EMOND, A.M; LIMA, M. Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. **J Pediatr** (Rio J). 92(Suppl 1):S71-83, 2016. [Links]

ESPERIDIAO, E.; SILVA, N.S.; CAIXETA, C.C; RODRIGUES, J. A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 171-176, Sept., 2013.

ESTEVAM, Michelle Caroline et al . Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 3, p. 679-686, June 2011.

FARIAS, Clarisse de Azambuja et al . Sobrecarga em cuidadores de usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil no sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 12, p. 4819-4827, Dec., 2014 .

Clarke AT, Marshall SA, Mautone JA, Soffer SL, Jones HA, Costigan TE, Patterson A, Jawad AF, Power TJ. Parent attendance and homework adherence predict response to a family-school intervention for children with ADHD. **J Clin Child Adolesc Psychol.** 2015;44(1):58-67. doi: 10.1080/15374416.2013.794697. Epub May 20, 2013.

FAZENDA, I. Metodologia da Pesquisa Educacional. São Paulo: Cortez, 2010.

FEIJÃO, A.R; GALVÃO, M.T.G. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando método, técnicas e bases teóricas. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.8, n.2, p.41-49, 2007.

FEITOZA, S.M.S. Construção e validação de cartilha educativa para orientação das mães sobre os cuidados pós-transplante cardíaco pediátrico. (Dissertação de Mestrado). DEPARTAMENTO DE Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2015.

FERREIRA, V.N.; PEREIRA, I.D.A.F The Challenge of Knowledge: Qualitative Health Research. **J Manag Prim Health Care**; 5(2):258-61, 2014.

FIELD, A. Descobrimo a estatística usando SPSS. 2 e. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FIORAMONTE, A.; BRESSAN, B.F.; SILVA, E.M.; NASCIMENTO, G.L; BURIOLA, A.A. Cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família: atuação do enfermeiro na ESF. **Cienc Cuid Saude** Abr/Jun; 12(2):315-322, 2013

FLORES, S.M; SALUM, G.A; MANFRO, G.G. Dysfunctional family environments and childhood psychopathology: the role of psychiatric comorbidity. **Trends Psychiatry Psychother.** 36(3):147-51, 2014.

FONSECA, L.M.M; LEITE, A.M; MELLO, D.F.; SILVA, M.A.I; LIMA, R.A.G; SCHOCHI, C.G.S. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 190-196, Mar., 2011.

FRANCISCO, B.R. Terapia ocupacional. 2. ed. Campinas: Papirus, 2001.

FREESE, L.; SIGNOR, L. ; MACHADO, C.; FERIGOLO, M.; BARROS, H.M.T. Non – medical use of methylphenidate: a review. **Trends Psychiatry Psychother**, 34(2):110-115, 2012. DOI 10.1590/S2237-60892012000200010

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 37ª. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, S. G. A. Avaliação da confiabilidade de questionários: Uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. Comunicação apresentada no evento XII SIMPEP da Universidade Estadual Paulista, Bauru, SP, Brasil, nov, 2005.

FUNG, D.S. et al. Academy of Medicine-Ministry of Health clinical practice guidelines: attention deficit hyperactivity disorder. **Singapore Med J**. Aug;55(8):411-4, 2014.

GALINDO NETO, N. M. et al . Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 30, n. 1, p. 87-93, Jan. 2017.

GALLO, A.E; WILLIAMS, L.C.A. Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 7, n. 1, p. 81-95, jun. 2005.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. [Internet] 1987;10(1), 1987. [acesso em 12 nov 2017]. Disponível: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.4770100103/pd>.

GAPIN, J; ETNIER, J. The relationship between Physical activity and executive function performance in Children with attention-deficit hyperactivity disorder. **Jornal of sport & exercise Psychology**, v. 32, 753-763, 2010.

GARCIA, Grey Yuliet Ceballos; SANTOS, Darci Neves; MACHADO, Daiane Borges. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 12, p. 2649-2654, Dec. 2015.

GHUMAN, J.K.; ARNOLD, L.E.; ANTHONY, B.J. Psychopharmacological and other treatments in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: current evidence and practice. **J Child Adolesc Psychopharmacol**. Oct;18(5):413-47, 2008. doi: 10.1089/cap.2008.022.

GODIM, S.MG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafio metodológicos. **Paidéia**.:12(24):149-61, 2002.

GODOY, L.; CARTER, A; SILVER, R.B.; DICKSTEIN, S; SEIFER, R. Mental health screening and consultation in primary care: the role of child age and parental concerns. **J Dev Behav Pediatr**. 35:334-43, 2014. [Links]

GOMES, G.C; MOTA, M.S; MOREIRA, M.A.J; JUNG, B.C; XAIER, D.M; SILVA, C.D. (Des) preparation of family member for the care of children with chronic illness **Rev Enferm UFPI**. Jan-Mar;6(1):47-53, 2017.

GOOGMAN, D.W; THASE, M.E. Regognizing ADHD in adults with comorbid mood disorders: implications for identification and management. **Postgrad Med**. 2009.

GREENHILL, LL. Stimulant medication treatment of children with attention déficit hyperactivity disorder. In: Jersen OS, COOPER, JR, editors. Kingston Attention déficit hyperactivity disorder: state of Science, best practices. Kingston: **Civic research Institute**, 2002.

GUANIZADEH, A.. Educating and counseling of parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder. **Patient Education and Counseling** 68:23–28, 2007.

GUIDOLIM, K. et al. Habilidades sociais em crianças com queixas de hiperatividade e desatenção. **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, v. 30, n. 93, p. 159-168, 2013.

GUIMARÃES, F.J.; CARVALHO, A. L.R.F; PAGLIUCA, L. MA. F. Elaboração e validação de instrumento de avaliação de tecnologia assistiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 302-11, jun. 2015. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/28815>>. Acesso em: 13 out. 2018. doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v17i2.28815>.

HALPERIN, J; HEALY, D. The influences of environmental enrichment, cognitive enhancement, and physical exercise on brain development: Can we alter the developmental trajectory of ADHD? **Neuroscience and biobehavioral Reviews**, v. 35(3), p. 621-634, 2011.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A., LENARD, M.H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. **Texto contexto - enferm**. vol.19 no.2 Florianópolis Apr./June, 2010.

HARRISON, T.M. Family-centered pediatric nursing care: state of the science. **J Pediatr Nurs**.;25(5):335-43, 2010.

HORA, A.F; SILVA, S; RAMOS; PONTES, F; NOBRE, J.P. A prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma revisão de literatura **Revista PSICOLOGIA**, Vol. 29 (2), 47-62, 2015,. doi: <http://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v29i2.1031> Copyright © 2015.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo populacional 2010. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 5 jul. 2016.

JAFFERIAN, Vera Helena Peres; BARONE, Leda Maria Codeço. A construção e a desconstrução do rótulo do TDAH na intervenção psicopedagógica. **Rev. psicopedag.**, São Paulo , v. 32, n. 98, p. 118-127, 2015 . Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862015000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 nov. 2018.

JASPER, M.A. Expert: a discussion of the implacations of the conceptions as used in nursing. **J. adv.nurs.**, Oxford., v.20, n. 4. 1994.

JIN, W.; DU, Y.; SHONG, X; DAVID, C. Prevalence and contributing factors to attention deficit hyperactivity disorder: A study of five-to fifteen-year-old children in Zhabei District, Shanghai. **Asia-Pacific Psychiatry**, 1-8, 2013. doi:10.1111/appy.12114

JOU, G; AMRARAL, B; RIOTA, C. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Um Olhar no Ensino Fundamental. **Psicol Reflex Crit.** 23(1):29-36, 2010;. [Links]

KANTORSKI, Luciane Prado et al . ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL: INTERFACES COM A REDE DE SAÚDE PELO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 26, n. 3, e1890014, 2017.

KANTORSKI, Luciane Prado et al . Perfil dos familiares cuidadores de usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 1, p. 85-92, Mar., 2012 .

KESZEI, A.P; NOVAK, M.; STREINER, D.L. Introduction to health measurement scales. **J Psychosom Res** [Internet], 2010 [acesso em: 30 set 2013];68(4):319 -23.Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.006>

KHALIFE, N.; et al. Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms Are Risk Factors for Obesity and Physical Inactivity in Adolescence, **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 53, 4, 2014.

KIELING, C.; BAKER-HENNINGHAM, H.; BELFER, M et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. **Lancet** 2011; 378:1515-25.

KLASSEN, LJ.; KATZMAN, M.A; CHOKKA, P. Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder. **J affect disord.** 2010.

LEONARDI, J.L; RUBANO, D.R; ASSIS, F.RP. Subsídios da análise do comportamento para avaliação de diagnóstico e tratamento do transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) no âmbito escolar. In: Angelucchi CB, Souza BP, eds. Medicalização de crianças e adolescentes. Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. p.111-30.

LEOPARDI, M.T; PAIM, L.MD.; NIETSCHKE, E.A. Empoderamento da enfermagem e uso de tecnologias de cuidado. In: Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do enfermeiro? Org. NIETSCHKE, E.A; TEIXEIRA,E.; MEDEIROS, H.P. Porto Alegre, Moriá, 2014.

LEVY, F. Child and adolescent changes to DSM-5. **Asian J Psychiat.** 2014.

LIMA, A.C.MA.C.C. Construção e validação de cartilha educativa para prevenção da transmissão vertical do HIV. (Dissertação de Mestrado). DEPARTAMENTO DE Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2014.

LIMA, Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa et al . Construção e Validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 181-189, abr. 2017 .

LIMA, C.B; BRENDA, M.Z; ALBUQUERQUE, M.C.S. Acolhimento ao familiar de pessoa em sofrimento psíquico nos estudos de enfermagem. **Rev Brasil Promoção da Saúde**, Fortaleza, 26(4) 571-580, out-dez, 2013.

LIMA, M.A. de; PAGLIUCA, L.M.F.;NASCIMENTO, J.C. do; CAETANO, J.A. Virtual guide on ocular self examination to support the selfcare practice for people with hiv\ aids. **Rev Esc Enferm USP.**, V.48, N.2, P. 285-291, 2014.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, F.T.P; CORDEIRO, M.P. Entrevistas individuais e grupos focais: alguns cuidados éticos metodológicos. **Revista Espaço Acadêmico.** 2011;11(123):58-67-

LOPES, Gisele Vieira Dourado Oliveira et al . Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 1, p. 104-110, Feb. 2014 .

LOUZÃ, M.R. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed; 2010.

LUIZÃO, Andreia Migliorini; SCICCHITANO, Rosa Maria Junqueira. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: um recorte da produção científica recente. **Psicopedagogia**, 2014 - Volume 31 - Edição 96.

LUZ, Z. M. P.; DENISE, N. P.; RABELLO, A.; SCHALL, V. Evaluation of informative materials on leishmaniasis distributed in Brazil: criteria and basis for the production and improvement of health education materials. **Cad Saúde Pública.** 2003;19(2):561-69.

LYNN, M.R. Determination and qualification of content validity. **Nurs Res**, v.35, n. 6, p. 382-385, 1986.

MACEDO, E.C.; SILVA, L.R.; PAIVA, M.S.; RAMOS, M.N.P. Sobrecarga e qualidade de vida de mães de crianças e adolescentes com doença crônica: revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jul.-ago. 2015;23(4):769-777

MACEDO, J.Q; LIMA, H.P; ALVES, M.D.S; LUIS, M.A.V; BRAGA, V.A.B. Practices in mental health services: interface with professionals' satisfaction. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2013.

MACHADO, L.M; COLOMÉ, J.S; BECK, C.L.C. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. **Rev Enferm UFSM**. 2011 Jan-Abr; 1(1):31-40.

MACHINESKI, G.G.; SCHNEIDER, J.F.; CAMATTA, M.W. O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil. **Rev. Gaucha Enferm**. 2013; 34 (1): 126-132.

MAGALHAES, V.C.; PINHO, L.B.; LACCHINI, A.J.B.; SCHNEIDER, J.F.; OLSCHOWSKY, A.A. Ações de saúde mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da atenção básica. **Rev de pesq: cuidado é fundamental** [on-line]. 2012 out-dez; 4(4):3105-17.

MALEKI, Z. H., et al. Barkley's parent training program, working memory training and their combination for children with ADHD: Attention deficit hyperactivity disorder. **Iran Journal Psychiatry**, (2014) 9(2), 47-54.

MANDIOLA, D.; OYARZO, K.; VÁSQUEZ, N. Detección de alteraciones del desarrollo infantil en niños con trastorno de déficit atencional con hiperactividad en punta arenas: explorando la visión de los padres. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, 12(1), Pág. 32-43 2012. doi:10.5354/0719-5346.2012.22050.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J.P; GARRETT, C. Estudo de validação do Questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicologia, Saúde & Doenças**. 2003;4(1):131-48. [Links]

MATTOS, P. Entenda o TDAH nos critérios do DSM-V. Rio de Janeiro: ABDA; 2013. [CAPTURADO EM 14 de janeiro de 2018]. Disponível em <http://www.tdah.org.br/br/textos/item/964-entendendo-o-tdah-cri%C3%A9rios-do-dsm-v.html>.

MELNYK, B.M. FINEOUTO-OVERHOLT, E.; STILLWELL, S.B.; WILLIAMSON, K.M. Evidence-based practice: step by step. **Am J Nurs**. 2010

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B..Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MINAYO, M.C.S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.

MIRANDA, M.C RIZZUTTI, S. MUSZKAT, M. neuropsicologia do desenvolvimento: transtornos do neurodesenvolvimento. Rio de Janeiro: Rubio; 2013.

MISSAWA, Daniela Dadalto Ambrozine; ROSSETTI, Claudia Broetto. Psicólogos e TDAH: possíveis caminhos para diagnóstico e tratamento. **Constr. psicopedag.**, São Paulo , v. 22, n. 23, p. 81-90, 2014 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542014000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 set. 2018.

MONTEIRO, A.R.M; LIANE,A.T; SILVA,R.S.M; RABELO, K.P.S.;TAVARES, S.F.V; TAVORA, R.C.O. Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento. **Rev Esc Anna Nery** (imp) 2012 jul-set 16(3): 523-529.

MONTOYA, A.; COLOM, F.; FERRIN, M. Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. **European psychiatry**, v.26, n.3, p.166-175. 2011.

MOOJEN, S.M; DORNELES, B.V.; COSTA, A. A. Avaliação psicopedagógica no TDAH. In: Rohde LA, Mattos P, orgs. Princípios e práticas em TDAH. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.107-16.

MOREIRA, M.F; NOBREGA, M.M.L; SILVA, M.I.T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev Bras Enferm.** 2003;56(2):184-188.

MORENO FONTIVEROS, M.^a Ángeles et al . Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam*, Albacete , v. 8, n. 3, p. 231-239, oct. 2015 . Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2015000300006&lng=es&nrm=iso>. accedido en 17 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2015000300006>.

MORETTO, C.C. O grupo como estratégia de intervenção em saúde mental da infância e adolescência. *Mental* [Internet]. 2013 [acesso em: 30 set 2014];X;(19):221-33. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16.

MOTA, D.D.C.F.; PIMENTA, CA.A.M. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para pesquisa e clínica de enfermagem. **Rev Gaucha Enferm** [Internet] . 2007 [acesso em: 30 set 2013] ;28(3):309-14. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4674>.

MOTA, M. L.; RODRIGUES, C. M.B. Serviço Social e saúde mental: um estudo sobre a prática profissional. **SER Social, Brasília**, v. 18, n. 39, p. 652-671, jul.-dez./2016

MUSZKAT, M; MIRANDA, M.C.; RIZZUTTI, S. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. São Paulo: Cortez; 2011.

NARDI, A.E; QUEVEDO, J; SILVA, A.G.(Org). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NASCIMENTO, Y.C.M.L.; ROSA, L.S.; SOUZA, J.C; VÉRAS, Y.A.R., BREDA, M.Z.; TRINDADE, R.F.C. Perfil de crianças e adolescentes acompanhados por um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil. **Rev enferm UFPE on line** [Internet]. 2014 [acesso em: 30 set 2014];8(5):1261-72. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista.article/viewArticle/5528>

NAVARINI, V; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto e Contexto Enferm**. 2008 out\dez; 17 (4) 680-88.

NIETSCHÉ, E.A; BACKES, V.M.S; COLOMÉ, C.L.M.; CERATTI, R.N; FERRAZ, F. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev Latino-Am Enferm**. 2005; 13:344-53.

NIETSCHÉ, E.A; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P. Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do/a enfermeiro. Porto Alegre (RS): Moriá; 2014.

OKEWOLE, A.; DADA, M.U; OGUN, O.; BELLO-MOJEED, M. USOH, T. Prevalence and correlates of psychiatric morbidity among caregivers of children and adolescents with neuropsychiatric disorders in Nigeria. **Afr J Psychiatry** (Johannesbg)2011;14(4):306-9

OLIVEIRA, M.S; FERNANDES, A.F.C; SAWADA, N.O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: Um estudo de validação. **Texto & Contexto Enferm** [Internet]. 2008 [cited 2015 Feb 20];17(1):115-23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0104-07072008000100013.

OLIVEIRA, S.C; LOPES, M.V.O.; FERNANDES, A.F.C. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. **Rev.Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.1, p. 134-141, 2014.

ONOCKO-CAMPOS, RT; FURTADO, JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de centros de atenção psicossocial (Caps) do sistema único de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (5), 1053-1062, mai, 2006.

ORUCHE, M.U; GERKENSMEYER, J.; STEPHAN, L; WHEELER, C.A; HANNA, K.M. The Described Experience of Primary Caregivers of Children With Mental Health Needs. **Arch. psychiatr. nurs**. 2012 Oct; 26(5): 382-3918.

OSTERG, M; RYDELL, A.M An efficacy study of a combined parent and teacher management training programme for children with ADHD. 2012 Apr;66(2):123-30. doi: 10.3109/08039488.2011.641587. **Nord J Psychiatry**. Epub 2011 Dec 12.

OSWALD, S.H; KAPPLER, C.O. Relações familiares de crianças com TDAH. IN: LOUZA NETO, MR. transtorno de déficit de atenção-hiperatividade: ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed; 2010. P.268-77.

PAIM, L.M.D; NIETSHE, E.A; LIMA, M.G.R. Historia da tecnologia e sua evolução na assistência e no contexto do cuidado de enfermagem. In: Tecnologias Cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do/a enfermeiro/a. Org. Elisabeta Albertina Nietzsche, Elizabeth Teixeira, Horário Pires Medeiros. Porto Alegre: Moriá, 2014. 213p.

PALACIOS-CRUZ, Lino et al . Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). **Salud Ment**, México , v. 34, n. 2, p. 149-155, abr. 2011.

PASQUALI, L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. 2a ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

PAULA CS, et al. Saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In: Lauridsen Ribeiro E, Tanaka OY, organizadores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010.

PAULA, C.S; DUARTE, C.S; BORDIN, I.A. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of São Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. **Re Bras Psiquiat** 2007; 29: 11-7.

PEIXOTO, Ana Lucia Balbino; RODRIGUES, Maria Margarida Pereira. Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. **Aletheia**, v.28, p.91-103. 2008.

PILATTI, L.A; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G.L. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. **Rev Bras Ensinn Cienc Tecnol**. 2010;3(1):81-91.

PIRES, T.O.; SILVA, C.M.F.P; ASSIS, S.G. Family environment and attention deficit hyperactivity disorder. **Rev Saúde Pública**. 2012;46(4):624-32.

PITTA, A. (Org.) reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª.ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

PLISZKA, S, AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with Attention-deficit/hyperactivity disorder. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. 2007.

POETA, L. S.; ROSA NETO, F. Intervenção motora em uma criança com transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). **Revista Digital Efdesportes**, Buenos Aires, 2005 . Disponível em:< <http://www.efdeportes.com/efd89/tdah.htm> >. Acesso em: 14 jun. 2018.

POLANCZYK, G.; LIMA, M.S; HORTA, B.L; BIEDERMAN, J.; ROHDE, L.A. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. **Am J Psychiatry**. 2007;164(6):942-8, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.164.6.942>.

POLANCZYK, G.V; CASENA, E.B; MIGUEL, E.C; REED, U.C. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: uma perspectiva científica. **CLINICS**, 2012; 67 (10): 1125-1126. 164(5): 619-23.

POLIT, D.; HUNGLER, B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, valiação e utilização. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2011.

REGALLA, M. A. et al. Resiliência e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 45-49, 2007.

REHM, R.S. Nursing's contribution to research about parenting children with complex chronic conditions: An integrative review, 2002 to 2012. **Nurs Outlook**. 2013;61:266-90.

REINHARDT, M.C; REINHARDT, C.A. Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations. **J Pediatr** (Rio J). 2013;89:124–30.

REIS, G.V; SANTANA, M.SR. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): doença ou apenas rótulo? **An. Sciencult Paranaíba** 2010;2(1):188-95.

RICHARDS, L.M.E. It is time for a more integrated biopsychosocial approach to ADHD. **Clin Child Psychol Psychiatry**. 2012;18(4):483–503.

RITTER, H.S. Psicopedagogia atuando na reeducação dos pais de crianças com TDAH. 2009. Disponível em <http://www.abpp.com.br/artigos/95.htm> Acesso em: 31/5/2017.

RODRIGUES, R.M. Pesquisa acadêmica: como facilitar o processo de preparação de suas etapas. São Paulo: Atlas, 2007.

RUSSEL, A.E.; FORD, T.; RUSSEL, G. Socioeconomic Associations with ADHD: findings from a mediation analysis. **Plos One**. 10(6): e0128248, 2015.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de Atenção/hiperatividade: atualização. **Jornal de pediatria**. Vol. 80, Nº2 (supl), 2004.

ROHDE, LA; BARBOSA, G; TRAMONTINA, S; POLANCZYK, G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Rev Bras Psiquiatr**. 2000.

ROTTA, N.T; OHLWEILER, L.; RIESGO, R.S. Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.301.

SALCI, M.A.M.; MACENO, P.; ROZZA, S.G; SILVA, D.M.G.V.; BOEHS, A.E; HEIDEMANN, I.T; SCHULTER, B. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, Mar. 2013.

SANTOS, D.C.S.S; BANDEIRA, M.. Estratégias de enfrentamentos e sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: revisão de literatura. **Psicologia em Pesquisa** | UFJF | 9(1) | 88-104 | Janeiro-Junho de 2015.

SANTOS, L.F.; VASCONCELOS, L.A. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. **Psicol: Teor Pesq.** 2010;26(4):717-24.

SARMENTO, Renata de Oliveira Vasconcelos; BRAGA, Aline de Oliveira; MARTINS, Andreza Cristina. Efeitos da intervenção psicomotora em uma criança com diagnóstico de tdah (transtorno do déficit de atenção/hiperatividade) em seus aspectos psicomotores. **Revista digital de Educação Física**, v.3, n.1, p.1-12. 2010.

SAVIANI-ZEOTI F.; PETEAN, E.B.L. A Qualidade de Vida de Pessoas com Deficiência Mental Leve. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** 2008;24(3):305-11. [Links]

SCHAWARTZ, C.; RAVIONOVITZ, S. Life satisfaction of people with intellectual disability living in community residences: perceptions of the residents, their parents and staff members. **J Intellect Disabil Res.** 2003;47(2):75-84. [Links]

SEVERO, T.P; FONSECA, A.D; GOMES, VL.O. Grupo focal como técnica de coleta de dados napesquisa em enfermagem. **Rev. Min. Enferm.** 2007; 11(3):297-302.

SHATA, Z.N. ABU-NAZEL, M.W; FAHMY, S.I; EL-DAWAITY, A.A. Efficacy of a psychosocial intervention for parents of children with attention deficit hyperactivity disorder, Alexandria, Egypt. **J Egypt Public Health Assoc.** 2014 Apr;89(1):9-15. doi: 10.1097/01.EPX.0000443989.38424.d4.

SHAW,M; HODGKINS, P; CACI, H. YOUNG, S; KAHHEL, J. WOODS, AG, et al. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non- treatment. **BMC Med.** 2012.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. *Mentes Inquietas: TDAH, desatenção, hiperatividade e impulsividade.* 4 ed.Sao Paulo: Globo, 2014.

SILVA, Carolina Flexa da; GOMES, Vera Lúcia Batista. O trabalho do assistente social nos centros de atenção psicossocial – CAPS do município de Belém/PA. **SERV. SOC. REV., LONDRINA**, V. 19, N.1, P. 84-108, JUL/DEZ. 2016.

SILVA, S. T. A qualidade de vida dos cuidadores de pessoas com deficiência auditiva. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Faculdade de Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2008.

SLEATH, B; SULZER, S.H; CARPENTER, D.M; SLOTA, C; GILLETTE, C; SAYNER, R.; DAIS, S. ; SANDLER, A. **Community Ment Health J.** Communication about ADHD and its treatment during pediatric asthma visits. 2014 Feb;50(2):185-92. doi: 10.1007/s10597-013-9678-3. Epub 2013 Dec 24.

SOARES, A.M.G.S. Tecnologia assistencial na promoção da saúde: cuidado e autocuidado do idoso insulino-dependente. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.11, n4, p. 818-824, 2010.

SOARES, C.B; HOGA, L.AK; PEDUZZI, Moares CB, Hoga LAK, Peduzzi M.S.C.; YONEKURA, T.; SILVA, D.R.A.D. Integrativereview: conceptsandmethodsused in nursing. **Rev Esc Enferm USP**.2014 20;48(2):335 -45.

SOUSA, Cristina Silva; TURRINI, Ruth Natalia Teresa. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 6, p. 990-996, 2012.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L.P; PINHO, L.B. Reforma Psiquiátrica, movimento antimanicomial e o modelo de reabilitação psicossocial: conversando sobre liberdade e cidadania. **Rev enferm UFPE on line**. 2009 July/Sept;3(2):760-6.

SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer?. **Einstein** [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 04];8(1):102-6.

SOUZA, V.B., SILVA, J.S., BARROS, M.C., FREITAS, P.S.P. Tecnologias leves na saúde como potencializadores para qualidade da assistência às gestantes. **Rev enferm UFPE online**. Recife, 8(5):1388-93, maio, 2014.

STEFANINI, J.R.; SCHERER, Z.AP; SCHERER, E.A; CAVALIN, L.A; GUAZZELLI, M.S. Rev. Latino-Am. Adolescentes com transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e exposição à violência: opinião dos pais. **Rev Lat-Amer Enfermagem** nov.-dez. 2015;23(6):1090-6.

STREINER, D.L.; NORMAN, G. R. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. **Aust N Z J Public Health**. 2016 Jun;40(3):294-5. doi: 10.1111/1753-6405.12484.

SWANSON, J.M; SERGEANT, J.A; TAYLOR, E; SONYGA-BARKE, E.J; JENSEN, P.S; CANTWELL, D.P. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. **LANCET**. 2007; 164(6): 942-8.

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, nov. 2012.

TEIXEIRA, E. et al. Cuidados com a saúde da criança e validação de uma tecnologia educativa para famílias ribeirinhas. **Rev. bras. enferm**. Brasília, v. 64, n. 6, p. 1003-1009, Dec. 2011.

TEIXEIRA, E. Tecnologias em enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. Editorial. **Rev eletr enferm**. 2010;12(4):598

TEIXEIRA, E.; MARTINS, T.D.R; MIRANDA, P.O; CABRAL, B.G; COSTA E SILVA, B.A. RODRIGUES, L.S.S. Tecnologia educacional sobre cuidados no pós-parto: construção e validação. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-10, abr./jun. 2016.

TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P. Tecnologias na literatura de enfermagem: do relacionamento ao desenvolvimento. In: Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do enfermeiro? Org. NIETSCHE, E.A; TEIXEIRA,E.; MEDEIROS, H.P. Porto Alegre, Moriá, 2014.

TEIXEIRA, E.B. A Análise de Dados na Pesquisa Científica: importância e desafios em estudos organizacionais. **Desenvolvimento em questão**. 2003;1(2):177-201.

TEIXEIRA, E.H; JACINTHO, A.; CELERI, H.V; DALGALARRONDO, P. Atypical antipsychotics in the treatment of pathological aggression in children and adolescents: literature review and clinical recommendations. **Trends psychiatry psychother**. 2013 jun/set; 35(3):151-159.

TEIXEIRA, M.R.; COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras Temas Livres • **Ciênc. saúde colet**. 22 (6) Jun 2017 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.06892016>.

VICENTE, Jéssica Batistela; HIGARASHI, Ieda Harumi; FURTADO, Maria Cândida de Carvalho. Transtorno mental na infância: configurações familiares e suas relações sociais. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 107-114, Mar. 2015.

WELLS, K.C.; EPSTEIN, J.N; HINSHAW, S.P; CONNERS, C.K; KLARIC, J.; ABIKOFF, H.B et al . Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit disorder (ADHD): an empirical analysis in the MTA study. **J Abnorm Child Psychol**. 2000;28(6):543-53.

WHITTEMORE, R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. **Nurs Res**. 2005;54(1):56-62.

WHITTEMORE,R; KNALF, K. The integrative review: updated methodology. Blackwell Publishing Ltd. **J. Adv. Nurs**. 2005. 52(5):546–553.

WHO. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: **Evidence for action**. Genebra, 2003; 27-38.

WILCUTT, E. G., ALVAREZ, C. V., CLAROS, J.; BARKLEY, R.; CARDO, E; SEVERA, M; STEINAU, S. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 2012, 9(1), 52–58. doi:10.1097/01.CHI.0000026602.17655.e7.

WILENS, T.E; FARAONE, S.V; BIEDERMAN, J. **Attention-deficit\hyperactivity disorder in adults**. JAMA. 2004.

WILLIAM, B; BRINKMAN, J. EPSTEN, N. Promoting productive interactions between parents and physicians in the treatment of children with attentiondeficit/hyperactivity disorder **Expert Rev. Neurother.** 11(4), 579–588 (2011).

WOLRAICH, M.L.; MCKEOWN, R.E.; VISSER, S.N.; BARD, D; CUFFE, S; NEAS, B. The Prevalence of ADHD: Its Diagnosis and Treatment in Four School Districts Across Two States. **Journal of Attention Disorders.** 2012. doi:10.1177/ 1087054712453169

YGUAL-FERNANDES, A; CERVERA-MÉRIDA, J.F; BAIXAULI-FORTE, I. MELIA-DE, A. Protocolo de observación del lenguaje para maestros de educación infantil. **Rev Neurol.** 2011; 52 (Supl 1): 127-34. [Links]

ZORLU, A.; et al. The prevalence and comorbidity rates of ADHD among school-age children in Turkey. *Journal of Attention Disorders.* **Advanced online publication.** (2015). doi:10.1177/108705471557799.

APÊNDICES

APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA ENTREVISTA

Caro (a) Senhor (a),

Eu, Kely Vanessa Leite Gomes da Silva, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) e orientanda da profa. Dra. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças, venho lhe convidar a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada "Construção e validação de cartilha para pais e cuidadores de crianças com Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade".

Logo, peço sua colaboração para participar de entrevista a ser realizada com pais e cuidadores de crianças com TDAH. As informações obtidas auxiliarão na construção do material educativo.

Assim, convido o (a) senhor (a) a participar e nesse momento poderá expor suas dúvidas em relação ao Transtorno de Déficit de Atenção e hiperatividade em crianças. A sua participação nesse estudo é livre, sendo garantido também o direito e a liberdade de negar-se a participar do estudo ou retirar o seu consentimento quando desejar, sem ter qualquer prejuízo. Vale ressaltar também que o (a) senhor (a) não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa e que a mesma não trará riscos e desconfortos nem despesas ou ajuda financeira para o sujeito da pesquisa.

Os dados obtidos serão mantidos em sigilo e utilizados somente para a elaboração desta pesquisa. Os resultados serão organizados e apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais e publicados em revistas científicas pertinentes. Asseguro que a qualquer momento você pode ter acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que podem ocorrer.

Em caso de dúvidas com relação aos aspectos éticos do projeto entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri- URCA pelo telefone (88) 3102-1241 ou na sede, situada à rua Rua Cel. Antônio Luis, 1161 - 63.100-000 - Pimenta - Crato/CE Att.,CEP/URCA. A pesquisadora responsável também poderá ser consultada. Segue abaixo os dados da pesquisadora:

Nome: Cristiana Brasil de Almeida Rebouças. **Instituição:** Universidade Federal do Ceará. **Endereço:** Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. **CEP:** 60430-160. **Telefone para contato:** 085 86976766. **E-mail:** cristianareboucas@yahoo.com.br.

Nome: Kely Vanessa Leite Gomes da Silva. **Instituição:** Universidade Federal do Ceará.
Endereço: Rua Rua Cel. Antônio Luis, 1161 - 63.100-000 - Pimenta - Crato/CE. **Telefone para contato:** 088 9- 8818-1499. **E-mail:** kelyvanessa@hotmail.com

Assinatura da pesquisadora
Enfermeira aluna do Doutorado da UFC\URCA

TERMO DE CONSETIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, número do RG; Órgão expedidor (_____), declaro que tomei conhecimento do estudo acima mencionado, tendo sido devidamente esclarecido (a) da sua finalidade, das condições de minha participação e dos aspectos legais, concordo voluntariamente em participar. Declaro ainda que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que respondem por completo minhas dúvidas. Declaro também estar recebendo uma cópia deste termo.

_____, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante

APÊNDICE B- FICHA DE CADASTRO DOS PAIS E CUIDADORES**Etapas das entrevistas:**

- Apresentação do pesquisador
- Apresentação do objetivo do estudo e da importância da entrevista
- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Dados socioculturais:

Nome: _____

Sexo: () masculino () feminino Telefones: _____

Idade: _____

Estado civil: _____ Religião: _____

Grau de escolaridade: _____ Cor: _____

Procedência: _____

Quantas pessoas moram no domicílio: _____

Número de filhos: _____ Quantos possuem Transtornos mentais: _____

Diagnóstico médico do(s) filho(s): _____ idade da criança _____

Escolaridade da criança _____

Tempo de tratamento no CAPS _____

Renda mensal (Em reais) – individual: _____ e familiar: _____

Atividade laboral: ()ativo ()aposentado ()aposentado, mas desempenha funções remuneradas

()trabalha em casa, sem remuneração

() outros, especificar: _____

APÊNDICE C- ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Fale o que você sabe sobre o que é Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade?
2. Que sinais e sintomas as crianças apresentam que definem o transtorno da criança sob seus cuidados?
3. Você sabe como é o tratamento da criança com TDAH? Descreva.
4. Você sabe quais cuidados são necessários para a criança com esse tipo de transtorno? Descreva.
5. Quais as dificuldades vivenciadas no cuidado da criança no cotidiano?
6. Quais cuidados você considera importantes de serem seguidos para evitar agravos a saúde da criança?
7. Como os profissionais de saúde fornecem orientações sobre o transtorno TDAH?
8. Como você compreende todas as informações fornecidas pelos profissionais de saúde?
9. De que forma você acha importante um material educativo que oriente acerca dos cuidados necessários às crianças com TDAH?
10. Quais assuntos você acredita ser importante conter em um material educativo para o cuidado com criança com TDAH?
11. Existe algo que você queira mencionar que ainda não foi exposto na conversa? Tem alguma sugestão?
12. Você já foi a outros serviços que atendem crianças com TDAH na região? quais?
13. Onde você conseguiu ajuda para acompanhar-cuidar de sua criança?

APÊNDICE D- SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO DO CAPS

Sr (a). Coordenador (a) do _____:

Eu, Kely Vanessa Leite Gomes da Silva, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) e orientanda da profa. Dra. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças, venho por meio deste, solicitar a V. Sa. autorização para desenvolver pesquisa envolvendo entrevistas individuais com pais e cuidadores de crianças com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de TDAH com o objetivo de compreender as necessidades de conhecimento sobre o cuidado a criança com TDAH, bem como a avaliação dos pais e cuidadores quanto a uma cartilha de orientação de cuidados a crianças com TDAH. Trata-se de um levantamento de informações com o fim de trazer contribuição para a construção de uma cartilha educativa em saúde mental, em especial, ao cuidado à criança com este transtorno, bem como um questionário que avalie a aparência da cartilha.

Asseguramos a ética da nossa pesquisa através do sigilo, privacidade e anonimato quanto à identificação dos sujeitos selecionados para o estudo. Segue em anexo o projeto de pesquisa contendo as informações sobre objetivos, metodologia e preceitos éticos.

Certas de vosso apoio, agradecemos sua atenção.

Assinatura da pesquisadora
Enfermeira aluna do Doutorado da UFC\URCA

Coordenador (a) do CAPSi

APÊNDICE E- CARTA CONVITE AOS ESPECIALISTAS EM CONTEÚDO E APARÊNCIA

Eu, Kely Vanessa Leite Gomes da Silva, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (URCA-UFC), gostaria de convidá-lo a ser especialista da validação de conteúdo da tecnologia educativa elaborada na minha tese intitulada: **“Construção e validação de cartilha para pais e cuidadores de crianças com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de TDAH”**.

O conteúdo do material educativo será resultado de uma revisão bibliográfica da literatura para embasar cientificamente o conteúdo proposto. Contemplara ainda uma pesquisa exploratória desenvolvida através de entrevista individual com pais e cuidadores de crianças com diagnóstico de TDAH mediante entrevista para compreender as necessidades de conhecimento sobre a temática. As ilustrações, imagens e formatação textual serão feitas por um design gráfico para personalizar adequadamente o material.

O seu trabalho consistirá em, primeiramente, responder a uma questão aberta sobre o que deve ser orientado aos familiares com relação aos cuidados à criança com TDAH. Em outro momento, o (a) senhor (a) irá fazer a leitura crítica do material educativo e preencher o instrumento de avaliação, o qual é disposto em itens. Para o aperfeiçoamento do material, o (a) senhor (a) também poderá fazer sugestões ou críticas em um espaço reservado para esta finalidade.

O prazo para devolução do material respondido é de 20 dias e lembretes serão enviados dois dias antes para recordá-lo. As alterações sugeridas pelo grupo de especialistas serão analisadas e acatadas. Assim, o material educativo será reformulado e enviado novamente para o (a) senhor (a) para uma nova avaliação semelhante ao processo adotado anteriormente.

Desde já agradeço a sua participação, a qual é fundamental para o desenvolvimento da ciência e contribuirá para melhorar os cuidados prestados à criança com doenças respiratórias.

Atenciosamente,

Kely Vanessa Leite Gomes da Silva
Enfermeira e Doutoranda -UFC- URCA

APÊNDICE F- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS ESPECIALISTAS

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Eu, Kely Vanessa Leite Gomes da Silva, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC- URCA) e orientanda da Profa. Dra. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças, venho por meio deste convidá-lo a participar como especialista de uma pesquisa intitulada "**Construção e validação de cartilha para pais e cuidadores de crianças com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de TDAH**". Como o objetivo do estudo é construir e validar uma cartilha educativa para orientação dos pais e cuidadores sobre TDAH em crianças, é necessário submeter o material educativo à avaliação por parte de um grupo de especialistas, os quais foram selecionados com base em critérios pré-estabelecidos, sendo o (a) senhor(a) considerado(a) correspondente aos requisitos para participação deste grupo.

Logo, peço sua colaboração nesta pesquisa para saber se o material está adequado para ser utilizado como tecnologia educativa pelos pais de crianças com TDAH. Sua participação acontecerá nas seguintes atividades: indicação de orientações que devem ser concedidas aos pais sobre os cuidados à crianças com TDAH e que devem estar presentes no material educativo, leitura e avaliação do mesmo. Após a aceitação, o (a) senhor (a) receberá uma cópia da cartilha e o instrumento de avaliação. Caso, desejar, poderá também fazer críticas e sugestões para o aprimoramento do constructo.

A sua participação nesse estudo é livre, sendo garantido também o direito e a liberdade de negar-se a participar do estudo ou retirar o seu consentimento quando desejar, sem ter qualquer prejuízo. Vale ressaltar também que o (a) senhor (a) não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa e que a mesma não trará riscos e desconfortos nem despesas ou ajuda financeira para o sujeito da pesquisa.

Os dados obtidos serão mantidos em sigilo e utilizados somente para a elaboração desta pesquisa. Os resultados serão organizados e apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais e publicados em revistas científicas pertinentes. Dou-lhe a segurança de que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer.

Em caso de dúvidas com relação aos aspectos éticos do projeto entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri- URCA pelo telefone (88) 3102-1241 ou na sede, situada à Rua Rua Cel. Antônio Luis, 1161 - 63.100-000 - Pimenta - Crato/CE. A pesquisadora responsável também poderá ser consultada. Segue abaixo os dados da pesquisadora:

Nome: Cristiana Brasil de Almeida Rebouças. **Instituição:** Universidade Federal do Ceará. **Endereço:** Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. **CEP:** 60430-160. **Telefone para contato:** 085 86976766. **E-mail:** cristianareboucas@yahoo.com.br.

Nome: Kely Vanessa Leite Gomes da Silva. **Instituição:** Universidade Regional do Cariri-URCA. **Endereço:** Rua Rua Cel. Antônio Luis, 1161 - 63.100-000 - Pimenta - Crato/CE. **Telefone para contato:** 088 9- 8818-1499. **E-mail:** kelyvanessa@hotmail.com

Assinatura da pesquisadora
Enfermeira e Doutoranda UFC- URCA

TERMO DE CONSETIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, número do RG; Órgão expedidor (_____), declaro que tomei conhecimento do estudo acima mencionado, tendo sido devidamente esclarecido (a) da sua finalidade, das condições de minha participação e dos aspectos legais, concordo voluntariamente em participar. Declaro ainda que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que respondem por completo minhas dúvidas. Declaro também estar recebendo uma cópia deste termo.

_____, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante

APÊNDICE G- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ESPECIALISTA

PARTE I

1 - Identificação

Nome: _____

Idade: ____ Sexo: M () F ()

Local de trabalho: _____

Área de atuação: _____

Ocupação atual: _____

Experiência com transtornos mentais na infância (em anos) _____

Experiência com Educação (em anos): _____ Formal () Informal ()

Experiência anterior com Elaboração de material educativo:

() Sim () Não

Experiência anterior com Avaliação de material educativo:

() Sim () Não

Publicação nas temáticas: TDAH; Saúde Mental e Elaboração/avaliação de material educativo

() Sim () Não

2 – Qualificação

Especialização: _____ Ano: _____

Mestrado em: _____ Ano: _____

Doutorado em: _____ Ano: _____

Outros: _____

PARTE II

Quais os principais cuidados devem ser orientados aos pais e cuidadores de crianças com diagnóstico médico de TDAH?

INSTRUÇÕES:

Por gentileza, leia a cartilha. Em seguida analise o instrumento, marcando com um “X” em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo:

VALORAÇÃO	CÓDIGO
Discordo totalmente	1
Discordo	2
Neutro	3
Concordo	4
Concordo totalmente	5

1- OBJETIVOS: Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da cartilha educativa.

1.1 Os objetivos são coerentes com as necessidades do público-alvo	1	2	3	4	5
1.2 A cartilha auxilia no cuidado à criança com TDAH	1	2	3	4	5
1.3 A cartilha é capaz de promover reflexão	1	2	3	4	5
1.4 A cartilha pode promover mudança de comportamento e atitude	1	2	3	4	5
1.5 A cartilha pode circular no meio científico da área de saúde mental	1	2	3	4	5

Comentários gerais e sugestões:

2- CONTEÚDO: Refere-se às informações abordadas na cartilha educativa

2.1 A cartilha educativa é apropriada para orientação dos pais e cuidadores quanto aos cuidados à criança com TDAH	1	2	3	4	5
2.2 A cartilha esclarece dúvidas	1	2	3	4	5
2.3 A cartilha ressalta a importância do conteúdo	1	2	3	4	5
2.4 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva	1	2	3	4	5
2.5 As informações apresentadas estão cientificamente corretas	1	2	3	4	5
2.6 Os conteúdos são variados e suficientes para atingir os objetivos da cartilha	1	2	3	4	5
2.7 Existe uma sequência lógica do conteúdo proposto.	1	2	3	4	5
2.8 A divisão dos títulos e subtítulos do material são pertinentes	1	2	3	4	5
2.9 As ideias chaves (trechos em destaques) são pontos importantes e merecem destaque	1	2	3	4	5

Comentários gerais e sugestões:

3- LINGUAGEM: Refere-se à característica linguística, compreensão e estilo da redação e dos conceitos abordados na cartilha educativa apresentada.

3.1 As informações apresentadas são claras e compreensíveis ao se levar em consideração o nível de experiência do público-alvo (pais e cuidadores de crianças com TDAH)	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

3.2 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo (pais e cuidadores de crianças com TDAH)	1	2	3	4	5
3.3 As informações estão bem estruturadas em concordância a ortografia	1	2	3	4	5
3.4 A escrita utilizada é atrativa	1	2	3	4	5

Comentários gerais e sugestões:

4- RELEVÂNCIA: Refere-se às características que avaliam o grau de significação da cartilha educativa apresentada

4.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados durante as consultas	1	2	3	4	5
4.2 O material permite a transferência e generalizações do aprendizado a diferentes contextos (hospitalar e domiciliar)	1	2	3	4	5
4.3 A cartilha propõe ao aprendiz adquirir conhecimentos para realizar o cuidado com criança com TDAH.	1	2	3	4	5
4.4 A cartilha aborda os assuntos necessários para a criança com TDAH	1	2	3	4	5
4.5 A cartilha está adequada para ser usada por qualquer profissional da área da saúde.	1	2	3	4	5
4.6 A cartilha está adequada e pode ser usada como tecnologia para a educação em saúde.	1	2	3	4	5

Comentários gerais e sugestões:

5- ILUSTRAÇÕES: Refere-se ao uso de ilustrações na cartilha educativa

5.1 As ilustrações utilizadas são pertinentes com o conteúdo do material	1	2	3	4	5
5.2 As ilustrações estão expressivas e de fácil entendimento.	1	2	3	4	5
5.3 O número de ilustrações está suficiente.	1	2	3	4	5
5.4 As legendas das ilustrações estão adequadas e auxiliam o leitor a compreender a imagem.	1	2	3	4	5

Comentários gerais e sugestões:

6- LAYOUT: Refere-se ao formato da apresentação da cartilha ao leitor de forma que desperte interesse para leitura.

6.1 A apresentação da cartilha está atrativa e bem organizada.	1	2	3	4	5
6.2 O conteúdo está apresentado com letra em tamanho e fonte adequados.	1	2	3	4	5
6.3 O tipo de letra utilizado facilita a leitura do material	1	2	3	4	5
6.4 As cores dos textos são adequadas e facilitam a leitura	1	2	3	4	5
6.5 A disposição do texto está adequada.	1	2	3	4	5
6.6 O papel da impressão do material está apropriado	1	2	3	4	5
6.7 O número de páginas está adequado	1	2	3	4	5

Comentários gerais e sugestões:

7- MOTIVAÇÃO: Refere-se à motivação para a leitura da cartilha educativa.

7.1 O conteúdo desperta interesse para a leitura.	1	2	3	4	5
7.2 O conteúdo está motivador e incentiva o leitor a prosseguir a leitura	1	2	3	4	5

Comentários gerais e sugestões:

8- CULTURA: Refere-se a adequação da cultura do público-alvo da cartilha educativa apresentada.

8.1 O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Comentários gerais e sugestões:

APÊNDICE H- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- PAIS E CUIDADORES

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Eu, Kely Vanessa Leite Gomes da Silva, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC- URCA) e orientanda da Profa. Dra. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças, venho por meio deste convidá-lo a participar como especialista de uma pesquisa intitulada "**Construção e validação de cartilha para pais e cuidadores de crianças com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de TDAH**". Como o objetivo do estudo é construir e validar uma cartilha educativa para orientação dos pais e cuidadores sobre TDAH em crianças, é necessário submeter o material educativo à avaliação por parte de um grupo de familiares de crianças com TDAH, os quais foram selecionados com base em critérios pré-estabelecidos, sendo o (a) senhor(a) considerado(a) correspondente aos requisitos para participação deste grupo.

O objetivo do estudo é construir e validar uma cartilha educativa voltada para a orientação dos pais e cuidadores sobre TDAH. Logo, peço sua colaboração nesta pesquisa para saber se o material está adequado para ser utilizado pelos familiares de crianças e se você consegue entender o que está escrito no material educativo. Se não estiver entendendo, gostaria de ter a sua ajuda no sentido de trocar as palavras difíceis por outras mais fáceis.

Sua participação acontecerá nas seguintes atividades: leitura do material e o registro de suas sugestões para facilitar o entendimento do que está escrito no material educativo. Após a aceitação, o (a) senhor (a) receberá uma cópia da cartilha e o instrumento de avaliação.

Convido o (a) senhor (a) a participar do presente estudo. Sua participação é livre e exigirá disponibilidade de tempo para ler a cartilha e responder o instrumento de avaliação. É garantido o direito e a liberdade de negar-se a participar do estudo ou retirar o seu consentimento quando desejar, sem ter qualquer prejuízo. Vale ressaltar também que o (a) senhor (a) não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa e que a mesma não trará riscos e desconfortos nem despesas ou ajuda financeira para o sujeito da pesquisa.

Os dados obtidos serão mantidos em sigilo e utilizados somente para a elaboração desta pesquisa. Os resultados serão organizados e apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais e publicados em revistas científicas pertinentes. Dou-lhe a segurança de que a

qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer.

Em caso de dúvidas com relação aos aspectos éticos do projeto entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri pelo telefone (88) 31-21212 ou na sede, situada à Rua Rua Cel. Antônio Luis, 1161 - 63.100-000 - Pimenta - Crato/CE.;Att.,CEP/URCA. A pesquisadora responsável também poderá ser consultada. Segue abaixo os dados da pesquisadora:

Nome: Cristiana Brasil de Almeida Rebouças. **Instituição:** Universidade Federal do Ceará. **Endereço:** Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. **CEP:** 60430-160. **Telefone para contato:** 085 86976766. **E-mail:** cristianareboucas@yahoo.com.br.

Nome: Kely Vanessa Leite Gomes da Silva. **Instituição:** Universidade Regional do Cariri. **Endereço:** Rua Rua Cel. Antônio Luis, 1161 - 63.100-000 - Pimenta - Crato/CE. **Telefone para contato:** 088 9- 8818-1499. **E-mail:** kelyvanessa@hotmail.com

Assinatura da pesquisadora
Enfermeira doutoranda da UFC URCA

TERMO DE CONSETIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, número do RG; Órgão expedidor (_____) declaro que tomei conhecimento do estudo acima mencionado, tendo sido devidamente esclarecido (a) da sua finalidade, das condições de minha participação e dos aspectos legais, portanto concordo voluntariamente em participar. Declaro ainda que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que respondem por completo minhas dúvidas. Declaro também estar recebendo uma cópia deste termo. _____, ___ de _____ de 2018.

Assinatura do participante

APÊNDICE I- INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DA APARÊNCIA- PAIS E CUIDADORES

PARTE I

Nome: _____ Sexo: 1.F() 2.M()
 Idade: _____ Religião: _____ Escolaridade: _____
 Estado civil: 1.Solteiro () 2. Casado () 3.Divorciado 4.Viúvo ()
 Cor: 1. Branca () 2. Negra () 3. Parda () Profissão/Ocupação: _____
 Renda familiar (em salários mínimos): _____
 Idade do filho: _____ Qual o diagnóstico médico: _____
 Doenças prévias da criança: _____

PARTE II

INSTRUÇÕES:

Por gentileza, leia a cartilha. Em seguida analise o instrumento, marcando com um “X” em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo:

VALORAÇÃO	CÓDIGO
Discordo totalmente	1
Discordo	2
Neutro	3
Concordo	4
Concordo totalmente	5

Se necessário, expresse sua opinião e dê sugestões para o aperfeiçoamento da cartilha educativa. Desde já agradeço a colaboração.

1- OBJETIVOS: Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da cartilha educativa.

1.1 Atende aos objetivos dos pais quantos aos cuidados sobre a TDAH (a cartilha trata de assuntos necessários para os pais e cuidadores).	1	2	3	4	5
1.2 A cartilha poderá ajudar a cuidar do filho com TDAH.	1	2	3	4	5
1.3 É capaz de promover reflexão sobre os cuidados necessários a criança com TDAH.	1	2	3	4	5

Comentários gerais e sugestões:

2- ORGANIZAÇÃO: Refere-se forma de apresentar as orientações. Isso inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1 A capa da cartilha educativa está atraente e indica o conteúdo do material.	1	2	3	4	5
2.2 O tamanho do título e dos conteúdos nos tópicos está adequado.	1	2	3	4	5
2.3 Os tópicos apresentam uma sequência lógica	1	2	3	4	5
2.4 Há coerência entre as informações da capa, apresentação, sumário e conteúdo da cartilha.	1	2	3	4	5
2.5 O papel do material está apropriado.	1	2	3	4	5
2.6 O número de páginas está adequado.	1	2	3	4	5
2.7 Os temas retratam aspectos-chave importante	1	2	3	4	5

Comentários gerais e sugestões:

3- LINGUAGEM: Refere-se à característica linguística, compreensão e estilo da redação e dos conceitos abordados na cartilha educativa apresentada.

3.1 A escrita está em estilo adequado	1	2	3	4	5
3.2 O texto é vívido e interessante. O tom é amigável.	1	2	3	4	5
3.3 O vocabulário é acessível	1	2	3	4	5
3.4 Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva.	1	2	3	4	5
3.5 Há associação entre o tema de cada sessão e o texto correspondente.	1	2	3	4	5
3.6 O texto está claro.	1	2	3	4	5

Comentários gerais e sugestões:

4- APARÊNCIA: Refere-se à característica que avalia o grau de significação da cartilha educativa apresentada.

4.1 As ilustrações são simples.	1	2	3	4	5
4.2 As páginas ou sessões parecem organizadas.	1	2	3	4	5
4.3 O número de figuras é suficiente.	1	2	3	4	5

4.4 As figuras correspondem aos conteúdos ilustrados	1	2	3	4	5
4.5 As figuras são autoexplicativas	1	2	3	4	5
4.6 As figuras são provocadoras de perguntas sobre a temática					5

Comentários gerais e sugestões:

5- MOTIVAÇÃO: Refere-se à capacidade do material em causar algum impacto, motivação e/ou interesse, assim como ao grau de significação do material educativo apresentado.

5.1 A cartilha é apropriada para a sua idade, sexo e cultura.	1	2	3	4	5
5.2 A cartilha apresenta lógica.	1	2	3	4	5
5.3 A cartilha desperta interesse e curiosidade.	1	2	3	4	5
5.4 A cartilha aborda os assuntos necessários para os familiares	1	2	3	4	5
5.5 As informações contidas na cartilha são importantes para o cuidado da criança com TDAH.	1	2	3	4	5
5.6 A cartilha propõe adquirir conhecimento para realizar o cuidado com a criança com TDAH.	1	2	3	4	5
5.7 A interação é convidada pelo texto (os leitores são estimulados a discutir problemas e soluções). A cartilha sugere ações	1	2	3	4	5

Comentários gerais e sugestões:

6- ADEQUAÇÃO CULTURAL: Refere-se à adequação do material relacionada às experiências do público-alvo.

6.1 Após a leitura da cartilha, você a indicaria para a familiares de crianças com TDAH, considerando os contextos socioeconômico e cultural da população.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Comentários gerais e sugestões:

APÊNDICE J- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- PAIS E CUIDADORES

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Eu, Kely Vanessa Leite Gomes da Silva, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC- URCA) e orientanda da Profa. Dra. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças, venho por meio deste convidá-lo a participar como especialista de uma pesquisa intitulada "**Construção e validação de cartilha para pais e cuidadores de crianças com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de TDAH**". Como o objetivo do estudo é construir e validar uma cartilha educativa para orientação dos pais e cuidadores sobre TDAH em crianças, é necessário submeter o material educativo à avaliação por parte de um grupo de pais e cuidadores de crianças com TDAH, os quais foram selecionados com base em critérios pré-estabelecidos, sendo o (a) senhor(a) considerado(a) correspondente aos requisitos para participação deste grupo.

O objetivo do estudo é construir e validar uma cartilha educativa voltada para a orientação dos pais e cuidadores sobre TDAH. Logo, peço sua colaboração nesta pesquisa para saber qual o conhecimento que o sr (a) tem sobre TDAH antes e após a entrega do material educativo. Se não estiver entendendo, gostaria de ter a sua ajuda no sentido de trocar as palavras difíceis por outras mais fáceis.

Sua participação acontecerá nas seguintes atividades: entrevista sobre o seu conhecimento sobre TDAH (conceito, sintomas, local onde buscar tratamento, como funciona o tratamento e orientações de cuidados), entrega e explicação da cartilha e nova entrevista após 15 dias. Após a aceitação, o (a) senhor (a) receberá uma cópia da cartilha e disponibilizará um telefone para contato e posterior realização de nova entrevista.

Convido o (a) senhor (a) a participar do presente estudo. Sua participação é livre e exigirá disponibilidade de tempo para ler a cartilha e responder o instrumento de avaliação. É garantido o direito e a liberdade de negar-se a participar do estudo ou retirar o seu consentimento quando desejar, sem ter qualquer prejuízo. Vale ressaltar também que o (a) senhor (a) não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa e que a mesma não trará riscos e desconfortos nem despesas ou ajuda financeira para o sujeito da pesquisa.

Os dados obtidos serão mantidos em sigilo e utilizados somente para a elaboração desta pesquisa. Os resultados serão organizados e apresentados em eventos científicos nacionais e

internacionais e publicados em revistas científicas pertinentes. Dou-lhe a segurança de que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer.

Em caso de dúvidas com relação aos aspectos éticos do projeto entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri pelo telefone (88) 31-21212 ou na sede, situada à Rua Rua Cel. Antônio Luis, 1161 - 63.100-000 - Pimenta - Crato/CE.;Att.,CEP/URCA. A pesquisadora responsável também poderá ser consultada. Segue abaixo os dados da pesquisadora:

Nome: Cristiana Brasil de Almeida Rebouças. **Instituição:** Universidade Federal do Ceará. **Endereço:** Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. **CEP:** 60430-160. **Telefone para contato:** 085 86976766. **E-mail:** cristianareboucas@yahoo.com.br.

Nome: Kely Vanessa Leite Gomes da Silva. **Instituição:** Universidade Regional do Cariri. **Endereço:** Rua Rua Cel. Antônio Luis, 1161 - 63.100-000 - Pimenta - Crato/CE. **Telefone para contato:** 088 9- 8818-1499. **E-mail:** kelyvanessa@hotmail.com

Assinatura da pesquisadora

Enfermeira doutoranda da UFC URCA

TERMO DE CONSETIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, número do RG; Órgão expedidor (_____) declaro que tomei conhecimento do estudo acima mencionado, tendo sido devidamente esclarecido (a) da sua finalidade, das condições de minha participação e dos aspectos legais, portanto concordo voluntariamente em participar. Declaro ainda que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que respondem por completo minhas dúvidas. Declaro também estar recebendo uma cópia deste termo. _____, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante

APÊNDICE K- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE TDAH- PAIS E CUIDADORES

PARTE I

Nome: _____ Sexo: 1.F() 2.M()
 Idade: _____ Religião: _____ Escolaridade: _____
 Estado civil: 1.Solteiro () 2. Casado () 3.Divorciado 4.Viúvo ()
 Cor: 1. Branca () 2. Negra () 3. Parda () Profissão/Ocupação: _____
 Renda familiar (em salários mínimos): _____
 Doenças prévias da criança: _____

PARTE II

PRE-CARTILHA	POS-CARTILHA
<p>PERGUNTAS</p> <p>A. Fale o que é o TDAH para você?</p> <p>B. Descreva quais os sinais e sintomas ou comportamentos que a criança com TDAH apresenta?</p> <p>C. Descreva como conseguir o tratamento de criança com TDAH?</p> <p>D. Como é o tratamento da criança com TDAH e os profissionais envolvidos?</p> <p>E. Quais os cuidados necessários para a criança com esse transtorno?</p>	<p>A. Diante da leitura da cartilha, diga o que você entendeu sobre TDAH?</p> <p>B. Diante da cartilha você pode me dizer os comportamentos que mostram que a criança está com TDAH?</p> <p>C. Você pode me dizer onde conseguir tratamento para a criança com TDAH?</p> <p>D. Você pode me falar sobre o tratamento e quem são os profissionais que podem ajudar no tratamento da criança com TDAH?</p> <p>E. Diante do que você viu na cartilha você pode citar os cuidados que devem ser realizados para ajudar a criança a melhorar a atenção e quanto a hiperatividade/impulsividade?</p> <p>PERSUASÃO</p> <p>➤ Você pretende seguir as informações da cartilha para o cuidado da criança com TDAH?</p> <p>➤ Caso seja necessário, você informaria a outros pais a como cuidar da criança com TDAH, conforme mostra a cartilha?</p>