

## TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE INFANTIL: avaliação e tratamento

Gabriela Pereira Borges \*

Maria Juliana Dias \*\*

Anna Flávia Alves Faria\*\*\*

Bianca Gonçalves Caetano\*\*\*\*

Alex Ramos da Silva\*\*\*\*\*

### RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido alvo de diversas discussões e pesquisas por apresentar uma grande demanda de encaminhamento para o setor psicológico. O presente trabalho tem o intuito de mostrar os aspectos gerais do transtorno, técnicas de avaliação e intervenção. Trata-se de um estudo com base na revisão da literatura que apresenta as formas de diagnóstico, tratamento e intervenção. Os autores investigados apontaram que o TDAH prejudica o desenvolvimento da criança, e pode ser prejudicial caso não haja intervenção. Observa-se que utilizando as técnicas de avaliação e de intervenção corretas, o tratamento apresenta resultados significativos e esperados.

**Palavras chave:** Déficit de atenção. Hiperatividade. Intervenção. Tratamento.

### ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) has been the subject of several discussions and researches once it presents a great demand of forwarding to the psychological sector. This work aims to show the general aspects of the disorder, assessment and intervention techniques. It is a study based on a literature review

---

\*Graduanda em Psicologia pela Faculdade Cidade de Coromandel (FCC). E-mail: gabipborges37@gmail.com.

\*\* Docente e Coordenadora no curso de Pedagogia na Faculdade Cidade de Coromandel (FCC). Mestre em Educação pela Universidade Federal de Uberlândia- UFU. Especialista em Psicopedagogia, Educação Infantil pela FCC e especialista em Didática e Metodologia do Ensino Superior pelo Instituto Pró-Minas. Graduada em Pedagogia pela FCC. E-mail: julianadiaz13@hotmail.com.

\*\*\* Docente na Faculdade Cidade de Coromandel (FCC) Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental pelo Centro Universitário Amparense (UNIFIA). Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário do Triângulo (UNITRI). E-mail: [aflaviapsico@gmail.com](mailto:aflaviapsico@gmail.com)

\*\*\*\* Docente na Faculdade Cidade de Coromandel. Especialista em Psicopedagogia, Educação Infantil. Especialista em Metodologia do Ensino Superior. E-mail: [bianca.goncalves@fcc.edu.br](mailto:bianca.goncalves@fcc.edu.br)

\*\*\*\*\* Especialista em Terapia Familiar pela Faculdade Unyleyla. Docente do Curso de Graduação em Psicologia na FCC. Email: alexrs15@gmail.com

which presents the means of diagnosis, treatment and intervention. The investigated authors pointed out that ADHD harms the child's development, and can be harmful if there is no intervention. It is noticed that using the correct assessment and intervention techniques, the treatment presents significant and expected results.

**Keywords:** Attention deficit. Hyperactivity. Intervention. Treatment.

## 1 INTRODUÇÃO

As diferentes dificuldades no que tange o desenvolvimento infantil, perpassam por diversas nuances e discursos que circunscrevem a área da saúde e da educação.

O transtorno tem sido alvo de discussão por apresentar uma grande demanda de encaminhamento para o setor psicológico. O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno mental crônico, multifatorial, neurobiológico, de alta frequência e grande impacto sobre a criança, sua família e a sociedade (ARRUDA, 2006). Estudos sobre o tema têm sido realizados há décadas devido a sua enorme importância. A primeira descrição do transtorno surgiu em 1902, apresentada pelos médicos pediatras ingleses George Still e Alfred Tredgold, que descreveram essa alteração como defeito na conduta moral acompanhado de inquietação, dificuldades diante de regras e limites e desatenção (BARKLEY; 1997; ROHDE; HALPERN, 2004).

Até chegar à forma em que é conhecida atualmente, a nomenclatura passou por vários significados até se tornar TDAH, como: Lesão Cerebral Mínima, sendo explicado a partir de uma lesão no Sistema Nervoso Central; Disfunções em vias nervosas, pois estava sendo muito difícil correlacionar os sintomas com uma determinada área do cérebro; Reação Hiperkinética- níveis excessivos de atividade; Distúrbio do Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (SANTOS; VASCONCELOS, 2010).

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual* -Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM-V) revisão atual, o transtorno pode aparecer de três formas: de apresentação predominantemente desatenta; de apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva; de apresentação combinada- em que estão presentes os dois sintomas, a desatenção e a hiperatividade (APA, 2014; SIBLEY et al., 2013).

Atualmente, há um crescente aumento no número de crianças que receberam

o diagnóstico de TDAH e uma enorme variedade de estudos tem sido desenvolvida com o objetivo de desenvolver alternativas de diagnóstico e tratamento para o transtorno.

Considera-se que os sintomas começam a se manifestar conforme a criança inicia sua vida escolar, quando os professores percebem que ela possui uma dificuldade incomum às demais crianças. A fala excessiva e em alto volume, a ausência de pausas ao falar, além de pouca ou nenhuma modulação são características observadas nestas crianças com frequência. São fatores que chegam a incomodar os pais, os professores e as outras crianças (ARRUDA, 2006). É importante salientar que criança não precisa necessariamente manifestar todos os sintomas, eles podem vir com intensidades ou combinações diferentes.

Para se ter um diagnóstico preciso é fundamental a entrevista com todos que participam da rotina da criança, como os pais e os professores, por exemplo. Além disso, é primordial a realização de uma avaliação para a comprovação do diagnóstico (COUTINHO et al., 2009).

Essa pesquisa se justifica pelo grande número de crianças diagnosticadas com TDAH. Desta forma, identificar as práticas diagnósticas e de intervenção que podem ser utilizadas pelos psicólogos se torna fundamental para auxiliar na compreensão da temática, de modo a orientar profissionais no tratamento desse transtorno, possibilitando ainda, um repensar sobre a prática. Tem também como objetivo identificar as técnicas de avaliação e intervenção utilizadas no tratamento de crianças com Transtorno do Déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

O trabalho tem como objetivo identificar as técnicas de avaliação e intervenção utilizadas no tratamento de crianças com Transtorno do Déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

## **2 ASPECTOS GERAIS DO TDAH**

Ao longo do século XVIII foram surgindo as primeiras referências a respeito do que seria hiperatividade. Segundo Rohde e Halpern (2004), o termo Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade foi passando por algumas mudanças em sua nomenclatura, até chegar ao termo TDAH.

Munhoz et al. (2012) afirmam que diversos termos têm sido utilizados, ao longo dos anos, para denominar crianças que apresentam um padrão comportamental caracterizado por hiperatividade e/ou desatenção/ impulsividade, que sejam acima do esperado para a faixa etária ou estágio de desenvolvimento.

De acordo com Leite (2000), George Still, médico pediatra, foi o precursor deste distúrbio, pois apresentou o caso clínico de uma criança em que eram observados traços de déficit de atenção e hiperatividade, sendo nomeado previamente de defeito na conduta moral.

Por sua vez, Munhoz et al. (2012) afirmam que após ser considerado um defeito na conduta moral, passou a ser um Distúrbio Orgânico do Comportamento, e em seguida, ganhou mais algumas nomenclaturas conforme apresentado.

#### **Quadro 1 - Histórico da nomenclatura e sintomas/critérios para definir TDAH**

<b>Ano</b>	<b>Nomenclatura</b>	<b>Sintomas/Critérios</b>
1900	Defeito na conduta moral	Déficit de atenção e hiperatividade
1904	Distúrbio Orgânico do Comportamento	Lesão cerebral traumática
1922	Desordem Pós-Encefalítica	Inquietação, desatenção, impaciência
1940	Lesão Cerebral Mínima	Problemas de manutenção da atenção, regulação do afeto, atividade e memória
1957/1960	Hiperatividade	Excesso de atividade motora
1962	Disfunção Cerebral Mínima	Comportamento hiperativo causador de dificuldades escolares
dec. 1960	Reação Hipercinética da Infância	DSM-II
dec. 1960	Síndrome Hipercinética	CID-9
1972	Déficit atencional e no controle de impulsos	Problemas de atenção e Impulsividade
1980	Distúrbio do Déficit de Atenção	DSM-III
1987	Distúrbio do Déficit de Atenção e Hiperatividade	DSM-III-R
1993	Transtornos Hipercinéticos	CID-10
1994/2002	Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade	DSM-IV/ DSM-IV-TR
2004	Transtorno de Hiperatividade/Atenção	Hiperatividade
2004	Transtorno do Reforçamento/Extinção	Déficit de reforço/extinção comportamental
2007	Comprometimento das Funções Executivas	Déficits nas funções de planejamento, memória e controle de impulsos

**Fonte:** Sena e Diniz Neto (2008).

Barkley (1997) afirma que muitos foram os sintomas, as nomenclaturas e critérios até chegar ao que se determina como TDAH. Este transtorno é o vínculo entre um defeito neurofisiológico do sistema inibitório, o déficit da moral e da vontade. Sendo assim, qualquer sigla ou definição que tenham essa fonte como verdadeira, estaria certa.

Aranowitz (1998) cita que uma patologia só pode ser compreendida através da análise conjunta, como é o que ocorreu com a trajetória da etiologia do TDAH: inúmeros estudos e casos clínicos até a identificação atual.

O surgimento do transtorno pode ocorrer tanto pela existência de fatores biológicos e hereditários, quanto pela influência ambiental. Segundo Riesgo e Rohde (2004), alguns desses fatores que podem influenciar no desenvolvimento do transtorno são: ingestão de bebidas alcoólicas e exposição ao cigarro por parte da mãe durante a gestação, crianças pré-maturas e/ou abaixo do peso. Porém, Moreno (1995) afirma que essas complicações não afetam todas as crianças igualmente, o que explica que a existência do TDAH ligada apenas a esses problemas não são suficientes.

Biederman et al. (1995) encontraram uma associação positiva, e apontam que fatores como discórdia marital severa, classe social baixa, família numerosa, criminalidade dos pais, psicopatologia materna e colocação em lar adotivo afetam no surgimento do transtorno.

Estudos mostram que há uma recorrência familiar, pois, crianças que tem pais que desenvolveram o transtorno possuem um risco oito vezes maior do que as que não tenham esse transtorno em suas famílias. (BIEDERMAN et al., 1995).

Nesse contexto, Vasconcelos et. al. (2005) discorrem que foi realizado um estudo, no qual somente crianças de escolas particulares participaram, pois há uma dificuldade maior em avaliar crianças de escolas públicas. Isso ocorre pela possibilidade do meio em que vivem ser mais desestruturado, pelos fatores socioeconômicos, entre outros inúmeros aspectos que dificultariam a análise de dados com conclusões sólidas.

Poeta e Rosa Neto (2004) mencionam que antes dos sete anos de idade já podem ser observados alguns sintomas, mas a maioria das crianças é diagnosticada quando começam a sua vida escolar. A partir deste período, estão constantemente sendo observadas pelos professores que conseguem perceber com maior frequência

a apresentação de dificuldades na aprendizagem, na interação com colegas, bem como a inquietude.

O TDAH caracteriza-se por um comportamento frequente de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade que acarreta prejuízos na vida escolar e social da criança. Quando o tratamento não é iniciado nos primeiros anos escolares, o prejuízo pode ser ainda maior, pois o desenvolvimento e a interação com outras crianças podem ficar atrasados (DELLA MÉA; CAZAROTO; WAGNER, 2014).

De acordo com o DSM-IV-RTM (APA, 2003), três subtipos do transtorno foram definidos para o TDAH, com predomínio de: (1) Desatenção: a criança que apresenta sérias dificuldades em prestar atenção e se concentrar a tudo que a cerca, cometendo muitos erros e falhas em trabalhos escolares, não concluindo tarefas, não acompanhando instruções. (2) Hiperatividade: a criança que se movimenta de forma diferente, com gestualidade excessiva, corre, pula, salta, não consegue participar de jogos ou cumprir etapas para atingir algum objetivo. (3) Impulsividade: Criança em que se observa a emergência de responder ao estímulo antes que ele se complete, que não sabe aguardar a hora de falar e nem espera por sua vez de participar como se os outros não existissem (APA, 2003).

Pérez (2009) acrescentam que a causa do TDAH é multifatorial e que há uma alteração neurobiológica adjacente, causada pela influência de fatores genéticos, ambientais e psicossociais.

Os sintomas do TDAH não podem ser observados em ambientes estruturados. Para o diagnóstico, o paciente precisa ser avaliado várias vezes e em contextos diferentes para a confirmação. É importante uma avaliação inicial, onde será feita a anamnese com os pais, a análise do histórico familiar, dos fatores de risco e proteção, a coleta de informação sobre problemas físicos, possível uso de medicamentos e quais são eles (DELLA MÉA; CASAROTO; WAGNER, 2014).

Freitas (2011) enumera que dentre os sintomas que comprovam o diagnóstico de TDAH, está incluída a dificuldade de concentração, na qual a criança não consegue atenção suficiente para realizar e completar atividades escolares, ela tenta idealizar projetos, mas não consegue iniciá-los ou concluí-los. Professores afirmam que essas crianças não atendem a solicitações ou instruções, não permanecem sentadas por um longo período, não conseguem esperar para que suas perguntas sejam respondidas, são imensamente desorganizadas com seu material e também

manifestam bastantes momentos de agressividade.

Ainda de acordo com o autor citado anteriormente, é relevante salientar que além das observações dos professores e da equipe multidisciplinar, é necessário que a família demonstre interesse em ajudar a criança, e a aceitar como ela é. Essa conduta permite que ela tenha eficácia em seu tratamento tanto dentro, quanto fora dos consultórios.

Nesse intento, se faz necessária uma reflexão acerca das técnicas de avaliação para criança com TDAH.

## **2.1 Técnicas de avaliação para crianças com TDAH**

De acordo com Legnani e Almeida (2008), é indispensável um diagnóstico diferenciado e atento em relação ao TDAH, por meio do qual se descartam outras patologias orgânicas ou problemas psicológicos causados por contextos socioambientais inadequados ao desenvolvimento da criança. Sendo assim, se faz necessária a avaliação neurológica, com a finalidade de excluir outras disfunções orgânicas; testes de inteligência, utilizados para excluir déficits de inteligência significativos.

Como é possível perceber pela fala dos autores citados anteriormente e considerando a complexidade do processo de avaliação psicológica e o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), ressalta-se a importância da experiência profissional clínica, do conhecimento teórico e de reflexões sobre o tema envolvendo sempre as questões no âmbito escolar, familiar e socioambiental.

Conforme Graeff e Vaz (2008), para a realização do diagnóstico é necessário observar a frequência com que os sintomas se manifestam: eles devem aparecer em um número consideravelmente maior do que não aparecer, e a duração dos sintomas e a dificuldade que cada criança apresenta também devem ser contados como dados relevantes. Para o diagnóstico, é preciso que seja observado minuciosamente cada comportamento do paciente

Segundo Larroca e Domingos (2012), para o diagnóstico preciso do transtorno é necessário que os sintomas estejam nos critérios apresentados no DSM-IV.

**Quadro 2 - Critérios estabelecidos pelo DSM-IV**

A	<p>Ou (1) ou (2) (1) Desatenção: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento: a. frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;</p> <p>b. com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;</p> <p>c. com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;</p> <p>d. com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);</p> <p>e. com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;</p> <p>f. com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares e deveres de casa); g. com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex. brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);</p> <p>h. é facilmente distraído por estímulos alheios às tarefas;</p> <p>i. com frequência apresenta esquecimento em atividades físicas.</p> <p>(1) Hiperatividade: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:</p> <p>a. frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira; b. frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;</p> <p>c. frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);</p> <p>d. com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;</p> <p>e. está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”;</p> <p>f. frequentemente fala em demasia;</p> <p>g. frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;</p> <p>h. com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;</p> <p>i. frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo, intromete-se em conversas ou brincadeiras).</p>
B	Presença dos sintomas por alguns anos ou sintomas hiperativo-impulsivos que causam prejuízo presentes antes dos 7 anos (aplicado apenas aos casos de TDAH tipo hiperativo/ impulsivo ou combinado);
C	Algum prejuízo devido aos sintomas deve estar em pelo menos dois contextos;
D	Deve haver claras evidências de interferência no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional apropriado em termos evolutivos;
E	Ocorrência da perturbação de forma não exclusiva durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não é melhor explicada por outro transtorno mental, como Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno da Personalidade.

Fonte: Larroca e Domingos (2012).

Segundo Hernández (2007), mesmo sendo um transtorno bastante conhecido, que afeta grande parte da população, ainda não existe algum teste que determine com segurança se a criança é ou não portadora do TDAH.

O que afirmam também Graeff e Vaz (2008), que dissertam sobre a dificuldade gerada pela inexistência de testes neurológicos e psicológicos específicos à temática, que possam realmente diagnosticar o TDAH em uma criança. Porém, os autores ressaltaram que para esse processo de avaliação pode ser utilizada uma gama de técnicas e instrumentos a fim de auxiliar no processo avaliativo e diagnóstico, como entrevistas clínicas, uso de escalas, testes psicológicos e neuropsicológicos. Além da interação de uma equipe multidisciplinar para um entendimento mais global do caso a ser avaliado.

As escalas, por sua vez, indicam dados objetivos, com dados quantitativos dos sintomas. A Child Behavior Checklist (CBCL), a Escala Conners (validada no Brasil por Barbosa et al., 1997), a SNAP-IV (é composto pela descrição de 18 sintomas do TDAH) e a Escala de TDAH (Benczik, 2000) são usadas por professores junto aos pais, sendo utilizada a versão do CBCL, a Escala Conners (Barbosa e Stein, 1998) e, para a verificação de comorbidades, o K-SADS-E (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School- Age Children – Epidemiological Version).

A Child Behavior Checklist (CBCL) é uma escala de amplo espectro que cobre uma grande variedade de problemas, propiciando uma visão global do funcionamento da criança. O instrumento também vem indicando eficácia na detecção de comorbidades (PHELAN, 2005). A CBCL é composta por 138 itens: 20 destinados à avaliação da competência social, 118 destinados à verificação de problemas de comportamento e emocionais. A escala tem se mostrado confiável e precisa em relação à indicação do diagnóstico de TDAH (HUDZIAK et al., 2004).

Phelan (2005) afirma que a Escala Conners tem um funcionamento muito semelhante à CBCL, por ter características de uma escala de amplo espectro, mas também abordar de forma mais minuciosa alguns sintomas específicos. Ainda que essa escala esteja focada de forma significativa na detecção do TDAH, ela apresenta subescalas que abarcam aspectos como comportamento de oposição, problemas cognitivos, comportamento ansioso/tímido, perfeccionismo, além de apontar também para problemas sociais e instabilidade emocional.

O SNAP-IV é um questionário simples é composto pela descrição de 18 sintomas do TDAH, que é entregue aos professores e que possibilita a listagem de uma série de comportamentos, que por sua vez são avaliados de acordo com a intensidade e a frequência (PEREIRA et al., 2012).

O Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School- Age Children, Epidemiological Version (K-SADS-E) é um instrumento semiestruturado que vem sendo bastante utilizado para avaliação de comorbidades (MARTINS, et al., 2003).

Segundo Coutinho et al. (2009), diante dos testes neuropsicológicos, um instrumento chamado Teste de Atenção Visual (TAVIS-III) também é utilizado. É um teste dividido em três etapas, sendo elas: capacidade de exercer a seletividade, capacidade de alternância de conceitos e capacidade de sustentar a atenção consistente durante uma atividade contínua.

Para que a avaliação seja feita é necessário que estejam todos envolvidos, tanto os familiares quanto a escola, pois a criança pode apresentar diferentes sintomas e comportamentos em cada ambiente. Com o envolvimento de todos que participam do seu cotidiano, com a apresentação de todas as fraquezas, de todo o histórico familiar e escolar e a descrição do meio em que a criança está inserida, é possível dar início ao diagnóstico (GRAEFF; VAZ, 2008).

Assim como discorre Calegari (2002), o principal objetivo da avaliação e diagnóstico, além da identificação do TDAH, é analisar as condições acadêmicas, o histórico familiar, fatores psicológicos e psicossociais para que então seja delineado um plano de intervenção, adequado para cada paciente.

### **2.3 Formas de intervenção para crianças com TDAH**

Para quem sofre com o TDAH, o tratamento pode ser iniciado através de psicoterapias baseadas em evidências sobre o comportamento da criança e a partir de então, se dar início a intervenção, seja com o sujeito ou com os familiares, com o uso de medicamentos ou não (COUTO; MELO-JUNIOR; GOMES, 2010).

A intervenção com os pais e a escola é primordial para que o tratamento com a criança progrida e tenha sucesso. Em relação aos pais, é necessário que eles estejam por dentro do que acontece com o sujeito na presença e na ausência deles,

para que estejam capacitados então para lidar com os mais diversos comportamentos que venham a surgir.

Já na sala de aula, é fundamental observar como é o comportamento da criança, como é a relação com os colegas de classe, qual o grau de dificuldade apresentado por ela para conseguir realizar o que é pedido. É importante ressaltar a importância das práticas desenvolvidas no consultório e em casa serem realizadas também na escola, proporcionando a criança um desenvolvimento escolar igual de seus colegas. (MISSAWA; ROSSETTI, 2014)

Segundo Condemarin, Gorostegui e Milicic, (2006), os psicofármacos não possuem efeito curativo, mas tem como efeito ajudar a criança a se adequar melhor ao ambiente e a conseguir realizar suas atividades escolares e vivências sociais de forma agradável.

O quadro 3 mostra os efeitos dos medicamentos na atenção das crianças.

**Quadro 3 - Efeitos dos medicamentos na atenção das crianças**

<b>Efeitos Diretos</b>	<b>Efeitos Indiretos</b>
Efeitos favoráveis sobre a hiperatividade e a atenção.	Efeitos positivos psicossociais, relacionados com mudanças no que se refere ao entorno e à autoestima da criança.
Efeitos negativos farmacológicos: em relação às doses.	Efeitos adversos não farmacológicos: dependem da conotação do tratamento farmacológico.
Efeitos favoráveis na impulsividade.	Diminuição de erros na tarefa e nas condutas disruptivas. Adaptação social.
Efeitos favoráveis na atividade e na eficiência motora.	Atribuição de locus de controle externo sobre a conduta.
Efeitos favoráveis no aspecto cognitivo.	Melhor processamento da linguagem. Melhor processamento da informação. Melhora na memória e na eficiência da aprendizagem.
Efeitos adversos em aspectos psicossociais.	Rotulação da criança (necessidade de medicamentos). A criança pode se sentir diferente. Atribuição de êxito ou fracasso ao medicamento.
Mito sobre o efeito do medicamento: modificam todas as condutas as situações.	O medicamento modifica alguma de suas condutas em algumas situações, mas não todas as condutas em todas as situações

**Fonte:** Couto, Melo-Junior e Gomes (2010).

Somente médicos podem receitar medicamentos para crianças com TDAH. O papel do psicólogo é fazer com que a associação entre medicamento e terapia seja mais eficaz na vida do paciente, fazendo com que ele tenha uma qualidade de vida melhor e possa conviver de forma confortável com o transtorno (SENA; DINIZ NETO, 2008).

Para o tratamento psicoterápico é muito utilizada a terapia cognitivo comportamental:

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) dispõe de técnicas de autoinstrução, registro de pensamentos disfuncionais, solução de problemas, automonitoramento e autoavaliação, planejamento e cronogramas, sistema de pontos, punições, tarefas de casa, modelação e dramatização como meios de se trabalhar o autocontrole e a melhora sintomática nos portadores de TDAH (KNAPP, et al. 2003; KNAPP, 2002).

Porém, somente a psicoterapia pode ser baseada nas medicações verbais: se sozinha ela não é eficaz no tratamento, deve ser aliada ao medicamento, a fim de obter maior êxito. Outras intervenções também podem ser associadas, como a arte terapia (KNAPP, et al. 2003; KNAPP, 2002).

Através da arte terapia é possível que a criança ou o adolescente possa expressar seus sentimentos, seja em uma folha de papel com desenhos ou usando tintas, sempre de um jeito que ela possua uma liberdade e autonomia em escolher o que fazer. Utilizando o lúdico, o paciente também pode conseguir expressar o que não conseguiria verbalmente, o que facilita a exteriorização de seus sentimentos (STROH, 2010).

De acordo com Stroh (2010), a partir do momento em que o paciente consegue essa exteriorização de seus sentimentos através da arte, ele pode adquirir um autoconhecimento, encontrar suas dificuldades e limitações e ter consciência das melhorias que poderão ocorrer em sua vida, conseguindo assim, lidar com o transtorno.

### **3 CONCLUSÃO**

É notável que a criança diagnosticada com TDAH, além do tratamento necessita de uma atenção especial, tanto da família quanto dos seus professores.

Pois os sintomas podem ser adversos e a partir de como a criança recebe o apoio e incentivo eles podem vir de forma leve ou não.

Conclui-se que existem diversas formas de intervenção e tratamento para que esses sintomas possam ser controlados e a criança então conseguir estabelecer uma vida normal dentro de suas limitações.

## REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association, **Diagnostical and statistical manual of mental disorders**. Washington. D.C. 5. ed. 2014.

American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed. 2003.

ARANOWITZ, R. A. **Making sense of illness: science, society and disease**. cambridge: cambridge University Press. 1998.

ARRUDA, M. A. **Levados da breca: um guia sobre crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)**. Ribeirão Preto: Instituto Glia Cognição e Desenvolvimento, 2006.

BARBOSA, E. S., STEIN, L. M. Cem anos de história do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre. v. 21, n. 3, p. 228- 234. abr.1998. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572004000300009](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300009)> Acesso em: 10 abr. 2020.

BARBOSA, G. A. et al. Validación factorial de los indices de hiperactividad del cuestionário de Conners en escolares de João Pessoa. **Rev neuropsiquiatria da infância e adolescência**, João Pessoa, v. 5, n. 3, p. 118-25. 1997.

BARKLEY, R. A. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. **Psychol bull.** p. 65-94. 1997.

BENCZIK, E. B. P. **Escala de transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: versão para professores**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2000.

BIEDERMAN. J., et al. Family-environment risk factors for ADHD: a test of Rutter's indicators of adversity. **Arch gen psychiatry**. v. 52, n. 6, p. 464-70. jun.1995.

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

CONDEMARIN, M.; GOROSTEGUI, M. E. E; MILICIC, N. **Transtorno do déficit de atenção: estratégias para o diagnóstico e a intervenção psicoeducativa.** São Paulo: Editora Planeta do Brasil. 2006.

COUTINHO, G. et al. Concordância entre relato de pais e professores para sintomas de TDAH: resultados de uma amostra clínica brasileira. **Revista psiquiatria clínica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 97-100, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n3/v36n3a03.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2020.

COUTO, T. S.; MELO-JUNIOR, M. R.; GOMES, C. R. A. Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão. **Ciências e cognição**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1-10, abr. 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-58212010000100019](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212010000100019)> Acesso em: 26 abr. 2020.

FREITAS, C. R. **Corpos que não param: criança, TDAH e escola.** 2011. 195 f. Tese (Doutorado), Curso de Pedagogia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32310/000785436.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 maio 2020.

GRAEFF, R. L.; VAZ, C. E. Avaliação e diagnóstico do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Psicologia Usp**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 341-361, 01 out. 2008. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642008000300005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642008000300005&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em : 10 maio 2020

HUDZIAK, J. J. et al. **Screening for DSMIV externalizing disorders with the child behavior checklist: a receiver-operating.** v. 45, n. 7, p. 1299-307, out. 2004.

KNAPP, P. et al. Terapia cognitivo-comportamental no TDAH. In L. Rohde & P. Mattos (Orgs.), **Princípios e práticas em TDAH.** Porto Alegre: Artmed. 2003.

KNAPP, P. et al. **Terapia cognitivo-comportamental no TDAH: Manual do Terapeuta.** Porto Alegre: Artmed. 2002.

LEITE, W. **TDAH: estudo de prevalência em estudantes da primeira a quarta série do Ensino Fundamental do Município de Inhaúma-MG.** Monografia de Especialização, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2000.

LARROCA, L. M.; DOMINGOS, N. M. Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento. **Revista semestral da associação brasileira de psicologia escolar e educacional**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 113-123, jun. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pee/v16n1/12.pdf>> Acesso em: 10 maio 2020.

LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. **Arquivos brasileiros de psicologia**, Brasília:DF, 60, v. 1, n. 7. fev. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v60n1/v60n1a02.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2020.

HERNÁNDEZ, G. M. C. Transtorno por déficit de atención e hiperactividad. **Revista peruana de pediatría**, v. 60, n. 2, p. 126-131. 2007.

MARTINS, S. et al. Weekend holidays with methylphenidate use in ADHD children: a randomized clinical trial. **J Child adolesc psychopharmacol**. In Press, 2003.

MEA, C. P. D.; CAZAROTTO, A. M.; WAGNER, M. F. **Terapia cognitivo-comportamental e transtorno de déficit de atenção com hiperatividade**: relato de caso infantil. *Maringá*, v. 7, n. 3, set./ dez. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3628>>. Acesso em: 16 abr. 2020.

MISSAWA, D. D. A.; ROSSETTI, C. B. Psicólogos e TDAH: possíveis caminhos para diagnóstico e tratamento. **Construção psicopedagógica**, São Paulo, v. 22, n. 23, p. 81-90, dez. 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-69542014000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542014000100007)> Acesso em: 26 abr. 2020.

MUNHOZ, D. B. et al. **Revisão de literatura das psicoterapias para crianças e adolescentes com déficit de atenção e hiperatividade, TDAH**. 2012. 29 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-17042012-110657/pt-br.php>>. Acesso em: 15 out. 2019.

MORENO, G. I. **Hiperactividad, prevención, evaluación y tratamiento en la infancia**. Madrid: Ediciones Pirámide. 1995.

PEREIRA, A. P. P. et al. Avaliação de crianças pré-escolares: relação entre testes de funções executivas e indicadores de desatenção e hiperatividade. **Revista psicopedagogia**, Pinheiros, v. 29, n. 90, p. 279-289, 2012.

PÉREZ, C. M. EI TDAH en lá práctica clínica psicológica. Madrid. **Clínica y Salud**, v. 20, n. 3, p. 249-259. 2009. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1806/180613881006.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2020.

PHELAN, T. W. **TDA/TDAH**: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. São Paulo: M. Books. 2005. 246 p.

POETA, L. S., ROSA NETO, F. Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. **Revista brasileira de psiquiatria**. São Paulo. v. 26, n. 3, p. 150-155. set. 2004. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462004000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 10 out. 2019.

RIESGO, R.; ROHDE, L. A. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Em: Kapczinski, F.; Quevedo, J. e Izquierdo, I. Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: Artmed. 2004.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **Jornal do pediatra**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p.1-10, abr. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572004000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300009)>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SANTOS, L. F.; VASCONCELOS, L. A. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. **Psicol: teor pesq**. Brasília: DF, V, 26, n. 4, p. 717-24, out./dez. 2010. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722010000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 10 nov. 2020.

SENA, S. S.; DINIZ NETO, O. **Distraído e a 1000 por hora**: perguntas e respostas sobre TDAH. Belo Horizonte: Anomelivros. 2008.

SIBLEY, L. D. **Genetic diversity of toxoplasma gondii in animals and humans**. *Philos Trans R Soc*, 364: 2749–2761. 2013.

STROH, J. B. TDAH - diagnóstico psicopedagógico e suas intervenções através da Psicopedagogia e da Arteterapia. **Constr. psicopedag**. São Paulo, v. 18, n. 17, p. 83-105. dez. 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-69542010000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542010000200007)> Acesso em: 26 set. 2020.

VASCONCELOS, M. et al. Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o TDAH. **Arquivos de neuropsiquiatria**, São Paulo. v. 63, n. 1, p. 68-74, mar. 2005. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2005000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2005000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 26 abr. 2020.