

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE EDUCAÇÃO – CURSO DE PEDAGOGIA

CAMILA GASPARETTO BARAZETTI

A FAMÍLIA, A ESCOLA E A CRIANÇA COM TDAH

SÃO PAULO

2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE EDUCAÇÃO – CURSO DE PEDAGOGIA

CAMILA GASPARETTO BARAZETTI

A FAMÍLIA, A ESCOLA E A CRIANÇA COM TDAH

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Pedagogia, como exigência parcial para obtenção do diploma de Pedagogo, da Faculdade de Educação, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP.

Orientadora: Profa. Dra. Alda Luiza Carlini

SÃO PAULO

2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO – CURSO DE PEDAGOGIA

CAMILA GASPARETTO BARAZETTI

A FAMÍLIA, A ESCOLA E A CRIANÇA COM TDAH

BANCA EXAMINADORA

Presidente e orientador: Profa. Dra. _____

Examinador: Prof. Dr. _____

São Paulo, de _____ de 2010

SÃO PAULO

2010

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que iluminou minha trajetória durante os quatro anos da faculdade e guiou minha caminhada por essa estrada.

A minha família, pela força e incentivo aos estudos e ao trabalho.

A minha orientadora, Profa. Dra. Alda Luiza Carlini, pela paciência, dedicação e apoio durante a elaboração do trabalho.

Às minhas amigas e colegas de curso, pelos quatro anos de aprendizagem e diversão.

DEDICATÓRIA

"Aos professores, fica o convite para que não descuidem de sua missão de educar, nem desanimem diante dos desafios, nem deixem de educar as pessoas para serem "águias" e não apenas "galinhas". Pois, se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela, tampouco, a sociedade muda".(Paulo Freire).

RESUMO

BARAZETTI, Camila Gasparetto. **A família, a escola e a criança com TDAH.** 2010. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Educação, Curso de Pedagogia, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP. 2010.

Esta pesquisa, escrita em forma de trabalho de conclusão de curso de Pedagogia, tem por objetivo apresentar informações sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), entre elas: características, definição, causas e comorbidades. Ressalta como é feito o diagnóstico, a importância da participação dos envolvidos com a criança nesse processo e os tratamentos adequados a esse transtorno. Busca também o histórico do transtorno, como foi descoberto e as diferentes nomenclaturas usadas desde então. Além disso, contribui para a formação de profissionais com dicas e intervenções que podem ser utilizadas em sala de aula. Em quatro capítulos, estão elucidadas as ideias dos principais autores que já estudaram esse transtorno e seus subtipos.

PALAVRAS-CHAVE: transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, causas e características do TDAH, diagnóstico e tratamento do TDAH.

ABSTRACT

BARAZETTI, Camila Gasparetto. **A família, a escola e a criança com TDAH.** 2010. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Educação, Curso de Pedagogia, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP. 2010.

This research, written as a Senior Research Project for Education, aims to present information about the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), including: characteristics, definition, causes, and comorbidities. Underscores how the diagnosis is made, the importance of participation of those involved with the child in the process and appropriate treatment in bipolar disorder. Search also the history of the disorder, as was discovered and the different nomenclatures used since. Moreover, it contributes to the formation of professionals with tips and interventions that can be used in the classroom. In four chapters, the ideas are elucidated by major authors who have studied this disorder and its subtypes.

KEY WORDS: attention deficit disorder and hyperactivity, causes and characteristics of ADHD, diagnosis and treatment of ADHD.

SUMÁRIO

Introdução 09

Capítulo 1

O transtorno.....11

Capítulo 2

Comorbidades..... 24

Capítulo 3

Tratamento..... 43

Capítulo 4

O TDAH nos diferentes cenários..... 51

Considerações Finais 62

REFERÊNCIAS

INTRODUÇÃO

Uma questão que tem sido muito pesquisada por profissionais da educação é a dos transtornos (de aprendizagem, de habilidades motoras e da comunicação e linguagem) e problemas de conduta. Os transtornos de aprendizagem caracterizam-se por dificuldades na leitura e na escrita e/ou na aprendizagem matemática. Já os transtornos de habilidades motoras são aqueles em que a coordenação motora da criança está abaixo do esperado para a idade e ela necessita de ajuda para realizar as atividades cotidianas básicas (como sentar, engatinhar, levantar). Por último, os transtornos de linguagem, que aparecem na fala das crianças que possuem vocabulário limitado, erros na conjugação de verbos e dificuldades para formular frases que possuam sentido.

Não é difícil achar mais de um desses transtornos em uma criança e, na maioria das vezes, eles estão associados ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Hoje, considera-se que o déficit de atenção e hiperatividade, os transtornos de aprendizagem e os problemas de conduta ou agressividade são três entidades diferentes, embora tenham sintomas parecidos ou possam aparecer em comorbidade.

Decidi estudar esse transtorno, em especial, porque durante o ano de 2009 acompanhei uma menina de 4 anos que apresentava muitos sintomas de TDAH, mas por causa de sua faixa etária ainda não era diagnosticada. A orientadora educacional da instituição onde trabalho e a professora da sala me deram instruções básicas para lidar com aquela inclusão. A situação gerou interesse em conhecer mais sobre o TDAH, suas causas, características e tratamentos, mas principalmente para ter mais condições de atuar com aquela criança dentro da sala de aula.

O TDAH é um transtorno de base neurológica, que afeta de 3 a 5% das crianças entre 7 e 17 anos, embora sintomas possam ser percebidos antes, em particular, a falta de atenção e hiperatividade, a impulsividade. As crianças com esse transtorno têm manifestações comportamentais, cognitivas e emocionais. Cerca de 50% das crianças com déficit de atenção e hiperatividade apresentam

sinais neurológicos menores. Alguns autores preferem denominar essas crianças como “crianças com disfunção cerebral”.

O diagnóstico deve ser realizado por uma equipe de profissionais (professores, psicólogos, neurologistas, fonoaudiólogos, psicopedagogos) e também pela família, que tem um papel imprescindível na descoberta dos sintomas que representam o cotidiano da criança.

Os programas de intervenção devem ser elaborados e realizados de forma individualizada, devem incluir todas as áreas afetadas e ser focados na criança, na família e na escola. Os tratamentos devem combinar o tratamento farmacológico, os programas cognitivo-comportamentais, os programas para pais e professores, assim como a psicoterapia, se necessário.

Com o intuito de saber mais sobre estas questões, esse trabalho tem por objetivo caracterizar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, seus tratamentos e apontar possibilidades para a família, que encontra dificuldades para lidar com essa criança em ambientes sociais diversificados. Além disso, quero contribuir para uma reflexão dos educadores sobre como atuar com uma criança TDAH em sala de aula, já que poucos profissionais o conhecem esse transtorno.

O primeiro capítulo traz informações sobre o transtorno, como o histórico, a definição, as características, as causas e os diagnósticos.

O capítulo II, “Comorbidades”, tem o objetivo de apresentar o possível aparecimento de outros transtornos psiquiátricos associados, em pacientes com o TDAH e explicá-los.

Os capítulos III e IV trazem informações sobre os tratamentos, desde a intervenção farmacológica e psicoterápica, até as dicas e interferências que podem ser feitas em casa e na escola com a criança portadora de TDAH.

CAPÍTULO I – O TRANSTORNO

DEFINIÇÃO

Quando falamos em Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (denominação dada na 4ª edição no manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV da Associação Psiquiátrica Americana - APA) estamos nos referindo a uma disfunção neurobiológica cuja base sintomatológica é a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade. Embora esses sintomas possam ser identificados em pessoas normais, os portadores apresentam esses mesmos sinais com mais frequência e intensidade do que os outros. Além disso, os sintomas devem ser ininterruptos e com duração mínima de seis meses.

Segundo Mattos (2008), “o diagnóstico de TDAH é dimensional: todo mundo tem alguns sintomas de desatenção e inquietude, mas algumas pessoas (cerca de 5% da população) têm muito mais sintomas do que os demais, desde pequenas, causando muitos problemas em sua vida”. (p. 13)

Ao contrário do que muitos pensam o TDAH não é uma doença. Trata-se de um funcionamento mental veloz e irrequieto, que na maioria das vezes não consegue se organizar. Essa desorganização leva à falta de tempo e ao maior esforço para realizar as atividades do dia-a-dia. Apesar disso, um portador de TDAH pode se apresentar hiperconcentrado em alguma atividade que lhe desperte interesse ou paixão excessiva.

Silva (2009, p. 23) diz que o uso do termo déficit de atenção pode levar a um entendimento incorreto da capacidade atenta de um TDA e, por isso mesmo, prefere usar o termo “instabilidade de atenção”, que lhe parece ser mais correto que o termo déficit, já que esse traz consigo somente a ideia pejorativa de uma deficiência absoluta e imutável.

Segundo Jones (2004, p. 15), “a hiperatividade ou Distúrbio de Déficit de Atenção por Hiperatividade (DDAH) é um distúrbio comportamental, não uma

doença. (...) Ele é encontrado nas duas classificações internacionais de distúrbios mentais e é em geral reconhecido no mundo inteiro.”

Para alcançar o nível de um transtorno reconhecido mundialmente, o TDAH, como hoje é conhecido, já foi denominado por outras nomenclaturas, desde o século XIX, em que era conhecido por termos como “idiotas loucos”, “insanidade impulsiva” e “inibição defectiva”. Nessa época, segundo Barkley (2002), o TDAH era estritamente relacionado à maneira como as crianças aprendiam a inibir seu comportamento e a aderir às regras sociais.

De acordo com Gaião e Barbosa (2001), uma das primeiras referências ao transtorno foi ilustrada por Heinrich Hoffman, um psiquiatra alemão que no ano de 1845, através de desenhos, delineou alguns sintomas de conduta de uma criança com Transtorno Hiperactivo. Entretanto, foi no ano de 1902, que George Frederic Still apresentou pela primeira vez crianças excessivamente agitadas e ativas como sendo hiperativas, com déficit de atenção, problemas de aprendizado e de conduta, caracterizando-as como tendo “defeitos mórbidos de controle moral”.

Strauss, em 1947, afirmou que estas crianças tinham uma “Lesão Cerebral Mínima”. (WEISS, 1995). Alguns anos depois, em 1962, Clement e Peters criaram um novo nome, agora como “Disfunção Cerebral Mínima”, já que alguns clínicos disseram que uma criança não podia ser rotulada como lesionada cerebral somente por causa de seu comportamento.

Em poucos anos, esse conjunto de sinais e sintomas ainda foi denominado como “Reação Hiperactiva da Infância” (DSM-II, 1968), “Síndrome Hiperactiva da Infância” (CID-9, 1975) e, depois de alguns estudos, como “Transtorno do Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade”, constando de três elementos básicos: desatenção, impulsividade e inquietação (DSM-III, 1980). Após alguns anos, o DSM-III-R (1987) novamente mudou a sua nomenclatura para “Transtorno de Déficit de Atenção por Hiperatividade” (WEISS, 1995).

Apesar de todas as modificações ocorridas na nomenclatura, hoje em dia a patologia é denominada de Transtornos Hiperactivos, de acordo com a

CID-10 (1993) e Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, segundo o DSM-IV (1995). (GAIÃO E BARBOSA, 2005).

CARACTERÍSTICAS

Os portadores de TDAH podem ser facilmente reconhecidos pelas suas características desatentas, impulsivas e/ou hiperativas. Sinais claros de inquietude, impaciência, distração e desorganização como bater os pés, sentar e levantar a todo o momento, cantar e falar sem parar, mudar de lugar constantemente, esquecer objetos importantes de uso pessoal, entre outros, são típicos.

Segundo DuPaul e Stoner (2007), outros problemas acadêmicos estão relacionados com o transtorno, como: habilidades deficientes de estudo; cadernos, carteiras e trabalhos escritos desorganizados; e falta de atenção às explicações do professor e/ou discussões em grupo (...) falar sem permissão, conversar com colegas em momentos inapropriados e ficar zangado quando confrontado com reprimendas ou tarefas frustrantes (...) sair da cadeira sem permissão, brincar com objetos inapropriados, batucar com os dedos, bater os pés ritmicamente e remexer-se na cadeira.

O transtorno é identificado por uma combinação de dois módulos de sintomas: os sintomas de desatenção e os sintomas de hiperatividade-impulsividade. A desatenção é marcada por desvios de atenção, dificuldade para prestar atenção na fala dos outros, desorganização cotidiana, tendências a interromper ou se intrometer na fala dos outros, problemas na permanência de atividades obrigatórias, entre outras.

“A mente de um TDA funciona como um receptor de alta sensibilidade que, ao captar um pequeno sinal, reage automaticamente sem avaliar as características do objeto gerador do estímulo”, afirma Silva. A autora caracteriza a impulsividade por ações como dizer o que lhes vem à cabeça, envolver-se em brincadeiras perigosas, brincar de brigar com reações exageradas, baixa tolerância à frustração, provocar situações constrangedoras,

impaciência ao esperar por alguma coisa, impulsividade para comprar, comer, jogar, etc., não seguir regras, compulsividades, ações contraditórias, hipersensibilidade, hiperreatividade, tendência a culpar os outros e mudanças repentinas de humor.

A hiperatividade é retratada naqueles que sacodem incessantemente as pernas ou os pés, rabiscam com frequência papéis a sua frente, roem unhas, mexem o tempo todo nos cabelos, “dançam” em suas cadeiras, andam aos pulos, apresentam dificuldades em permanecer sentados, costuma fazer várias coisas ao mesmo tempo, frequentemente falam sem parar e apresentam constante sensação de inquietação ou ansiedade.

Entre os sintomas de desatenção estão (Módulo A):

- Falta de atenção a detalhes e conseqüentes erros por descuido nos trabalhos escolares ou tarefas de casa;
- Dificuldades para se concentrar;
- Falta de atenção durante uma conversa;
- Dificuldades em compreender e seguir regras e instruções e/ou deixar de terminar tarefas ou trabalhos;
- Dificuldades de organização nas tarefas e atividades;
- Problemas com tarefas que exigem esforço mental prolongado;
- Perda de objetos necessários para atividades cotidianas;
- Distração devido a estímulos externos;
- Esquecer de tarefas que deveriam ser feitas no dia-a-dia.

Já os sintomas de hiperatividade-impulsividade são (Módulo B):

- Inquietude com as mãos ou os pés ou dificuldade de permanecer parado na cadeira;
- Dificuldade para permanecer sentado;
- Correr ou subir em locais e horas inadequadas;
- Dificuldade para brincar ou fazer atividades de lazer tranquilamente;

- Não consegue parar e parece estar “ligado na tomada”;
- Fala excessivamente;
- Responde a perguntas antes mesmo que elas tenham sido concluídas;
- Dificuldade em aguardar a sua vez;
- Interromper ou se intrometer nas conversas dos outros.

Existem três subtipos de TDAH:

- 1) Predominantemente desatento, se existirem pelo menos seis dos nove sintomas apresentados no Módulo A.
- 2) Predominantemente hiperativo/impulsivo, se existirem pelo menos seis dos nove sintomas apresentados no Módulo B.
- 3) Combinada, se existirem pelo menos seis sintomas de cada um dos dois módulos.

Segundo Barkley, DuPaul & McMurray (1990, apud DUPAUL E STONER, 2007), as crianças com esse transtorno exibem problemas significativos de desatenção na ausência da impulsividade e hiperatividade percebíveis e

têm maiores problemas de recuperação de memória e velocidade perceptual-motora que seus colegas impulsivos-hiperativos. Além disso, essas crianças são descritas por pais e professores como mais “arrastadas” em termos cognitivos, sonhadoras e socialmente retraídas em comparação com crianças com TDAH tipo combinado. (p. 8)

Contrastando, DuPaul e Stoner (2007, p. 8) dizem que “as crianças com a síndrome completa de TDAH exibem maiores taxas de impulsividade, hiperatividade, agressividade, desobediência e rejeição pelos colegas.” Além disso, as crianças que apresentam o tipo combinado mostram maior risco de perturbação anti-social e dificuldades do ajuste comportamental.

CAUSAS

Hoje em dia, o cérebro precisa lidar com quantidades de informação e de estímulo muito maiores que cem anos atrás, infinitamente maiores que há milhares de anos! Assim, ao mesmo tempo que a espécie evoluiu, o ambiente também se tornou mais exigente e repleto de dados para serem processados. (BARBOSA, 2009)

Muitos dizem que o TDAH não é real, já que não existe evidência de que ele esteja associado com um claro dano ou doença no cérebro. Outros dizem que deveria haver um teste ou exame para detectá-lo. Outros ainda dizem que ele não existe, visto que não há uma causa específica para ser diagnosticado.

Não existe uma “causa” única aparente do TDAH. Várias hipóteses já foram levantadas ao longo dos anos, como influências hereditárias, fatores ambientais (problemas durante o parto, substâncias ingeridas durante a gravidez, desnutrição, fumo e alcoolismo durante a gravidez, envenenamento por toxinas), fatores neuroquímicos (neurotransmissores), fatores psicossociais e estressantes, lesão cerebral, etc.

Levy et al (1997) falam do TDAH como um transtorno dimensional, ou seja, todos apresentam sintomas desse transtorno algumas vezes na vida, mas o que destaca um portador do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade dos outros é a intensidade e frequência com que isso acontece. “Essas pessoas podem estar geneticamente predispostas (por meio de diferenças neurobiológicas) a exibir esses comportamentos em uma taxa significativamente superior a outras da mesma idade e gênero”. (DUPAUL e STONER, 2007, p. 13)

INFLUÊNCIAS HEREDITÁRIAS

As influências hereditárias foram estudadas e as causas genéticas foram apontadas como uma das causas de maior probabilidade para o transtorno. “A herança genética não é o único fator determinante para o aparecimento do TDAH, mas é de longe o mais importante” (MATTOS, 2008)

Segundo Barbosa (2009),

isso é constatado por estudos epidemiológicos que mostraram uma maior incidência do problema entre parentes de crianças com TDA em comparação com parentes de crianças não TDAs. (...) Deve-se, nesse caso, afirmar que o transtorno possui um caráter hereditário, sem um grau de probabilidade determinado. (p. 214)

FATORES AMBIENTAIS

a ocorrência do TDAH está muitas vezes correlacionada a complicações durante a gravidez e no parto, inclusive com relatos de traumatismos neonatais. (...) Como exemplo dessa situação, podemos citar: hipóxia (privação de oxigenação suficiente) pré e pós-natal, traumas obstétricos, rubéola intrauterina e outras infecções, encefalite e meningite pós-natal, traumatismo cranioencefálico (TCE), deficiência nutricional e exposição a toxinas. (BARBOSA, 2009, p. 217)

Segundo Barkley (1998), algumas das teorias mais populares têm implicado fatores nutricionais, envenenamento por chumbo e exposição pré-natal a drogas ou álcool como explicação dos sintomas de TDAH. A nicotina do cigarro e as bebidas alcoólicas consumidas durante a gravidez se mostraram como causa significativa de anormalidades de desenvolvimento do núcleo caudado e regiões frontais do cérebro de crianças, áreas possivelmente afetadas pelo TDAH.

LESÃO CEREBRAL

Segundo DuPaul e Stoner (2007),

a conclusão mais prudente sobre a etiologia do TDAH é que múltiplos fatores neurobiológicos podem predispor as crianças à exibição de taxas mais altas de impulsividade e atividade motora, juntamente com o alcance da atenção mais curto que a

média, em comparação com outras crianças. As evidências mais promissoras apontam para uma influência hereditária que pode alterar o funcionamento cerebral (isto é, o funcionamento neuroquímico), particularmente ao sistema estriatal frontal. (p. 13)

De acordo com Barkley (2002), algumas pesquisas, no início do século XX, mostraram aos cientistas que lesões cerebrais provenientes de infecções, trauma por queda ou no crânio e complicações na gravidez ou parto, eram as principais causas dos sintomas apresentados no TDAH. Apesar disso, os pesquisadores confirmaram que a maioria dos portadores de TDAH não apresentava esse histórico e que apenas 5 a 10% das crianças desenvolveram o TDAH devido a algum tipo de lesão cerebral. Mesmo assim, os cientistas não descartaram a possibilidade de haver algo disruptivo no desenvolvimento dessa porção do cérebro.

Com base em diversos estudos realizados por meio de exames de neuroimagem,

as conclusões foram unânimes em descrever uma hipoperfusão cerebral localizada mais significativamente na região pré-frontal e pré-motora do cérebro. Essa hipoperfusão significa que a região frontal, nas pessoas com TDA, recebe um menor aporte sanguíneo do que deveria e, como consequência, há uma diminuição do metabolismo nesta área, que, ao receber menos glicose (oriunda do sangue), terá menos energia e funcionará com seu desempenho reduzido. (BARBOSA, 2009, p. 215)

FATORES NEUROQUÍMICOS

O transtorno do déficit de atenção deriva de um funcionamento alterado no sistema neurobiológico cerebral. Isso significa que substâncias químicas produzidas pelo cérebro, chamadas neurotransmissores, apresentam-se alteradas quantitativa e/ou qualitativamente no interior dos sistemas cerebrais, que são

responsáveis pelas funções da atenção, impulsividade e atividade física e mental no comportamento humano. Trata-se de uma disfunção, e não de uma lesão, como anteriormente se pensava. (BARBOSA, 2009, p. 213).

Segundo Mattos (2008), algumas teorias sugerem que o transtorno é chamado de poligênico, porque vários genes em conjunto, somados, estão em sua origem. Esses genes estão relacionados à produção de dopamina e noradrenalina, substâncias existentes no sistema nervoso, que permitem a comunicação entre as células nervosas.

Tannock (1998) realizou estudos usando técnicas de imagens estruturais (ressonância magnética – IRM) e funcionais (tomografia por emissão de pósitrons – TEP). O resultado indicou diferenças importantes e possíveis anormalidades na parte frontal do cérebro (córtex frontal) de portadores de TDAH, onde também estão presumivelmente “menos disponíveis” os principais neurotransmissores.

FATORES PSICOSSOCIAIS

O ambiente psicossocial é extremamente importante para tentar diagnosticar a causa do TDAH. Crianças que vivenciaram perdas, separações ou outros momentos marcantes em suas vidas já apresentavam alguns sintomas característicos desse transtorno, antes mesmo desses fatos.

Os estressores sociais devem contribuir de alguma forma para o desenvolvimento ou gravidade dos sintomas, já que os sintomas de TDAH são intensificados por estresse, por situações não-estruturadas e por exigências complexas por desempenho. (HIPERATIVIDADE/TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO, 2010)

De acordo com Kaplan, Sadock e Grebb (1997), os acontecimentos psíquicos estressantes e outros fatores indutores de ansiedade contribuem para a iniciação ou perturbação do TDAH.

DIAGNÓSTICOS

“Para que se estabeleça um bom diagnóstico é necessário conhecer o desenvolvimento individual da criança, bem como assisti-la com uma abordagem especializada e multidisciplinar, que vá além da farmacológica.” (MALUF, 2009, p. 12-13)

O diagnóstico de qualquer distúrbio ou transtorno educacional especial deve ser realizado por uma equipe de profissionais visando uma avaliação psicopedagógica, cognitiva e neuropsicológica. Segundo Silva, os critérios de identificação de uma pessoa TDA são um grande desafio, visto que não se dispõe de um teste ou exame específico que identifique o transtorno.

De acordo com DuPaul (1992, apud DUPAUL e STONER, 2007, p. 28) existem cinco estágios para a avaliação de uma criança com TDAH:

1. Triagem: classificação dos sintomas de TDAH pelo professor:

A triagem deve observar a atenção do aluno durante as instruções, a conclusão das tarefas, a incapacidade de permanecer sentado, a exibição de comportamentos impulsivos em horas inapropriadas e a frequência, a intensidade e a duração que os sintomas de TDAH apresentam naquele aluno. “Se seis ou mais sintomas de desatenção e/ou seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade ocorrem com frequência segundo o relato, então uma avaliação adicional do TDAH é indicada” (DUPAUL e STONER, 2007, p. 30)

2. Avaliação multimodal do TDAH: entrevistas com pais e professores; avaliações de registros escolares; escalas de avaliação do comportamento; observações do comportamento na escola e dados de desempenho acadêmico.

A avaliação deve ser feita pelo histórico familiar e escolar do portador de TDAH. Para isso é necessário realizar uma entrevista com os pais e professores da criança, para especificar os comportamentos inadequados, identificar possíveis antecedentes familiares e possíveis consequências para os determinados comportamentos.

Os questionários fornecem dados específicos com relação à frequência, intensidade e duração das atitudes indesejadas. Além disso, tanto os professores, quanto os pais e pessoas que convivem com a criança devem observar os comportamentos em diversos ambientes, já que, segundo a *American Psychiatric Association – APA (1994)* através de seu *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders (DSM IV)*, uma das características do TDAH é que “algum prejuízo, devido aos sintomas, deve estar presente em pelo menos dois contextos (por ex., em casa e na escola ou trabalho).”

Cabe ao professor descrever as dificuldades comportamentais, cognitivas e sociais. A finalização de trabalhos em sala de aula, a organização dos materiais e a aquisição de habilidades escolares também deve ser avaliada. “Uma queixa frequente dos professores é que as crianças com TDAH têm carteiras desorganizadas e bagunçadas, com perda resultante dos materiais da tarefa e de texto.” (DUPAUL e STONER, 2007, p. 39)

Além disso, é de extrema importância tentar avaliar se a criança possui comportamentos associados a outros tipos de transtorno, para analisar o conjunto de problemas e ter certeza de que os sintomas de TDAH não são apenas manifestação de outro distúrbio ou se também existem sintomas de outros transtornos, em comorbidade com o TDAH. Segundo DuPaul e Stoner (2007, p. 36), “a observação direta do comportamento do aluno em várias ocasiões e em diversos ambientes e situações é um dos melhores métodos para esse fim.”

Os registros escolares devem ser analisados com o intuito de apontar o início das dificuldades relacionadas ao TDAH em sala de aula, pois “alguns dos sintomas hiperativo/impulsivo que causam prejuízo devem ter estado presentes antes dos sete anos.” (*Diagnostic and Statistical Manual of Disorders (DSM IV)*).

Aos pais fica incumbida a tarefa de observar os comportamentos da criança em outro ambiente, sem ser o escolar, verificar a assiduidade e intensidade das atitudes e ajudar no processo de identificação de possíveis comorbidades, além é claro de tentar investigar o histórico familiar para detectar prováveis casos de TDAH.

Para a realização deste primeiro diagnóstico, é necessário utilizar instrumentos confiáveis e que permitam quantificar os comportamentos, como por exemplo, o Questionário Abreviado de Conners para Pais e Professores.

3. Interpretação dos resultados: número de sintomas de TDAH, desvio das normas para idade e gênero, idade de início e cronicidade, abrangência entre situações, grau de deficiência funcional e eliminação de outros transtornos.

Neste estágio, todos os dados levantados no item anterior devem ser analisados com precisão, pois eles serão de extrema importância para dizer se o diagnóstico é válido ou não. As crianças com o possível transtorno devem ser comparadas a outras da mesma idade e sexo. “A criança com TDAH deve exibir comportamentos desatentos, impulsivos e/ou inquietos em uma frequência significativamente superior à dos colegas.” (DUPAUL e STONER, 2007, p. 42). Além disso, é necessário ter o mínimo de exatidão em relação ao início da manifestação dos sintomas. “O início dos sintomas de TDAH deve ter ocorrido antes dos sete anos de idade (American Psychiatric Association, 2000) e deve ocorrer diariamente há no mínimo um ano.” (BARKLEY, 1998, apud DUPAUL e STONER, 2007, p. 42).

Ao final desta etapa, o médico que está cuidando do caso deve redigir um relatório por escrito descrevendo os resultados e recomendações para a escola e para os pais.

4. Desenvolvimento de um plano de tratamento, baseado em: gravidade dos sintomas de TDAH, análise funcional do comportamento, presença de transtornos associados, resposta ao tratamento prévio, recursos baseados na comunidade.

Através do diagnóstico do médico (tipo predominantemente desatento, tipo predominantemente hiperativo/impulsivo ou tipo combinado) e de suas recomendações é necessário que as intervenções sejam voltadas, principalmente, para a modificação de comportamentos inadequados.

Embora um objetivo explícito do programa de intervenção seja diminuir a frequência de diversos comportamentos

relacionados ao TDAH (por exemplo, desatenção aos materiais ligados à tarefa), a ênfase primária recai sobre a melhora de competências em diversas áreas e a melhor comportamental, acadêmica e do ajuste social. (DUPAUL e STONER, 2007, p. 45)

O que se espera com esse tratamento é que a criança consiga realizar seus trabalhos individualmente, que ela obedeça às instruções do professor (ou dos pais) e interaja de forma positiva com seus colegas. Uma das questões que devem ser abordadas nessa etapa é a presença de transtornos adicionais de comportamento ou de aprendizagem. É neste estágio também que o médico e a família decidem se o portador do transtorno precisa ou não tomar medicamentos.

A autora do livro **Mentes Inquietas** dá uma dica: “(...) na hora de escolher um médico e/ou terapeuta, certifique-se de que possuem profundo conhecimento sobre TDA.” (BARBOSA, 2009, p. 238) Essa confiança no profissional da saúde que cuida do paciente é fundamental para que juntos – pais, professores, médicos – possam elaborar o melhor plano de tratamento.

5. Avaliação do plano de tratamento: coleta periódica de dados de avaliação e revisão do plano de tratamento.

A última etapa do diagnóstico consiste em avaliar o plano de tratamento e analisar os procedimentos de intervenção que estão sendo praticados.

Se a intervenção é implementada de acordo com o desenho e ocorre alteração comportamental consistente, então as mudanças na intervenção ou na maneira como é implementada são cruciais para o processo de tratamento e ambas estão inevitavelmente ligadas. (DUPAUL e STONER, 2007, p. 48)

CAPÍTULO 2 – COMORBIDADES

“Co-morbidade é o termo utilizado para designar a ocorrência de dois ou mais transtornos em um mesmo indivíduo” (Souza e Pinheiro, 2003, p. 85). O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade pode ser confundido ou estar associado a outros transtornos, tais como:

1. Transtornos Invasivos: Autismo, Transtorno (ou Síndrome) de Asperger, Transtorno (ou Síndrome) de Tourette;
2. Transtornos Disruptivos do Comportamento: Transtorno de Conduta (TC), Transtorno Opositor Desafiante (TOD), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC);
3. Transtornos de ansiedade: Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Síndrome do Pânico e Fobias;
4. Transtornos do humor: Transtorno Bipolar e Depressão;
5. Transtornos do aprendizado e de linguagem: Transtorno de Leitura ou Dislexia, Transtorno da Matemática ou Discalculia, Transtorno da Expressão Escrita ou Disortografia, Disgrafia, Dispraxia e Transtornos Abrangentes (dificuldades de expressão oral, problemas com a coordenação motora e comportamentos com manias/tiques);
6. Outros transtornos: Transtornos Alimentares, Transtornos do Sono, Enurese (xixi na cama), enxaqueca, abuso de drogas ou álcool, retardo mental, deficiência auditiva (Transtorno do Processamento Auditivo – PAC).

(...) em grande parte dos casos, o TDA não vem sozinho. Ele pode vir em dupla, em trio e, o que felizmente não é comum, até em bando. O que significa isso? Estamos falando de algo que, em psiquiatria, chama-se comorbidades. Ou seja, um ou mais transtornos psiquiátricos em coexistência com um transtorno primário (de base). (BARBOSA, 2009, p. 153)

2.1 – TDAH COM TRANSTORNOS INVASIVOS

Essa categoria engloba alguns transtornos caracterizados por um atraso simultâneo no desenvolvimento de funções básicas, incluindo socialização e comunicação. Como visto anteriormente, o TDAH também apresenta alguns problemas com relação à sociabilidade: “O TDAH pode ocasionar dificuldades na manutenção de amizades” (MATTOS, 2008, p. 78).

2.1.1 – AUTISMO

Segundo a definição da CID-10 (2000), o autismo infantil é

um transtorno global do desenvolvimento caracterizado por: a) um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e b) apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de inúmeras outras manifestações inespecíficas, por exemplo: fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (auto-agressividade).

As manifestações variam imensamente e dependem do nível de desenvolvimento e da idade do portador. É mais comum no sexo masculino do que no feminino. Os sintomas (causados por disfunções físicas do cérebro) são: distúrbios no ritmo de aparecimento de habilidades físicas, sociais e linguísticas; funções (visão, audição, tato, olfato, gustação) e ações (dor, equilíbrio, maneira de manter o corpo) afetadas; fala e linguagem ausentes ou atrasadas; fala imatura; limitada compreensão de ideias; uso de palavras sem significação; relacionamento anormal com pessoas; respostas inapropriadas a adultos e crianças, entre outros.

Entre as condições que podem estar associadas ao autismo, estão alguns dos sintomas de TDAH, como por exemplo, acessos de raiva, agitação,

agressividade, déficits de atenção, hiperatividade, impulsividade, irritabilidade, entre outros.

diferenciar comportamentos que são uma manifestação de TDAH ou de outros transtornos (por exemplo, autismo) é particularmente difícil, uma vez que nessa idade há uma variabilidade natural em termos de desenvolvimento de habilidades e capacidades. Portanto, a triagem e o diagnóstico de TDAH em crianças pequenas devem ser conduzidos de modo observador, mas com uma consideração simultânea sobre questões ligadas ao desenvolvimento. (DU PAUL e STONER, 2007, p. 102)

2.1.2 – TRANSTORNO DE ASPERGER

É uma forma branda de autismo (...), a criança com a síndrome de Asperger em geral é tímida, fala e se comporta de maneira afetada, gosta de rotina e acha difícil sentir empatia pelos outros. Essas crianças podem desenvolver interesses e *hobbies* obsessivos. (JONES, 2004, p. 31)

Os portadores desse transtorno são extremamente inteligentes, mas geralmente se deparam com problemas para se comunicar com outros. Com frequência apresentam dificuldades emocionais e sociais duradouras.

Quando um portador de TDAH apresenta comportamentos nitidamente diferentes (com manias ou rituais), sem desejo de interação com os demais e dificuldades para se expressar oralmente, deve-se pensar na presença associada de um dos dois transtornos citados acima.

2.1.3 – TRANSTORNO DE TOURETTE

Segundo Jones, o transtorno de Tourette,

É um distúrbio neurológico causado pelo metabolismo anormal de dopamina, um neurotransmissor no cérebro. É um quadro

herdado (...) começa com sintomas semelhantes aos do DDAH, em seguida começam a surgir os tiques característicos, sobre os quais a criança não tem controle. (2004, p. 29).

Entre os tiques citados pela autora estão: fazer caretas, piscar os olhos, encolher os ombros, sacudir a cabeça, cuspir, coçar o nariz, movimentar os pés, andar de forma estranha, resmungar, tossir, fungar, vociferar, repetir palavras ou sons feitos pelos outros, xingar, etc.

2.2 – TDAH COM TRANSTORNOS DISRUPTIVOS DO COMPORTAMENTO

Segundo os manuais de classificação psiquiátrica (CID 10 e DSM IV), todas as crianças e adolescentes até 18 anos que cronicamente ameaçam, intimidam, agredem e incomodam os outros, bem como aqueles que violam normas sociais, recebem o diagnóstico de Transtornos Disruptivos do Comportamento.

“as crianças com TDAH do tipo combinado são mais propensas que seus colegas com TDAH com predomínio da desatenção a serem diagnosticadas com outros transtornos de comportamento disruptivo.” (BIEDERMAN, 1998; ROHDE e cols., 1998 e 2000; BIEDERMAN e cols., 1999; PFIFFNER e cols., 2000).

2.2.1 – TRANSTORNO DESAFIADOR DE OPOSIÇÃO (TOD)

(...) apresentam comportamentos negativistas, desafiadores, hostis e de desrespeito a figuras de autoridade (pais, familiares, professores) e a regras estabelecidas. São teimosos ao extremo e relutam em obedecer às ordens ou negociar com os adultos ou colegas. (BARBOSA, 2009, p. 168)

As crianças diagnosticadas com esse transtorno apresentam baixa auto-estima, já que são punidas, na maioria das vezes que não apresentam comportamentos adequados.

A maioria dos estudos em pacientes com TDAH encontra níveis de 35 a 65% de ocorrência co-mórbida com o TOD. Segundo estudos realizados por Souza e colaboradores, no Rio de Janeiro em 2001, “encontrou-se uma taxa de 21% de TOD em pacientes com TDAH” (p. 86). Outro estudo realizado por Biederman e cols., em 1991, “foram encontradas taxas de 63% de TDO em meninos e de 32% em meninas, demonstrando uma taxa significativamente maior da co-morbidade no sexo masculino” (p. 86).

Além da prevalência para o sexo masculino, a relação entre os transtornos disruptivos do comportamento e do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade não termina aqui.

Outro fator determinante na prevalência dos dois diagnósticos de forma concomitante é o tipo de TDAH. Willcutt e colaboradores (1999), (...) concluíram que os sintomas de hiperatividade e impulsividade eram associados mais fortemente com TOD e TC, e que o tipo combinado era mais associado à TDO e TC que os tipos predominantemente desatento e hiperativo. (p. 87)

2.2.2 – TRANSTORNO DE CONDUTA (TC)

O TC se caracteriza por um padrão de comportamento em que se desrespeitam os direitos básicos dos outros, tais como a integridade física e a propriedade. (...) aqui as alterações de conduta se manifestam (...) pela presença frequente de comportamentos francamente anormais, tais como assalto e destruição de propriedade alheia. (SOUZA e PINHEIRO, 2003, p. 88)

Alguns comportamentos como abuso sexual, fuga de casa, mentiras frequentes, roubo, crueldade com animais e pessoas são exemplos do Transtorno de Conduta.

De acordo com Souza e cols. (2001), a frequência da comorbidade entre TDAH e TC simultânea é de 20 a 50% dos casos de TDAH. Assim como com o TOD, a diferenciação entre os sexos foi grande. “De acordo com a pesquisa, cerca de 20% dos meninos com TDAH apresentavam também TC, e apenas 6% das meninas com TDAH apresentavam esse transtorno.” (p. 89)

As crianças com TDAH predominantemente hiperativas são mais impulsivas, agressivas e apresentam altas taxas de sintomas de transtorno de conduta, por outro lado, as crianças com TDAH predominantemente desatentas parecem apresentar taxas mais elevadas de ansiedade, depressão e disfunção social. (SOUZA e cols., 2001, p. 89)

2.3 – TDAH COM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Durante a infância, as crianças experimentam, em geral, alguns medos e preocupações que são compatíveis com sua faixa etária. Esses medos são transitórios e devem ser vistos como parte do desenvolvimento normal da criança. O limite, quando esses medos deixam de ser preocupações normais e passam a constituir doença. (SOUZA e PINHEIRO, 2003, p. 96)

Os Transtornos de Ansiedade, como o próprio nome já diz, têm como manifestação principal um alto nível de ansiedade. Esta, por sua vez, é caracterizada por um sentimento vago e desagradável de medo e por um estado emocional de apreensão, uma expectativa de que algo ruim aconteça acompanhado por várias reações físicas e mentais desconfortáveis.

Sintomas como parecer envergonhado ao fazer perguntas e comentários, ansiedade na realização de exercícios e avaliações e preocupação excessiva com resultados e notas devem ser analisados. Se o

professor perceber alguma das características acima deve pensar na possível comorbidade do TDAH com um dos transtornos abaixo:

2.3.1 – TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)

Apesar das diferenças conhecidas entre TDAH e TOC, a comorbidade entre os dois transtornos tem sido bastante pesquisada.

O TOC, popularmente chamado de “manias”, é um transtorno de ansiedade caracterizado por pensamentos, imagens ou ideias intrusivas e obsessivas (obsessões), de difícil controle, que causam grande sofrimento ao portador e às pessoas do seu convívio. (...) as pessoas que sofrem de TOC lançam mão de comportamentos repetitivos (compulsões) com o intuito de “neutralizar” ou prevenir as imaginárias consequências nefastas associadas aos pensamentos. (BARBOSA, 2009, p. 160).

O que pode levar um portador de TDAH a ser também um portador de TOC é o desenvolvimento de comportamentos ritualísticos para verificar possíveis sintomas do TDAH. Por exemplo, alguns dos sintomas de desatenção são a dificuldade de se organizar, a facilidade de perder objetos necessários para realizar tarefas cotidianas e o esquecimento de coisas que deveriam ser feitas no dia-a-dia.

Dessa forma, os portadores podem tentar prevenir essas situações criando formas alternativas para se lembrarem do que precisam fazer. Assim, checar a porta repetidamente para ter certeza de não ter se esquecido de fechar ou contar diversas vezes o número de objetos que tem dentro de sua bolsa para ver se não perdeu nada pode desenvolver-se como quadro associado.

2.3.2 - TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG)

Esse transtorno é caracterizado pela preocupação excessiva, incansável e interminável. O portador de TAG busca problemas, perigos e complicações a todo momento. Segundo Barbosa (2009), “é um estado constante de preocupação e alerta, uma ansiedade crônica que leva a pessoa a começar o dia em busca de algum motivo de preocupação desnecessária, não importando se o problema é trivial ou doloroso.” (p. 154).

A associação desse transtorno com o TDAH têm sido muito discutida, pois muitos acreditam que, como a pessoa com TDAH é muito distraída, um pouco de ansiedade levará o portador ter a uma estrutura de vida mais organizada, ou seja, a ansiedade envolvida direcionará a atenção do TDA. Em contraponto, o Transtorno da Ansiedade Generalizada, quando se torna crônico, faz com que o paciente volte ao ponto inicial do TDAH: falta de concentração, de memória e desconfortos físicos e mentais.

Muitos portadores de TDAH são diagnosticados quando o paciente procura ajuda para o TAG. É necessário saber distinguir os dois transtornos: a pessoa com TDAH possui picos de ansiedade, já o portador de TAG é constantemente ansioso. Se esse sintoma persiste por mais de seis meses a hipótese de comorbidade deverá ser levada em conta.

2.3.3 – SINDROME DO PÂNICO

É, com certeza, uma das comorbidades que mais assustam os médicos, já que os portadores da síndrome do pânico sofrem com esse “vício”. Um ataque deles pode durar em média de vinte a trinta minutos. Segundo Silva (2009),

Neste espaço de tempo, o indivíduo é engolido por uma espiral de sensações aterradoras: taquicardia, sudorese, náuseas, sensação de falta de ar, tremores e outras reações fisiológicas acompanhadas da angustiante impressão de que irá morrer ali naquele momento, ou perder o controle e enlouquecer. (p. 156)

As pessoas que passam por esse problema se preocupam com tudo o que pode vir a acontecer durante o dia, com medo de entrarem em crise novamente. A questão, muito discutida no TAG, volta a ser debatida e novamente é rejeitada. Não adianta tentar curar um transtorno desenvolvendo outro. “É correr em círculos, atrás da própria sombra: estará exausto, sem sair do ponto de partida.” (SILVA, 2009, p. 155)

2.3.4 – FOBIAS

Segundo Silva (2009), “entende-se por fobia o medo exagerado, desproporcional e persistente de determinados objetos e situações (fobia específica) ou de situações sociais e de desempenho (fobia social ou timidez patológica).” (p. 158).

Na chamada fobia específica, a pessoa tem medo de algum objeto ou de alguma situação específica, como animais, sangue, chuvas e tempestades, elevadores, aviões, pontes... Já na fobia social, o medo está relacionado a situações e desempenhos de contato social, com medo de ser mal-falado.

As crianças portadoras de TDAH geralmente são reprimidas por pais e professores quando cometem erros, gafes ou *micos*, podendo desencadear a fobia social.

2.4 – TDAH COM TRANSTORNOS DO HUMOR

Os Transtornos do Humor incluem os transtornos que têm como característica principal uma perturbação do humor e do afeto, que prejudica e compromete a vida social, familiar e pessoal do paciente.

“Frequentemente o TDAH não se apresenta como um transtorno isolado” (NIH – National Institute of Health, 1998).

2.4.1 – TRANSTORNO BIPOLAR

A característica mais marcante do transtorno bipolar é a intensa variação de humor, indo do poço mais funda da depressão aos píncaros da exaltação e do entusiasmo disparatados. Embora o TDA também possua mudanças de humor súbitas, o que diferencia os dois transtornos é a intensidade com que estas alterações se manifestam. (BARBOSA, 2009, p. 164)

Características como humor exaltado, euforia, agitação psicomotora, delírios e alucinações são típicas de portadores adultos com transtorno bipolar. As crianças apresentam sintomas combinados de aumento da irritabilidade com ocorrência de explosão de agressividade e felicidade. Segundo Souza e Pinheiro (2003), “o diagnóstico em crianças é difícil, uma vez que os sintomas podem ser confundidos com outros diagnósticos psiquiátricos” (p. 96).

De acordo com Tramontina e cols., “em alguns estudos clínicos, até 91% das crianças com diagnóstico de transtorno bipolar preenchem critérios para TDAH, e a ocorrência de transtorno bipolar em pacientes portadores de TDAH chega a 10%.”

É essencial lembrar que a presença da co-morbidade implica tratamento específico para o segundo diagnóstico, e sua frequente ocorrência salienta a possibilidade de que casos difíceis de TDAH possam, na realidade, representar casos co-mórbidos, para os quais ainda não há tratamento específico. (SOUZA e PINHEIRO, 2003, p. 85)

2.4.2 – DEPRESSÃO

Segundo Barbosa (2009), “o TDA, embora também tenha alguma oscilação de humor, não chega a despencar para um estado depressivo, a não ser que realmente entre em depressão.” (p. 165)

A criança com TDAH e depressão parece muito triste e desmotivada, permanecendo quieta por longos períodos, sem se envolver nas atividades ou

com os colegas. Chora com facilidade, não tem apetite, apresenta-se cansada constantemente e possui um pessimismo persistente, culpando-se por quaisquer motivos.

Não é difícil imaginar a relação entre TDAH e depressão, afinal

a pessoa com TDA, na grande maioria das vezes, tem baixa auto-estima. Ela desenvolve um baixo conceito de si mesma, não só pelas referências externas que recebeu, mas também pelas críticas, repreensões, castigos, comentários depreciativos acerca de suas características e tantos outros sinais sociais negativos. (BARBOSA, 2009, p. 162).

2.5 – TDAH COM TRANSTORNOS DO APRENDIZADO

Estes transtornos compreendem uma inabilidade específica, como leitura, escrita ou matemática, em indivíduos que apresentam resultados significativamente abaixo do esperado para seu nível de desenvolvimento, escolaridade ou capacidade intelectual. Segundo o National Joint Comitee on Learning Disabilities (1998),

dificuldade de aprendizagem é um termo geral que se refere a um grupo heterogêneo de transtornos manifestados por dificuldades significativas na aquisição e uso da escuta, fala, leitura, escrita, raciocínio ou habilidades matemáticas. Estes transtornos são intrínsecos ao indivíduo, supondo-se que são devido à disfunção do sistema nervoso central, e podem ocorrer ao longo do ciclo vital. Podem existir junto com as dificuldades de aprendizagem, problemas nas condutas de auto-regulação, percepção social e interação social, mas não constituem por si próprias, uma dificuldade de aprendizado.

Segundo a ADVANCE for Speech-Language Pathologists e Audiologists (2003), estudos determinaram a coexistência de dificuldades de aprendizado em 50 a 70% dos portadores de TDAH.

2.5.1 – DISLEXIA

Na dislexia, há dificuldade de leitura que pode ser evidenciada pela leitura em voz alta (ela é silabada, aos tropeços, com hesitações e palavras lidas incorretamente) e pela interpretação muito ruim do que foi lido (na leitura silenciosa ou em voz alta). (MATTOS, 2008, p. 115).

As principais características desse transtorno de aprendizagem são: leitura e escrita enigmáticos; confusões de letras na escrita com diferentes orientações espaciais (b/p ou b/d); alterações de letras com sons parecidos tanto na escrita quanto na leitura (d/t, j/g, s/ss, s/c); troca de palavras com estruturas semelhantes e inversão de sílabas ou palavras; eliminação ou repetição de letras, sílabas ou palavras; fragmentação incorreta e demora ao realizar cópia associada a limitações em seguir sequências.

2.5.2 – DISORTOGRAFIA

Além de a grafia ser ruim (uma mesma letra variando de forma e tamanho, sobe-e-desce montanha, uso incorreto do espaço no papel, garranchos), há dificuldade em se expressar por escrito (frases muito curtas, sem sentido, por vezes sem conjunção ou preposição, com ordem invertida de palavras, dificultando a compreensão pelos demais). (MATTOS, 2008, p. 115).

É um quadro que apresenta muitas dificuldades no aprendizado e desenvolvimento da habilidade da linguagem escrita-expressiva, associada ou não à Dislexia.

Os sintomas básicos desse TA (Transtorno de Aprendizagem) são: troca de grafemas; problemas em perceber sinalizações gráficas; dificuldades em fazer uso coordenado das orações (realizando produções textuais pobres e resumidas e textos objetivos e curtos); aglutinação e segmentação indevida das palavras; limitações quando à pontuação e sequência lógica de ideias; desorganização espacial (sem margem, letras maiúsculas e espaçamento entre as frases).

2.5.3 – DISGRAFIA

(...) manifesta-se como uma dificuldade motora na execução da escrita. As letras podem ficar ilegíveis por falta de harmonia nos movimentos. Os traços variam entre pouco precisos (muito leves) e demasiadamente fortes, a ponto de vincarem o papel. (SILVA, 2009, p. 167)

Caracteriza-se por um déficit na qualidade do traçado gráfico, gerando uma escrita muitas vezes ilegível e que compromete seu desempenho diante do ambiente escolar. Apresenta dificuldades em transcrever corretamente a linguagem oral, cometendo erros de formas e proporções das letras, aglutinações ou segmentações inadequadas e problemas de orientação espacial.

2.5.4 – DISCALCULIA

Segundo Mattos, o Transtorno da Matemática “corresponde a uma dificuldade muito grande de operar conceitos matemáticos, seja por escrito, seja oralmente” (2008, p. 116).

A Discalculia tem um diagnóstico que se refere à dificuldade em lidar com os conceitos lógico-matemáticos, considerando a idade, a escolarização e a capacidade cognitiva. As características que chamam mais atenção nesse transtorno são: erros na formação dos números associados à inversão gráfica destes signos; dificuldade para classificar números e colocá-los em sequência; inaptidão em realizar operações simples e em reconhecer os sinais matemáticos; dificuldades em transpor números para locais apropriados espacialmente nas operações, causando frequentes erros operacionais; comprometimento na memória visual de números básicos e memória auditiva de curto prazo, o que acarreta em obstáculos para realizar cálculos mentais.

Dentro desse transtorno existem diferentes subtipos de Discalculia entre eles verbal, léxica, gráfica, ideográfica, practognóstica e operacional, referente a diferentes inabilidades como: expressar verbalmente as informações lógico-

matemáticas, realizar a leitura dos dados, representação dos dados matemáticos, representação mental em nível simbólico, uso do raciocínio lógico e realização de cálculos simples.

2.5.5 – DISPRAXIA

Segundo Jones (2004), “a dispraxia é uma deficiência ou imaturidade da organização de movimento.” (p. 33). As crianças com esse TA são frequentemente desajeitadas, apresentam dificuldades para planejar ou se organizar, consideram a escrita difícil, não se lembram de ordens e instruções e possuem má coordenação.

Os sintomas da Dispraxia são facilmente confundidos com os do TDAH, visto que as crianças com esse transtorno também podem apresentar sinais semelhantes. Barbosa (2009) faz uma recomendação importante: “(...) na hora de escolher um médico e/ou terapeuta, certifique-se de que possuem profundo conhecimento sobre TDA.” (p. 238). Assim, o diagnóstico pode ser mais seguro.

2.6 – TDAH COM TRANSTORNOS DE LINGUAGEM

Segundo Mattos, existem basicamente dois tipos de transtornos de linguagem. “O primeiro é o expressivo, quando há muita dificuldade de se expressar, tanto oralmente quanto por escrito. (...) O segundo tipo é o expressivo-receptivo. Neste caso, além das dificuldades de expressão mencionadas anteriormente, há dificuldade de compreensão.” (2008, p. 116)

As crianças com esses transtornos, geralmente, começaram a falar mais tarde do que o comum; usam frases curtas apenas com substantivos e verbos, omitindo as conjunções, adjetivos, preposições e advérbios. Além disso, costumam usar algumas palavras em sentidos diferentes. O vocabulário é bem reduzido. Apesar disso, a compreensão do que lhe é dito é normal.

“O TDAH é o diagnóstico psiquiátrico mais frequente entre crianças com problemas de linguagem” (COHEN e cols., 2000, apud ROHDE, MATTOS e cols., 2003, p. 119). Diferentes estudos realizados procuram identificar os principais aspectos da linguagem associados ao TDAH. Os casos apresentam crianças com distúrbios da fala, com atraso na aquisição da linguagem, com problemas de linguagem receptiva e expressiva e com distúrbios de competência comunicativa.

A manutenção da atenção é crucial para um desenvolvimento linguístico adequado e, visto que a atenção funciona como “porta de entrada” para os inúmeros estímulos recebidos desde o nascimento, são previsíveis os problemas da criança com TDAH na área da linguagem. (ROHDE, MATTOS e cols., 2003, p. 139)

2.7 – TDAH COM OUTROS TRANSTORNOS

Além das comorbidades mais conhecidas e descritas nesse capítulo, o TDAH também pode ser associado a outros fatores, como a alimentação, ao sono, ao abuso de substâncias e até problemas auditivos.

(...) comportamentos compulsivos são um tanto comuns em quem tem TDA. As compulsões podem tanto se apresentar na forma da dedicação exagerada ao trabalho (o *workaholic*) como no uso compulsivo de cigarro, bebida, ou outras substâncias ilícitas, sexo ou ainda comida. (SILVA, 2009, p. 166)

2.7.1 – TRANSTORNOS ALIMENTARES

Muitos portadores de TDAH não conseguem se controlar na hora de comer e apresentam dificuldades em controlar o impulso de comer muito. A ansiedade pode ser um dos fatores que levam o paciente a se descontrolar na hora de se alimentar. O problema é quando isso deixa de ser uma fuga e se torna um transtorno alimentar. Segundo Silva (2009), “em alguns casos, pode

realmente existir comorbidade com algum transtorno alimentar, tais como o transtorno da compulsão alimentar, a bulimia e a anorexia nervosas.” (p. 166)

A bulimia e a anorexia não são tão corriqueiros como associações ao TDAH, em contrapartida, o transtorno da compulsão alimentar é bastante comum. O portador desse transtorno não consegue controlar seu desejo de ingerir alimentos e passa a ingerir grandes quantidades de comida, estando com fome ou não. Na maioria das vezes, a compulsão por comidas leva o paciente a procurar antes um médico especialista do que o tratamento do TDAH, já que geralmente se torna obeso.

2.7.2 – TRANSTORNOS DO SONO

“Entre os diversos tipos de distúrbios do sono, os que parecem estar mais relacionados com o TDA são: a síndrome das pernas inquietas, a síndrome dos movimentos periódicos dos membros e a apneia obstrutiva do sono.” (SILVA, 2009, p. 192)

Segundo a autora, os pacientes de TDAH se queixam de insônia e/ou cansaço durante o dia, e afirma que dormir em excesso não significa dormir bem.

O primeiro tipo de distúrbio do sono é caracterizado pela sensação desconfortável de inquietação das pernas ou braços, na forma de uma movimentação imposta ao indivíduo. Este é tomado por uma vontade irresistível de mexer as pernas. Pode se manifestar enquanto a pessoa está acordada ou dormindo.

O segundo costuma estar presente em 80% das pessoas que apresentam o primeiro. Caracteriza-se pela movimentação abrupta dos membros (braços e pernas) durante o sono, sendo que eles podem acontecer a cada 30 segundos. Os portadores geralmente acordam cansados e com a cama bagunçada, de tanto se mexer.

O último é considerado o mais sério. A apneia obstrutiva do sono tem como característica principal a interrupção da passagem de ar pelas narinas e

pela boca, causando pausas respiratórias quase sempre acompanhadas por roncos.

2.7.3 – ENURESE

“O ato de urinar na cama é conhecido na medicina como enurese.” (JONES, 2004, p. 54). Segundo a autora, uma pesquisa realizada com crianças portadoras de TDAH descobriu que entre 1.822 delas, cerca de 48% já urinaram ou urinavam na cama. Muitas vezes a enurese ocorre porque a criança não é capaz de sentir quando sua bexiga está cheia e por isso não consegue acordar. Com o passar dos anos, isso deve melhorar.

Por isso, se a criança tem até cinco anos e faz “xixi na cama”, não há motivo para preocupação, mas se um portador de TDAH, com mais de sete anos, ainda continua com esse problema, é melhor buscar orientação médica.

2.7.4 – ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

“(…) a prevalência de abuso de álcool e de drogas é de aproximadamente 10 a 30% na população geral. A prevalência entre indivíduos portadores de TDAH é significativamente maior.” (ROHDE, MATTOS e cols., 2003, p. 91)

Apesar desses dados, a utilização das drogas por portadores de TDAH tem sido bastante discutida. Se considerado o alto índice de comorbidade entre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade com o Transtorno de Conduta e que os portadores de TC, geralmente, estão ligados ao uso dessas substâncias, é possível pensar que o abuso de drogas e de álcool ocorra com mais frequência em um subgrupo de adolescentes que apresentam associação entre os dois transtornos.

Segundo Silva (2009),

assim que um TDA inicia seu contato com algum tipo de droga, o efeito da “automedicação” pode até apresentar-se de maneira eficaz (na verdade, pseudoeficaz), uma vez que drogas como a cafeína, a cocaína ou as anfetaminas fazem com que o TDA

consiga se concentrar, encadear seus pensamentos e dar continuidade às suas tarefas. (p. 176)

De acordo com a autora, a personalidade de um portador de TDAH é frágil. Eles possuem baixa auto-estima, insegurança pessoal, impaciência, baixa tolerância a frustração e impulsividade. Edward Khantzian, citado pela autora do livro **Mentes Inquietas**, afirma que os portadores procuram as drogas para aliviar maus sentimentos, melhorar o rendimento e sentir-se bem-humorados. Outro pensador citado por Barbosa, Wendy Richardson, resume a situação de risco presente na relação entre TDAH e drogas: “Automedicar TDA com álcool e outras drogas é como apagar fogo com gasolina. Sua vida pode explodir se você tentar ludibriar as chamas do TDA” (2009, p. 178)

2.7.5 – RETARDO MENTAL

As características principais de uma pessoa com retardo mental são: QI abaixo de 70-75; limitações significativas em duas ou mais áreas de habilidades adaptativas. Esses sintomas devem estar presentes antes dos 18 anos de idade.

Ao diagnosticar um paciente com TDAH, é preciso descartar a presença de retardo mental, visto que essa patologia também pode causar sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade.

2.7.6 – TRANSTORNO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO

O TPA caracteriza-se como uma deficiência em pelo menos um dos mecanismos e processos responsáveis pelos fenômenos de localização e lateralização sonora, discriminação auditiva, reconhecimento de padrões auditivos, aspectos temporais de audição e desempenho auditivo, na presença de sinais acústicos degradados.

Por esse motivo, muitos pesquisadores comentaram sobre a possível associação entre o TDAH e o TPA, já que apresentam alguns sintomas

similares como: dificuldade de atenção, distração, dificuldade em seguir instruções; necessidade de maior tempo para completar tarefas, etc.

CAPÍTULO 3 – TRATAMENTO

Como discutido no Capítulo I, o diagnóstico do TDAH é realizado em conjunto: família, escola e médicos. Após a sua confirmação, o tratamento também será realizado de forma integrada e cada subgrupo (família, escola e médicos) exerce um papel diferente, porém em direção ao mesmo objetivo.

Em primeiro lugar, o médico deve “educar” a família, por meio de informações claras e precisas a respeito do transtorno. Os familiares devem conhecer as melhores estratégias para auxiliar as crianças na organização e execução das atividades.

Cabe à escola intervir de todas as maneiras possíveis: professoras orientadas, salas de aula bem estruturadas, organização e planejamento do tempo e das atividades, rotinas diárias consistentes, ambiente escolar previsível, estratégias de ensino ativo (que envolvam a atividade física no processo de aprendizagem) e outros aspectos que discutiremos mais adiante no próximo capítulo.

Psicólogos escolares e outros profissionais da educação estão em posição ideal para defender o tratamento apropriado da criança com TDAH, uma vez que têm oportunidades abundantes para observar o funcionamento dos alunos em um contexto em que os maiores problemas com desatenção, impulsividade e hiperatividade tipicamente ocorrem. (DuPAUL e STONER, 2007, p. 188)

A autora do livro **Mentes Inquietas** divide o tratamento em basicamente quatro pilares, que se baseiam em: informação e conhecimento; apoio técnico; terapêutica medicamentosa e psicoterapia.

1) INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO:

A autora considera importante que todos os componentes dos subgrupos que se relacionam com o paciente conheçam as características do

transtorno para estarem capacitados a compreender a história do portador e contribuir na elaboração de um tratamento que seja eficaz.

Além disso, é preciso conversar com o indivíduo que apresenta o transtorno, para conhecer o grau de desconforto individual e social que o TDAH pode estar causando a ele. Nessa etapa, é necessário contar com a ajuda da família e da escola, se o portador for uma criança. Os pais, os familiares e o paciente devem descrever os comportamentos que sinalizam sofrimento individual e inadaptação social.

2) APOIO TÉCNICO:

O apoio técnico se refere à possibilidade de estabelecer medidas e atitudes que ajudem o portador de TDAH, na forma de um ambiente estruturado, que facilite a vida da criança. Pode ser necessário estabelecer uma rotina com horários, organizar um cronograma ou agenda, anotar lembretes e coisas a fazer.

Além de diminuir bastante a ansiedade e a sensação de incapacidade do TDA, uma rotina bem organizada tem ainda a possibilidade de fazer com que talentos sejam desenvolvidos, aperfeiçoados e expressados de forma concreta. (SILVA, 2009, p. 239)

3) TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:

Será preciso verificar a necessidade de tratamento farmacológico, visando o bem-estar do paciente como objetivo principal. Para tanto, é importante definir os sintomas que causam mais desconforto, para que o uso do medicamento sirva como uma ferramenta na busca de qualidade de vida.

4) PSICOTERAPIA:

Em relação à psicoterapia, será preciso planejar um conjunto de atividades a serem realizadas com um terapeuta, que façam com que o paciente sinta prazer e satisfação. Deve haver uma relação de confiança e

cooperação entre médico e portador, para estabelecerem juntos os objetivos da terapia.

Segundo DuPaul e Connor (apud BARKLEY, 2002, p. 277), “Os medicamentos são formas mais largamente propagadas e ardentemente debatidas em relação ao tratamento para o TDAH”. Nem todos os médicos e terapeutas são a favor da terapia medicamentosa, porque consideram o quadro como transitório, ou porque pensam que drogas estimulantes são perigosas e não devem ser usadas por nenhuma criança, ou ainda pelo fato de não serem encontradas alterações nos exames neurológicos. Alguns mitos sobre os medicamentos estimulantes como: retardo ou bloqueio do crescimento infantil, vício e que esses remédios podem causar câncer, fazem com que as famílias e os próprios portadores sintam receio em utilizá-los.

Os medicamentos que podem ser utilizados para o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade são os estimulantes e os antidepressivos, embora o primeiro seja o mais utilizado.

Entre eles destacam-se a Ritalina® (metilfenidato), Ritalina LA® (metilfenidato, de ação prolongada), Concerta® (metilfenidato, de ação prolongada), Dexedrine® (dextroanfetamina) e Adderall® (dextroanfetamina e outras anfetaminas). (SILVA, 2009, p. 242)

Segundo Mattos, os medicamentos utilizados durante o tratamento não têm a intenção de “dopar” e nem sedar ninguém. Eles apenas permitem que algumas funções mentais do portador do distúrbio sejam normalizadas. Este autor defende a ideia de que o tratamento com medicamentos sempre deve ser feito e que os estimulantes são considerados seguros e apresentam bons resultados em pouco tempo. “Os benefícios do medicamento são muito maiores que eventuais riscos para o portador” (2008, p. 163).

Os estimulantes, as drogas mais comumente utilizadas, têm-se mostrado bastante eficazes na melhora do comportamento, desempenho acadêmico e ajustamento social para aproximadamente 50 a 95% das crianças com TDAH. A resposta do seu filho pode, entretanto, depender da presença

de outros problemas (...). (DUPAUL e CONNOR apud BARKLEY, 2002, p. 277)

Os neurotransmissores servem para transmitir as informações produzidas e liberadas pelas células nervosas. Os estimulantes agem diretamente no Sistema Nervoso Central, aumentando a quantidade de dopamina e noradrenalina (neurotransmissores) que se encontram diminuídas, principalmente nas regiões que controlam os impulsos e os níveis de atividade de atenção e motora. Além disso, os estimulantes produzem aumentos significativos na concentração, diminuem a hiperatividade e impulsividade, reduzem a ansiedade e melhoram o astral.

Na hora de decidir sobre a terapia medicamentosa, o especialista deve verificar a necessidade, visando o bem estar de cada portador. É importante analisar cada paciente dentro de sua complexidade individual e discutir os aspectos positivos e negativos com os pais da criança e ouvi-los sobre seus receios e expectativas, mostrando-lhes com clareza as vantagens e as desvantagens potenciais das diferentes abordagens.

Quanto aos mitos, Silva afirma: “esses remédios não causam dependência, quando usados nas doses prescritas” e “o uso de metilfenidato está associado apenas a um menor ganho ponderal (peso) e não estatural (altura), como se pensava anteriormente.” (2009, p. 243)

De acordo com Rohde, Barbosa, Tramontina e Polanczyk (2000), “a dose terapêutica normalmente se situa entre 20mg/dia e 60mg/dia (0,3 mg/kg/dia a 1mg/kg/dia). Como a meia-vida do metilfenidato é curta, geralmente utiliza-se o esquema de duas doses por dia, uma de manhã e outra ao meio-dia”. É importante lembrar que as doses utilizadas não são adaptadas conforme o peso ou a área corporal e sim à resposta a dose de metilfenidato na faixa etária pediátrica.

“Não existem garantias de que determinada criança com TDAH responderá a determinado estimulante, e a resposta ao medicamento não deve ser usada como confirmação do diagnóstico.” (DUPAUL e STONER, 2007, p. 175). Além dos possíveis tratamentos em conjunto com outras comorbidades, o

médico deve estar atento à reação do portador em relação ao remédio. Se o estimulante não der certo, ainda poderá recorrer aos antidepressivos, como por exemplo, Norpramin® (desipramina), Tofranil® (imipramina), Efexor® (venlafaxina), Zypax® (paroxetina), Procimax® (citalopram), Lexapro® (escitalopram), Prolift® (reboxetina) e Strattera® (atomoxetina).

Apesar das diferentes opções de antidepressivos, o mais utilizado pelos especialistas no tratamento de TDAH é a desipramina. Pesquisas comprovaram que o uso dessa substância revela efeitos semelhantes aos alcançados com o uso de estimulantes. Seus efeitos costumam ser eficazes em baixas dosagens (10-30mg/dia).

Além da dosagem, um dos receios dos familiares e portadores de TDAH refere-se aos efeitos colaterais. Alguns sintomas como diminuição do apetite, insônia, ansiedade, irritabilidade e instabilidade de humor foram relatados pelos pais das crianças, mas de forma moderada. “A maioria dos efeitos colaterais do metilfenidato é leve, dose-dependente, surge nos primeiros dias ou semanas de tratamento, e é transitória, desaparecendo poucos dias após seu surgimento.” (ROHDE, MATTOS e cols., 2003, p. 168).

Estudos revelaram que o MPH (medicamento) melhora significativamente a qualidade das interações sociais entre crianças com TDAH e seus pais, professores e colegas. (...) Os estimulantes aumentam a obediência das crianças aos comandos dos pais e professores e melhoram suas respostas às interações com outros. (...) Quando tratadas com MPH, as crianças com TDAH tornam-se menos agressivas com os outros, comportam-se de modo mais apropriado com outras crianças e são mais aceitas por seus colegas. (DUPAUL e STONER, 2007, p. 178)

Como as doses são diferentes para cada criança e cada subtipo do transtorno, tanto em casa quanto na escola, todos devem estar atentos às modificações de comportamentos do tipo desatento, hiperativo e impulsivo. No processo de escolha da medicação, é interessante que se planeje uma sequência de dosagens. Com ela, os pais, professores e o próprio portador

podem perceber as melhoras e ajudar o médico na escolha da dosagem. “A sequência da dosagem deve ser alternada aleatoriamente, estipulando-se que a dose mais alta nunca seja administrada como a primeira dose.” (DUPAUL e STONER, 2007, p. 195)

Durante essa escolha, a Escala de Conners (utilizada no diagnóstico) pode ser um instrumento útil de medição da resposta ao medicamento. Tanto os professores, quanto os pais, podem responder ao questionário para determinar o efeito dos medicamentos estimulantes no comportamento da criança, de acordo com a dosagem semanal.

Segundo DuPaul e Stoner (2007), “os profissionais das escolas estão em uma posição singular em relação aos outros profissionais da saúde mental porque têm a oportunidade de observar as crianças em um de seus ambientes naturais mais importantes” (p. 193). Por isso, os professores de crianças diagnosticadas têm o dever de analisá-las diretamente em seu desempenho escolar, coletando informações sobre seu comportamento e seu desenvolvimento cognitivo.

Mesmo depois de escolher a dosagem apropriada ao paciente, a avaliação do medicamento não deve terminar, visto que a dose prescrita pode não fazer efeito depois de algum tempo. Por isso, o médico deve sempre estar ciente dos eventuais fatores que possam estar relacionados à não adequação do remédio, antes de receitar outra dosagem. Além disso, o portador deve se submeter a exames físicos de rotina a cada seis meses, para determinar possíveis efeitos colaterais potenciais.

“É importante notar, porém, que esses medicamentos não “curam” o TDAH e que uma criança com TDAH apresentará “altos e baixos” normais em seu controle comportamental, mesmo quando apresentou resposta positiva ao medicamento.” (DUPAUL e STONER, 2007, p. 203). Além disso, a medicação não é o único tratamento possível e necessário nestes casos. Segundo Silva,

A medicação, por si só, não constitui todo o tratamento do TDA. (...) A etapa medicamentosa é um complemento útil e, muitas vezes, poderoso, mas jamais deve ser considerada

isoladamente na complexa engrenagem de qualificar o cotidiano de um TDA. (SILVA, 2009, p. 246)

Além disso, os medicamentos não curam o TDAH, eles ajudam a normalizar os sintomas do transtorno. Como considerado, a psicoterapia é de grande valia para os pacientes desse transtorno e deve ser objetiva e estruturada. Segundo a ABDA, a psicoterapia indicada para o tratamento do TDAH chama-se Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Ela caracteriza-se pela busca de mudanças comportamentais e afetivas, por meio da reestruturação cognitiva.

Em relação a esse assunto, também há controvérsias, já que alguns autores a julgam como necessária e outros, como alternativa ou complementar. Segundo Mattos (2008), “a psicoterapia (...) está indicada quando existem problemas secundários ao TDAH, (...) que são considerados graves ou de difícil solução” (p. 165). Entre eles, podemos citar a baixa auto-estima, a depressão, a ansiedade, as dificuldades de relacionamento, por exemplo.

Na TCC, o terapeuta e o paciente planejam atividades a serem realizadas durante o tratamento, desde comportamentos que o portador se considera incapaz de realizar, até a estruturação de rotinas que lhe tragam benefícios tanto pessoais, quanto sociais. Por isso, é muito importante que a relação entre os dois seja de confiança e cooperação, pois só assim os resultados serão obtidos.

De uma maneira geral, o terapeuta cognitivo-comportamental irá trabalhar com treino em solução de problemas, treino em habilidades sociais, relaxamento, estabelecimento de agendas de atividades rotineiras e de objetivos e reestruturação de formas de pensar e lidar com problemas que podem estar sendo prejudiciais. (SILVA, 2009, p. 249).

Segundo pesquisas, a combinação de medicamentos com intervenções comportamentais é considerada ótima para o tratamento do TDAH e tem causado efeito na maioria das crianças.

Além da Terapia Cognitivo-Comportamental, existem outras terapias que podem ser indicadas pelos especialistas, como a terapia familiar. “A terapia familiar inclui os pais, a criança e algumas vezes os outros irmãos, e pode ser útil quando uma criança com TDDAH é apenas parte do problema” (JONES, 2004, p. 81). É necessário que o diagnóstico esteja comprovado, e identificadas as possíveis comorbidades, pois só assim será possível avaliar a adequação do paciente à intervenção cognitivo-comportamental.

A TCC deve ter objetivos claros e deve se iniciar com as informações sobre o transtorno e a motivação para o tratamento. Algumas etapas devem ser cumpridas: educação, auto-instrução, registro de pensamentos disfuncionais, resolução de problemas, automonitoramento, planejamento e, principalmente, a auto-avaliação. O paciente deve se sentir bem e saber discernir o que ainda lhe prejudica.

Para alcançar essas etapas, a terapia conta com algumas abordagens comportamentais como o sistema de fichas, o custo da resposta, as punições, as tarefas de casa, as dramatizações e os estudos de eficácia, que serão estudados no próximo capítulo. A grande dúvida dos familiares e portadores é: TDAH tem cura?

Como mencionado, o TDAH não é uma doença, portanto não tem cura, mas com o tratamento correto acompanhado por um especialista, com o envolvimento de outros profissionais e dos responsáveis pela criança, os sintomas do transtorno podem diminuir bastante. Para ter certeza disso, é de extrema importância avaliar o tratamento e seus efeitos sobre o relacionamento social da criança, seu desenvolvimento e a normalização do seu comportamento em sala de aula, e no ambiente familiar, entre outros.

Portanto, o tratamento que mostra ter mais eficácia é aquele que envolve abordagem múltipla entre as intervenções psicossociais, as informações à família, à escola, a psicoterapia somadas às intervenções psicofarmacológicas.

CAPÍTULO 4 – O TDAH NOS DIFERENTES CENÁRIOS

Depois de compreender o que é e como esse transtorno pode ser tratado, é necessário saber lidar com o diagnóstico do portador e preparar as pessoas com as quais ele convive, nos ambientes em que ele frequenta, para que ele possa se desenvolver de forma natural. A casa e a escola são os principais cenários da criança e, portanto, os pais e professores são os personagens coadjuvantes mais importantes nesse processo. Segundo Silva (2009), “o passo inicial para todos os pais e/ou cuidadores é o conhecimento. Quanto mais eles estudarem (...), mais estarão preparados para lidar com eles de forma apropriada.” (p. 73).

A partir do momento em que a família e a escola conseguirem enxergar o mundo através do olhar da criança com TDAH e conhecer como, quando e porque elas apresentam comportamentos indesejáveis, perceberão que na maioria das vezes elas não têm a intenção ou a consciência de que estão sendo inconvenientes. Para conduzir a vida de um portador de TDAH, é importante que a escola e os pais saibam lidar bem com o problema e que se comuniquem diariamente. Os comportamentos sociais e acadêmicos da criança devem ser trabalhados de uma forma em que as atitudes indesejadas sejam ignoradas e as atitudes desejadas sejam destacadas.

Como estudado no capítulo anterior, a finalidade da TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental) é conseguir que a criança seja capaz de alcançar a autonomia comportamental, física, cognitiva e emocional. Para que isso aconteça, é imprescindível que o indivíduo passe de uma fase de dependência de um adulto, para uma de maior autonomia. Junto com o terapeuta, o paciente deverá definir objetivos, técnicas, prêmios e “castigos” para sua participação mais ativa no processo.

Segundo Gonzáles & cols., as técnicas comportamentais “têm como objetivo o controle dos acontecimentos que provocam o aparecimento e a manutenção das condutas positivas e negativas.” (p. 303). Para que as crianças entendam o que devem e o que não devem fazer, essas técnicas se

baseiam no controle dos prêmios e reforços, para que elas vençam alguns obstáculos do transtorno, como controlar a impulsividade, reduzir a hiperatividade motora, terminar as tarefas e obedecer e melhorar as habilidades sociais.

Uma das técnicas mais utilizadas é o reforço positivo com pontos, onde os pais ou professores, junto com a criança, definem os objetivos a serem alcançados e elaboram uma lista de prêmios, na qual cada um dos objetivos tem uma pontuação a ser atingida. Segundo Silva (2009), “uma vez que se estabeleça o que se espera da criança, em forma de instrução positiva, é extremamente importante que ela seja recompensada imediatamente após fazer o que se quer” (p. 76). A autora nos lembra que o portador não vai conseguir se comportar adequadamente logo após a definição dos prêmios, pois a desatenção e a impulsividade estão presentes constantemente em suas vidas.

Para que esse tratamento não seja encarado como chantagem é importante que os objetivos propostos sejam temporários e que sejam graduados do mais simples para o complexo. Caso contrário, a criança passará o resto da vida se lembrando de arrumar o quarto, por exemplo, para ganhar um prêmio. De acordo com Mattos, para ensinar novas habilidades às crianças é necessário estabelecer metas, ou seja, um comportamento específico de cada vez. Assim que a meta tiver sido alcançada, outra será priorizada, mas sem esquecer-se dos objetivos atingidos. Outro fator importante é que se deve organizar o ambiente para que a criança tenha boas chances de conseguir realizar o que está sendo cobrado dela.

Com o tempo e a repetição, a criança começará a internalizar os comportamentos adequados e não precisará ser recompensada sempre e imediatamente. Mas lembre-se de que, no começo, não adianta dizer que ela terá uma recompensa daqui a uma semana. Para um pequeno TDA, uma semana é muito tempo. (SILVA, 2009, p. 77).

Vale lembrar que a recompensa pode ser social (carinho, elogios, beijos) ou não social (guloseimas, brinquedos, etc.). A cada objetivo alcançado, a cada

pontuação atingida e a cada prêmio recebido ainda será preciso lembrar que, para o portador de TDAH, demonstrações de amor e carinho são fundamentais para a elevação de sua auto-estima. A modificação dos objetivos e o aumento de pontos para determinados prêmios sempre deve ser feita com a ajuda da criança, para que ela se motive cada vez mais a internalizar o que já conseguiu alcançar.

Da mesma forma que os prêmios, a repreensão também deve ser feita imediatamente após a atitude indesejada. Se a criança apresenta um comportamento inadequado, tanto os pais em casa, quanto os professores na escola devem ignorar de forma tranqüila, para que ela perceba que nada irá conseguir desse jeito e para que, na próxima vez, possa conseguir o que pretende, se souber se comportar. A censura é necessária em caso de desobediência, ou seja, quando a criança sabe que está agindo errado. Vale lembrar que o reforço positivo é sempre mais construtivo do que o castigo, propriamente dito.

(...) os pais de uma criança são parte fundamental da equipe de tratamento multiprofissional, talvez a parte mais importante. É o apoio dos pais, tanto direta quanto indiretamente, que pode, com muita frequência, determinar a eficácia de quaisquer esforços feitos pelas escolas para focar os problemas de determinada criança com TDAH naquele cenário. (DUPAUL e STONER, 2007, p. ix)

Com os familiares bem orientados, o convívio familiar se torna mais fácil, já que eles podem entender os comportamentos do portador e ajudá-lo no manejo dos sintomas e na prevenção de possíveis problemas. Os pais representam a fonte de segurança, os modelos a serem seguidos.

Para que a criança com TDAH se desenvolva naturalmente, “(...) ela precisa de um ambiente familiar que tenha rotinas, que seja previsível e onde ela saiba exatamente o que se espera dela.” (MATTOS, 2008, p. 70). Quando o assunto é rotina, a parte mais difícil para um TDAH é o planejamento. Por ser impulsivo e desatento, na maioria das vezes o portador desse transtorno se precipita ao determinar objetivos e se esquece de realizá-los. Por isso, é

importante que a família esteja presente e ajude, principalmente às crianças, a realizar um cronograma de atividades.

Desde pequenas, as crianças devem ter horários e limites determinados, para que se sintam seguras e capazes de alcançar os objetivos. Horários das refeições, do estudo, do lazer, dos esportes e do descanso devem ser definidos de acordo com os períodos em que a criança se sente melhor. Por exemplo: se a criança estuda no período da manhã e é muito agitada quando volta da escola, o horário dos estudos (lição de casa) deve ser no período da noite. Os pais devem saber aproveitar os momentos. Se ela é muito hiperativa durante a tarde, devem deixar o horário dos esportes e do lazer para esse período. Assim, quando ela terminar essas atividades, estará mais calma para atingir outros objetivos.

“Esse planejamento deverá estabelecer quanto tempo será dedicado ao estudo, deixando tempo para o lazer” (MATTOS, 2007, p. 94). Durante a determinação dos horários, é possível aproveitar a oportunidade e treinar as crianças para a escolha de prioridades e para a divisão do tempo para cada atividade. É importantíssimo que os pais sigam a rotina e não modifiquem o planejamento a cada dia porque alguém está cansado, estressado ou porque a criança solicitou. Combinados devem ser cumpridos e isso vale para todos.

Assim como os professores na escola, os pais também devem seguir algumas dicas de convivência com seus filhos portadores de TDAH, como:

- Estabelecer prioridades e definir objetivos a serem alcançados.
- Ajudar o portador a planejar suas atividades (rotina).
- Olhar nos olhos da criança para falar com ela.
- Falar sempre de modo claro e objetivo, usando frases curtas e simples. Se for necessário, repetir o comando e pedir à criança que repita o que foi dito, para ter certeza de que ela compreendeu.

- Dizer as instruções na mesma ordem em que deseja que elas sejam cumpridas, sem esquecer-se de não sobrecarregá-lo com as informações.
- Recorrer a informações visuais quando necessário, como por exemplo, imagens, gestos e símbolos, para ajudar a criança a compreender.
- Respeitar os limites de concentração da criança.
- Despertar o interesse e a curiosidade para o estudo.
- Reconhecer o esforço realizado pela criança, elogiar e recompensar os bons comportamentos.
- Estimular a criança a tentar resolver seus próprios problemas
- Manter a casa organizada para ajudar a criança a se organizar e saber onde procurar suas coisas.
- Saber dar ordens positivas com justificativas.
- Ignorar os comportamentos indesejados e destacar os comportamentos desejados.
- Dar atenção aos bons momentos.
- Ser coerente com o que diz.
- Auxiliar a criança na condução de suas relações sociais
- Coordenar a interação de informações entre casa, escola e terapia.

Mesmo seguindo essas dicas, alguns pais e familiares reclamam da mudança constante de comportamento e humor das crianças, e acabam culpando uns aos outros pelos problemas da casa.

É difícil para os pais lidar com a variação de comportamento desta criança, já que ela consegue certo controle sobre algumas atividades que são de seu interesse, e não obedece aos pedidos e atividades solicitados pelos pais, levando-os a interpretar estes comportamentos da criança como de propósito ou executados só para irritá-los. (CASTRO e MALAGRIS, 2003 *apud* BARBOSA, 2005, p. 38)

Muitos conflitos familiares acabam sendo gerados pelos portadores de TDAH. Os irmãos das crianças hiperativas, por exemplo, podem apresentar sentimentos negativos sobre eles, pois percebem que ele concentra mais tempo e atenção dos pais, o que pode gerar ciúmes, inveja e raiva. “Os irmãos da criança que sofre do TDAH tendem a crescer cansados e exasperados por ter que conviver com essa força disruptiva e instável.” (CASTRO e MALAGRIS, 2003; GOLDSTEIN e GOLDSTEIN, 2002; BARKLEY, 2002).

Outra escolha fundamental a ser sugerida é que os pais procurem uma escola onde haja uma estrutura e rotina diária, onde eles expliquem as dificuldades do seu filho e digam o que estão fazendo em casa. Na maioria das vezes, ajuda se a escola tiver uma estratégia para os pais seguirem em casa, para que a criança não receba mensagens contraditórias.

Da mesma forma que a orientação da escola pode auxiliar os pais, a orientação sobre o transtorno para a escola visa facilitar o convívio dos portadores de TDAH com os colegas e professores, evitando o desinteresse pela escola e pelos estudos. Para que isso aconteça, é importante conseguir a participação da escola no tratamento.

Na escola, estas crianças mostram-se muito agitadas, movendo-se sem parar pela sala de aula, mexendo nos objetos, remexendo-se na cadeira, falando muito e saindo excessivamente do ambiente em que estão. Elas têm dificuldades para manter a atenção em atividades longas e/ou repetitivas ou que não sejam do seu interesse. São facilmente distraídas por estímulos externos ou pensamentos “internos”. Além disso, elas tendem a ser muito impulsivas: não esperam a sua vez para falar, não escutam as perguntas até o

final e já respondem, interrompem os colegas e professores e apresentam dificuldades para se organizar e planejar o que precisam fazer.

A maioria dos professores se queixa de que, com frequência, essas crianças deixam de prestar atenção a detalhes e cometem erros por descuido e esquecimento e que elas parecem não escutar quando lhes dirigem a palavra. As crianças com TDAH não seguem instruções, não terminam as tarefas, têm dificuldades para se organizar e acabam perdendo objetos necessários para tarefas e atividades.

Segundo Silva (2009), “para melhorar a qualidade de vida de uma criança TDA e garantir um aproveitamento escolar satisfatório, o colégio e a família precisam estar em fina sintonia” (p. 80). Para que isso aconteça, as dicas descritas para os familiares devem ser aceitas pela escola, e além delas, outras devem ser atribuídas ao ambiente escolar, como:

- Ter conhecimento sobre o transtorno, a criança, a família e o tratamento (qual medicamento utiliza, qual a dosagem, tipo de terapia, etc.).
- Manter contato com outros profissionais da escola e da saúde, que tenham contato com a criança.
- Ter uma dose extra de paciência e compreensão.
- Manter a disciplina e exigir que os limites, regras e combinados sejam obedecidos.
- Proporcionar a organização da sala de aula e a estrutura da rotina diária, proporcionando um ambiente acolhedor e estimulante.
- Colocar a criança perto da mesa do professor e perto de colegas que o ajudem e não o provoquem. A mesa do aluno com TDAH deve estar longe de portas, janelas e amigos que gostam de conversar.

- Encorajar frequentemente, elogiar e ser afetivo e tomar cuidado para nunca provocar constrangimento ou menosprezar o aluno TDAH.
- Modificar estratégias e adequá-las ao estilo de aprendizagem e às necessidades da criança com TDAH.
- Atribuir responsabilidades que elas possam cumprir e fazer com que se sintam necessárias e valorizadas em sala de aula. Ser o ajudante pode incentivar a criança a prestar mais atenção no que a professora diz.
- Começar com tarefas simples e gradualmente mudar para as mais complexas.
- Respeitar o tempo de trabalho da criança, dividindo as tarefas em curtos períodos de tempo. Para um TDAH com pouco tempo de concentração, mais valem dez lições de 5 minutos cada, do que duas tarefas de meia hora.
- Assegurar que as instruções sejam claras, simples e dadas uma de cada vez, sempre repetindo os comandos, olhando nos olhos da criança, para que ela entenda perfeitamente o que está sendo solicitado.
- Alternar métodos de ensino, evitando aulas repetitivas e monótonas. Procurar intercalar atividades mais criativas com as menos interessantes.
- Utilizar todos os recursos disponíveis, que tornam uma aula mais atraente.
- Ter opções de atividades complementares para os alunos que terminam o trabalho mais rápido e atrapalham a concentração da criança com TDAH.

- Ter o cuidado de não programar uma atividade que o aluno não seja capaz de fazer, pois esse é o primeiro passo para a frustração.
- Discutir as situações difíceis individualmente, longe dos colegas. Ao censurar a criança por um comportamento indevido, fazê-lo brevemente, sem sermão, de maneira calma e imediatamente após a manifestação do comportamento inadequado. Criticar o comportamento, nunca o aluno.
- Desenvolver atividades físicas para a turma toda. O professor deve aproveitar que a criança portadora de TDAH precisa liberar sua energia e propor atividades que envolvam o corpo. Além de se acalmar, essa é uma ótima oportunidade para o desenvolvimento social da criança com a turma.
- Proporcionar oportunidades para a movimentação e estabelecer intervalos previsíveis nos períodos sem trabalho, como recompensa à criança pelo esforço em determinada tarefa. A música é um ótimo instrumento de relaxamento e pode ser usada na transição entre as atividades.

Uma proposta de inovação em sala de aula deve ser pensada pelo corpo docente, já que a entrada desse aluno na turma provocará uma mudança em vários aspectos no processo de ensino-aprendizagem. Modificar o meio ambiente, a estrutura da sala de aula, os métodos de ensino, os materiais utilizados, as tarefas solicitadas, a avaliação, o tempo dispendido em cada atividade, o tamanho e a quantidade de lições é apenas uma parte do que deve ser feito pelo professor com um aluno portador de TDAH.

O conceito de aprender determina o de ensinar, porque ambos constituem uma relação inseparável. Uma concepção construtiva da aprendizagem deve refletir-se em uma metodologia ativa que crie condições necessárias para que o aluno seja o verdadeiro protagonista de seu processo de aprendizagem. (BLANCO, 1993 apud

HIPERATIVIDADE/TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO, 2010, p. 74)

Um profissional de educação, que passa por esse aprendizado, é impulsionado a fazer uma constante reflexão sobre sua atuação pedagógica, adaptando sua prática de ensino ao estilo de aprendizagem do aluno, para atender suas necessidades educacionais especiais. O professor deve programar suas aulas de forma flexível e dinâmica, trabalhando de forma simultânea com o grupo e com o indivíduo, respeitando e estimulando as diferenças de cada um.

(...) o conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal. O autor russo formula a ideia de que há uma zona, um espaço, entre o que a criança já sabe (Zona de Desenvolvimento Real) e o que a criança, com a mediação de um adulto ou de uma criança que saiba mais do que ela, pode vir a saber (Zona de Desenvolvimento Potencial). Esse conceito elaborado por Vygotsky ajuda o professor a refletir sobre o fato de que qualquer criança pode aprender quando é realmente estimulada. (ROGÉRIO, 2009, p. 20)

O planejamento deve visar o desenvolvimento global do aluno, compreendendo todas as áreas do desenvolvimento humano (afetiva, motora, social e cognitiva). A opção metodológica deve favorecer a atividade do aluno, facilitar a execução, criar estratégias propícias à organização e ao desenvolvimento da tarefa. O aluno TDAH necessita de ajuda para se comunicar, e conseqüentemente precisa de alguém que perceba as suas dúvidas. Na maioria das vezes, quando não é auxiliado, acaba desistindo da tarefa por não saber o conteúdo.

A abordagem psicopedagógica é norteada para o trabalho a partir dos recursos cognitivos e emocionais do paciente, de modo a permitir não apenas o seu sucesso na aprendizagem escolar, mas ainda o desenvolvimento da sua auto-estima, da autonomia pessoal e da socialização. (MALUF, 2009, p. 12)

A organização da sala de aula é muito importante para promover o desenvolvimento da criança com TDAH, já que ela tem dificuldades com a

organização e o planejamento de atividades e necessita de uma estrutura bem definida. A sala de aula bem estruturada não é aquela cheia de informações e estímulos visuais. O lugar do estudo deve oferecer acesso e boa visibilidade para todos os alunos, evitando as filas, onde o último se desdobra para enxergar.

Como citado nas recomendações, o aluno deve se sentar próximo ao professor e longe de objetos e colegas que lhe tirem a atenção. Durante as atividades, o professor deve circular pela sala com frequência, usando a proximidade física para controlar a disciplina e a atenção da criança com TDAH. Construir junto com a turma listas de tarefas a serem cumpridas, quadro de avisos com datas importantes, regras e combinados da sala pode ajudar a criança com TDAH a se organizar melhor. Vale lembrar que as recompensas e reforços devem valer para todos, para que a criança com TDAH não se sinta excluída.

qual a diferença entre inclusão e integração? (...) a primeira diz respeito ao fato da criança com necessidades educacionais especiais reunir-se com/estar junto com as outras crianças e a segunda refere-se ao fato dessa criança fazer parte do grupo de crianças em todos os sentidos, inclusive no sentido de poder participar, dentro de suas limitações, das atividades pedagógicas propostas para o grupo de crianças. A criança pode estar integrada e não estar incluída. (ROGÉRIO, 2009, p. 19)

Vale lembrar que apesar das dicas e sugestões listadas acima é importante que cada professor, cada família e cada criança com necessidades educacionais especiais encontrem uma forma particular e única de inclusão. Não existem receitas, nem regras comuns a todas elas. “A maioria dessas crianças não tem cura, pois não são doentes. São diferentes.” (FERREIRA, 2009, p. 23)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Crianças agitadas e inquietas, que não prestam atenção, que atrapalham a aula... Como diferenciar o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade de má-educação e da preguiça? Como descobrir o que emperra o processo ensino-aprendizagem nesses alunos? Como ensinar os alunos com esse transtorno? Quais os empecilhos para essa aprendizagem?

Estudar esse tema, escrever esse trabalho e refletir sobre a prática pedagógica e o trabalho integrado entre família e escola me proporcionou uma oportunidade para constatar o quanto a escola atual e os profissionais da educação estão despreparados para receber crianças com necessidades educacionais especiais em sala de aula.

Analisando as características do sistema educacional brasileiro hoje, pude perceber que ele possui uma série de fatores que contribuem para um baixo rendimento escolar no qual, por consequência, as crianças que possuem déficits de aprendizagem sofrem mais. Superlotação das salas, má formação dos professores, falta de recursos materiais e de estrutura física nas escolas, métodos de ensino inapropriados, má remuneração dos profissionais da educação: esses são alguns dos fatores que fazem com que a escola desconsidere as diferenças individuais dos alunos e esqueça que eles necessitam de atendimento especializado.

Mas, a escola não é o único problema. O conceito de família tradicional, conhecido e aceito antigamente ficou para trás. Atualmente, existem diversos tipos de família, o que dificulta a integração entre aqueles que convivem com a criança com TDAH. A importância do diagnóstico dos familiares do portador pode começar com a busca de um possível caráter hereditário na família, o que se torna difícil quando os pais, por exemplo, não aceitam o diagnóstico.

A inclusão de crianças com necessidades educacionais especiais só acontece quando há um trabalho coletivo entre os sujeitos envolvidos nesse processo. A inclusão é única para cada criança, para cada família e para cada

escola. Não adianta dominar o distúrbio, se não houver comprometimento entre ambas as partes. Não adianta tratar a criança com medicamentos, se não houver uma postura diferenciada em casa, na escola e no consultório. Não adianta planejar atividades, se não foram consideradas as necessidades especiais. Não adianta ter sucesso escolar, se não houver auto-estima, autonomia e socialização.

Para que a aprendizagem ocorra, é necessário estímulo para que o aluno aprenda cada vez mais, motivação tanto de quem ensina quanto de quem aprende, e principalmente ambiente adequado para que esta aprendizagem ocorra. Devemos pensar no desenvolvimento global da criança, no seu processo adaptativo, social e profissional. Devemos aceitar essa criança incondicionalmente, respeitando seus limites e acreditando no seu potencial.

Com a presença de professores compreensivos e criativos e que dominem as características do transtorno, de pais afetivos, que apoiem a criança e o trabalho da escola, mantendo a coerência nas ações em casa, com médicos que saibam dosar medicamentos, quando necessário, e com o apoio da psicoterapia, a criança com TDAH desenvolverá seu potencial e será conduzida ao sucesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, Adriana de Andrade Gaião; BARBOSA, Genário Alves; AMORIM, Georgianne Galvão. **Hiperatividade**: conhecendo sua realidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

BARKLEY, Russell A. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)**: guia completo para pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CID – 10 – **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DSM – IV – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DUPAUL, George J.; STONER, Gary. **TDAH nas escolas**. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda: 2007.

ORJALES, Isabel. Déficit de Atenção / Hiperatividade: Diagnóstico e Intervenção. In: Gonzáles, Eugênio & cols. **Necessidades Educacionais Específicas**. São Paulo: Artmed, 2007.

FERREIRA, Vicente José Assencio. Senhor Ministro Fernando Haddad: Ana não pode mais esperar. **Direcional Educador**, nº 59, dezembro/2009, p.22-23.

HIPERATIVIDADE/TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO. São Paulo: Portal Educação, 2010. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br>. Acesso em: 01/06/2010.

JONES, Maggie. **Hiperatividade: como ajudar seu filho**. São Paulo: Plexus Editora, 2004.

MALUF, Maria Irene. A intervenção psicopedagógica como recurso no tratamento dos distúrbios neurológicos e psiquiátricos. **Direcional Educador**, nº 54, julho/2009, p.12-13.

MATTOS, Paulo. **No Mundo da Lua**: Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2008.

ROGÉRIO, Rosa Maria de Freitas. Quando o trabalho coletivo garante a inclusão. **Direcional Educador**, nº 53, junho/2009, p.18-20.

ROHDE, L. A., Mattos, P. & cols. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes Inquietas**: TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.