

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE (TDAH) NO ENSINO FUNDAMENTAL: DIAGNÓSTICO OU RÓTULO?

ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY (ADHD) IN ELEMENTARY SCHOOL: DIAGNOSIS OR LABEL?

Franciely Stephany Franco Lopes Santos¹

Juliana Alves Duarte²

Vanessa Luane Rodrigues dos Santos³

Resumo: O estudo aborda o desafio do diagnóstico e tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) no contexto do ensino fundamental. As autoras discutem a prevalência do TDAH no Brasil, divergências de opinião sobre se o diagnóstico do transtorno e as implicações do rótulo associado a ele, e a importância de um tratamento preciso. Além disso, o texto descreve a metodologia utilizada em um estudo sobre o tema e fornece informações sobre a história e características do TDAH. Ao final, destacou-se a diferença entre diagnóstico e rótulo, enfatizando a importância de abordar o TDAH com cautela para não prejudicar o desenvolvimento da criança.

Palavras-chave: TDAH, rótulo, transtornos infantis, comunidade escolar, ritalina.

Abstract: The study addresses the challenge of diagnosing and treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the context of elementary school. The authors discuss the prevalence of ADHD in Brazil, differences of opinion on whether to diagnose the disorder and the implications of the label associated with it, and the importance of accurate treatment. Furthermore, the text describes the methodology used in a study on the topic and provides information about the history and characteristics of ADHD. In the end, the difference between diagnosis and label was highlighted, emphasizing the importance of approaching ADHD with caution so as not to harm the child's development.

Keywords: ADHD, label, childhood disorders, school community, ritalin.

¹Acadêmica do Curso de Psicologia da UNA Betim. E-mail: franestephan@gmail.com

²Acadêmica do Curso de Psicologia da UNA Betim. E-mail: juaduarte@gmail.com

³Acadêmica do Curso de Psicologia da UNA Betim. E-mail: valuane@gmail.com

Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Betim da rede Ânima Educação. 2023. Orientador: Prof. Alexandre Rocha Araújo, Mestre.

1 INTRODUÇÃO

O ensino fundamental nos dias de hoje tem um desafio muito grande, o grande número de alunos com o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Marcílio (2004) afirma que atualmente, estima-se que no Brasil há entre 5% e 8%, ou seja, de cada 20 crianças 1 tem TDAH. Com essas estatísticas aumenta em crianças o consumo de estimulantes utilizados no tratamento deste transtorno.

Segundo Rohde; Mattos (2003), o TDAH é apenas um rótulo para amenizar a culpa da escola, que não está adequada para as necessidades das crianças, e dos pais que não conseguem educar seus filhos, dessa forma apontando uma questão financeira para favorecer a indústria farmacêutica.

Já Arruda (2007) afirma que TDAH é um transtorno mental de origem neurobiológica, não é causado pela falta de educação da criança, conflitos familiares, ambiente no qual se convive ou educacionais, mas sim um distúrbio, que vai além da indisciplina ou desatenção. Ele afirma em seu texto, que a criança com TDAH têm consequências negativas que atingem famílias, e a sociedade que convive com a criança.

Essas diferenciações sobre o TDAH oferecem uma visão mais abrangente sobre o tema, visto que juntas, contribuem para uma compreensão mais completa e complexa do TDAH, agregando diferentes aspectos para sua abordagem.

Assim sendo, este estudo dispõe como objetivo geral abordar sobre o TDAH no ensino fundamental, dando enfoque na reflexão entre diagnóstico e rótulo. Como objetivos específicos têm-se: Discorrer sobre o TDAH, incluindo no contexto do ensino fundamental; abordar sobre o contexto diagnóstico e sobre rótulo em pacientes com TDAH; explicar sobre as opções de tratamento dessa condição; e elucidar o papel do psicólogo no âmbito do tratamento da criança com TDAH.

A subdivisão dos capítulos estruturou-se de modo a atender os objetivos do estudo, onde inicialmente realizou-se a abordagem sobre o TDAH, seguido do debate referente a diferenciação do diagnóstico e do rótulo, dando enfoque nas metodologias terapêuticas (farmacológica, terapia comportamental e a combinação das terapias farmacológica e comportamental), e finalizando evidenciando o papel significativo que o psicólogo dispõe na efetivação do tratamento da criança com TDAH.

2. METODOLOGIA

A metodologia empregada neste trabalho se deu por meio de pesquisa e revisão bibliográfica narrativa, contrapondo artigos, livros, periódicos científicos e técnicos, e na compilação de dados obtidos que relatam sobre o tema abordado.

Ao longo deste processo investigativo, foram utilizadas bases de dados eletrônicas como a Scielo, Google acadêmico e Pepsic. Foram utilizadas apenas publicações sobre o transtorno em língua portuguesa e inglesa, as publicações da Organização Mundial de Saúde (OMS), Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), com a idade aproximadamente de 10 anos nos seguintes termos: TDAH Rótulos, TDAH Diagnósticos e tratamentos, TDAH e a Psicologia, TDAH impacto na vida escolar.

Ao aplicar as terminologias supramencionadas nos buscadores eletrônicos utilizados, obteve-se um retorno inicial de 661 artigos relacionados ao tema em questão. Essa ampla gama de materiais foi submetida a um refinamento por meio de filtros específicos, como período de publicação, idioma e relevância direta ao escopo da pesquisa, resultando em uma seleção inicial de 210 artigos potencialmente relevantes. Em seguida, uma análise mais detalhada dos resumos e títulos desses artigos permitiu um filtro mais criterioso, reduzindo o conjunto para 80 estudos que pareciam mais alinhados aos objetivos da investigação. Dessa seleção mais restrita, após uma avaliação minuciosa dos textos completos, foram finalmente escolhidos e utilizados 58 artigos/materiais literários que melhor atendiam aos critérios de inclusão e agregam de maneira mais significativa para a pesquisa em questão.

3. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma patologia de origem neurobiológica, proveniente de ordem genética, possuindo influência dos aspectos ambientais. Indivíduos com esse transtorno apresentam, em suma, comportamento abstrato e inquietude, não dispendo de controle acerca das atitudes. (COELHO *et al*, 2010). Segundo Reis (2003), “O TDAH é um transtorno neuropsiquiátrico frequente, que acomete crianças, adolescentes e adultos, independente de país de origem, nível socioeconômico, raça ou religião”. (REIS *et*

al., 2023, p. 7). É válido salientar que esse transtorno surgiu no século XX, como sendo o primeiro transtorno psiquiátrico a ser diagnosticado e tratado em crianças.

Conforme ponderações da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA, 2023), pesquisas científicas indicam que indivíduos com TDAH apresentam modificações na área frontal do cérebro, assim como nas suas interconexões neurais.

A região frontal orbital, que se destaca na espécie humana em comparação com outros seres animais, desempenha um papel fundamental na inibição comportamental, ou seja, na capacidade de controlar ou reprimir comportamentos inadequados. Além disso, esta região é responsável pela atenção, memória, auto regulação, organização e planejamento. O que parece sofrer alterações nesta região cerebral é o funcionamento do sistema de substâncias neuroquímicas, nomeadamente dopamina e noradrenalina, que atuam como neurotransmissores. Estas substâncias desempenham um papel crucial na transmissão de informações entre os neurônios.

O TDAH é uma patologia comum, estudos em âmbito global evidenciam que a mesma é identificada em cerca de 3 a 5% das crianças (ABDA, 2023). Estudos realizados por Brown *et al.* (2001) evidenciam que esse transtorno afeta de 4 a 12% das crianças com faixa etária variando entre 6 a 12 anos. Em uma abordagem mais geral tem-se que indivíduos menores de 18 anos possuem prevalência de 5,29% do desenvolvimento da doença (POLANCZYK *et al.* 2007).

Dentre os principais sintomas é possível evidenciar hiperatividade, impulsividade e desatenção (COELHO *et al.*, 2010). De acordo com Rohde *et al.* (2000) esse transtorno mental crônico manifesta-se mais corriqueiramente durante a infância e adolescência, demonstrando desenvolvimento e sintomas singulares ao longo da vida.

Indivíduos com TDAH não conseguem se concentrar por muito tempo em atividades com implicações cognitivas, possuem propensão a trocar de atividades sem a conclusão das mesmas, aliado a prática demasiada de atividades de forma desorganizada e descontrolada (REIS *et al.*, 2023). Segundo a ABDA essa doença “se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade. Ele é chamado às vezes de DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção)”. (ABDA, 2023, p. 1).

O TDAH pode ser subdividido em três tipos específicos segundo estudos de Dupaul; J'stoner (2007) levando em consideração suas particularidades, sendo eles:

1) TDAH com prevalência na desatenção, 2) TDAH com prevalência na Hiperatividade-impulsividade e 3) TDAH com e sem prevalência de agressividade.

No que tange o TDAH com prevalência na desatenção, têm-se que este caracteriza-se principalmente pela presença de marcados sintomas de desatenção, sem sinais evidentes de hiperatividade ou impulsividade; manifesta dificuldades em reter informações na memória e demonstra aceleração sensório-motor.

Já o TDAH com prevalência na hiperatividade-impulsividade se destaca principalmente pela presença marcante de impulsividade e hiperatividade, sem a manifestação de sintomas de desatenção; exibe comportamentos que se assemelham a um transtorno de conduta.

Por fim, o TDAH com e sem prevalência de agressividade é caracterizado predominantemente por condutas antissociais, podendo afetar negativamente as interações interpessoais, acarretando desafios durante a adolescência e na idade adulta.

Segundo Mattos (2003) estudos evidenciaram que a incidência dos sintomas do TDAH manifestam-se, geralmente, após os sete anos de idade, acarretando em adversidades tão significativas, quanto às crianças que desencadearam os sintomas mais cedo. Os sintomas característicos desse quadro patológico frequentemente prejudicam as interações sociais, laborais e escolares (CONNERS, 2009).

A etiologia do TDAH é de cunho multifatorial, podendo estar relacionada ao âmbito hereditário (genético), influências ambientais, histórico de doença neurológica, além de possuir associação com intercorrências durante a gestação e no parto. Pontua-se que conflitos familiares e emocionais são capazes de causar consequências negativas no agravamento da doença, em alguns casos, até mais que a própria causa em si (CONNERS, 2009; ROHDE *et al.*, 2010).

Dados estimam que há maior incidência do TDAH em meninos do que em meninas, essa prevalência se dá em função dos sintomas de hiperatividade e impulsividade serem percebidos facilmente pelos familiares nos meninos, no entanto não aponta na literatura pesquisada qualquer registro que os meninos são mais vulneráveis ao transtorno. Alguns teóricos afirmam que é:

A razão da diferença na proporção de meninos/meninas entre os estudos antigos e recentes é simples: as meninas tendem a apresentar mais TDAH com predomínio de sintomas de desatenção; portanto, incomodam menos na escola e em casa do que os meninos, sendo então menos levadas a avaliação em serviços de saúde mental. Por isso, estudos recentes são

realizados com crianças e adolescentes da população em geral ou das escolas (ROHDE e BENCZIK, 1999, p,45).

Os autores destacam que, em comparação às meninas, os meninos tendem a demonstrar uma maior ocorrência de sinais hiperativos/impulsivos, que englobam comportamentos agressivos, gerando assim um impacto mais expressivo no ambiente escolar e em outras situações. Perante essas averiguações, torna-se evidente que existem equívocos em associar o TDAH somente ao gênero masculino. É igualmente perceptível que a ausência de um diagnóstico em meninas que apresentam personalidades mais tranquilas e acanhadas pode prejudicar essas crianças, uma vez que não recebem intervenção prévia adequada (ROHDE; BENCZIK, 1999).

Historicamente, quando há um crescimento nos diagnósticos de qualquer transtorno, é natural que surjam perguntas sobre a possibilidade de ser uma tendência passageira. No entanto, é importante ressaltar que o TDAH é amplamente pesquisado e reconhecido no âmbito científico. Ele está oficialmente catalogado na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1993. Logo, o aumento no número de diagnósticos deste Transtorno pode ser atribuído em grande parte, à crescente disseminação do conhecimento sobre o TDAH, em vez de ser meramente resultado de um costume passageiro.

É imprescindível que indivíduos com esse transtorno disponham de um diagnóstico preciso, visando à efetivação da terapêutica correta. Salienta-se que quando o paciente não é submetido ao tratamento, sua condição patológica pode vir a se agravar, impactando diversos segmentos sociais ao qual se insere, tais como o âmbito laboral e escolar, suscitando intercorrências secundárias, como baixa auto estima e problemas no contexto das relações interpessoais (COELHO *et al.*, 2010; MESQUITA, 2009; REIS *et al.*, 2023).

3.1 TDAH NO ENSINO FUNDAMENTAL

No contexto da educação brasileira, o Ensino Fundamental desempenha um papel crucial no desenvolvimento educacional de crianças e adolescentes, dividindo-se em Anos Iniciais (1º ao 5º ano) e Anos Finais (6º ao 9º) (BRASIL, 1996).

Recentemente, em novembro de 2021, foi promulgada a Lei 14.254, que estabelece diretrizes para o acompanhamento integral de educandos com condições

como dislexia, TDAH e outros transtornos de aprendizagem. Esta legislação, em seu Artigo 3º, ressalta a importância de um acompanhamento específico e precoce para educandos que apresentem dificuldades na leitura, escrita ou instabilidade na atenção, visando assegurar o seu pleno desenvolvimento dentro do ambiente escolar e demais áreas de sua vida, contando com o aporte de profissionais da saúde que possam vir a intervir terapêuticamente nesse contexto, tal como os psicólogos (BRASIL, 2021).

A faixa etária é um ponto crucial no perfil das crianças com TDAH, pois estudos, como o de Costa *et al.* (2017) destacam que a maioria dessas crianças é diagnosticada entre os 7 e 12 anos, uma fase denominada de "terceira infância", fase esta que contempla, justamente, o período educacional do ensino fundamental. Salienta-se que neste estágio, aspectos físicos e cognitivos estão mais consolidados, possibilitando maior interação em atividades escolares, esportivas e sociais, ademais, a definição de preferências alimentares, sociais e culturais também se inicia nesse período (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

De acordo com Queiroz *et al.* (2021), é crucial diagnosticar o TDAH o mais cedo possível, preferencialmente na segunda infância (entre 3 e 5 anos), isto é, antes destes adentrarem o ensino fundamental, visando a intervenção terapêutica precoce em comportamentos impulsivos que poderiam ter impactos mais negativos na vida acadêmica e social da criança. O acompanhamento atento dos pais ou responsáveis, observando os sinais de desarmonia no desenvolvimento psicomotor, é imprescindível para buscar orientação especializada, considerando a relevância do tempo no tratamento do TDAH.

Referente ao desempenho escolar, Oliveira (2019) destaca que todas as crianças com TDAH analisadas em sua pesquisa enfrentam dificuldades no processo de aprendizagem. Essa situação se torna especialmente evidente nos primeiros anos do Ensino Fundamental, período crucial para a alfabetização e o desenvolvimento de habilidades específicas, como leitura (dislexia), escrita (disgrafia) e cálculos (discalculia). Assim sendo, mediante o tipo de dificuldade encontrada, a criança pode enfrentar obstáculos significativos para acompanhar os colegas de turma, demandando maior atenção e inclusão.

4. DIAGNÓSTICO OU RÓTULO?

4.1 DIAGNÓSTICO

Segundo Mansur (2010) o diagnóstico pode ser definido como um procedimento intelectual complexo no qual é necessário discernir informações em meio a dados, hipóteses e diversas possibilidades. O referido autor complementa que “o processo diagnóstico segue critérios lógicos. Esses critérios podem variar de acordo com paciente, doença, conhecimento disponível, modelo lógico escolhido de análise, etc.” (MANSUR, 2010, p. 74).

No campo da psicologia, tal palavra dispõe de um significado mais amplo ao considerar o psicodiagnóstico, assim, têm-se que o objetivo principal do psicodiagnóstico é conduzir uma avaliação psicológica de ordem individual, com o propósito de compreender o funcionamento dos elementos que compõem a estrutura da personalidade de uma pessoa, tanto aqueles que se relacionam com o seu mundo interior (aspectos intrapsíquicos) quanto os que envolvem as interações com os outros (aspectos interpssíquicos), viabilizando uma análise abrangente e aprofundada do sujeito como um todo. (MÄDER, 2016).

O diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico (ROHDE *et al.*, 2000), exige a identificação de comportamentos específicos, presentes em mais de um contexto como em ambientes sociais, familiares e escolares. Comumente apoiado em critérios operacionais de sistemas classificatórios como recomenda o DSM-IV-RTM e o CID-11, juntamente com o reforço de exames neurológicos, a análise deste desenvolvimento deve gerar um comprometimento clinicamente importante do funcionamento social, acadêmico ou ocupacional (APA, 2020; OMS, 2022).

Para Lopes; Campos Júnior (2017) o diagnóstico do TDAH por ser um processo que depende substancialmente da avaliação clínica, é necessário evidenciar que esta deve ser fundamentada em uma anamnese detalhada conduzida com os pais, bem como com outros indivíduos do convívio do paciente, tais como professores e educadores. Esse procedimento clínico se fundamenta nos critérios estabelecidos no DSM, frequentemente auxiliado pelo uso de formulários como o *Swanson, Nolan, and Pelham-IV* (SNAP-IV)¹.

¹ O SNAP-IV é um questionário constituído por 26 questões que foi desenvolvido para avaliar sintomas de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em crianças e adolescentes. Pode ser preenchido por pais ou professores e abarca os sintomas listados no DSM-IV para ambos os transtornos: déficit de atenção/hiperatividade e transtorno desafiador de oposição (MATTOS; SERRA-PINHEIRO; ROHDE, 2006).

Os critérios diagnósticos médicos de acordo com o DSM-V são categorizados em dois principais grupos: desatenção e hiperatividade/impulsividade. Para que um diagnóstico de TDAH seja considerado, é necessário que a pessoa apresente seis ou mais sintomas de qualquer um desses grupos no caso de crianças, ou cinco ou mais sintomas no caso de adultos. Esses sintomas devem persistir por pelo menos seis meses, afetando negativamente as atividades sociais, acadêmicas ou profissionais da pessoa (DSM-V, 2014).

Adicionalmente, os critérios diagnósticos incluem: (1) início dos sintomas antes dos 12 anos de idade; (2) presença dos sintomas em dois ou mais ambientes, como na escola, em casa ou no trabalho; (3) evidências claras de dificuldades sociais devido aos sintomas; e (4) a exclusão de associação dos sintomas com transtornos psicóticos e a ausência de melhor explicação por outros transtornos mentais (DSM-V, 2014).

Entretanto, é crucial ressaltar que o DSM, por si só, não constitui uma ferramenta suficiente para a confirmação do diagnóstico médico do TDAH. Isso ocorre devido à sua natureza subjetiva quando a interpretação leva em consideração o contexto e a cultura nos quais o indivíduo está inserido. Conseqüentemente, uma abordagem mais abrangente e uma equipe multidisciplinar é necessária para se obter uma avaliação precisa e completa (LOPES; CAMPOS JÚNIOR, 2017; EFFGEM *et al*, 2017).

Uma equipe multidisciplinar composta por profissionais como psiquiatras, pediatras, psicólogos e neuropsicólogos é crucial para abordar o diagnóstico do TDAH de maneira holística. Essa abordagem permite uma análise mais profunda e precisa das manifestações do transtorno, levando em consideração não apenas os critérios clínicos do DSM, mas também fatores contextuais e culturais que podem influenciar a apresentação dos sintomas. Além disso, uma equipe multidisciplinar pode considerar outras condições médicas ou psicológicas que podem se sobrepor ao TDAH e requerer tratamento diferenciado (EFFGEM *et al.*, 2017).

Para Brites (2021), no contexto do diagnóstico, o psicólogo ao estabelecer o primeiro contato com a criança afetada, não apenas deve conduzir uma avaliação objetiva, mas também se empenhar em ouvir relatos de indivíduos que fazem parte do círculo de convívio da criança. Essa abordagem é essencial para evitar interpretações equivocadas do comportamento da criança e possibilita a construção de uma relação de confiança e vínculo entre o psicólogo, a criança e seu entorno.

Esse estágio inicial de avaliação é delicado, demandando paciência e, por vezes, resiliência por parte de todos os envolvidos, com o propósito de identificar de maneira precisa as causas subjacentes e as consequências do TDAH, possibilitando, assim, um tratamento eficaz.

Ainda de acordo com Kliegman *et al.* (2020) na avaliação de pacientes com suspeita de TDAH, é crucial investigar a presença de outros transtornos psiquiátricos, como transtornos de ansiedade, do humor, de aprendizagem, bem como, no contexto pediátrico, avaliar a existência de transtornos de desafio e oposição. Além disso, devem ser investigadas outras condições médicas, como deficiências auditivas, visuais, distúrbios do sono e até exposição ao chumbo, uma vez que esses fatores podem influenciar significativamente as funções cognitivas e o comportamento.

Os psicólogos têm à disposição uma variedade de ferramentas que podem ser empregadas no diagnóstico dessa condição, logo, em um primeiro momento é possível utilizar questionários padronizados como uma estratégia eficaz. Esses questionários são valiosos, pois fornecem informações substanciais relacionadas aos principais sintomas do TDAH, bem como seu impacto nas esferas da vida escolar, familiar e social da criança. Outra ferramenta que esses profissionais possuem é a análise observacional, que envolve a observação direta do comportamento da criança em diferentes contextos. Ademais, atividades práticas que visam fortalecer habilidades como memória, concentração e autocontrole podem ser incorporadas ao processo de psicodiagnóstico. A combinação dessas ferramentas contribui de modo significativo para a realização de um diagnóstico preciso do TDAH, uma vez que permite a compreensão mais profunda do grau do transtorno, o que, por sua vez, facilita a definição de um tratamento mais direcionado e eficiente para atender às necessidades específicas da criança (MARTINS *et al.*, 2021).

A falta de testes físicos, neurológicos, psicológicos e exames complementares deixa o diagnóstico do TDAH fortemente dependente da anamnese e dos critérios estabelecidos no DSM-V. Estes critérios estão intrinsecamente ligados à interpretação e subjetividade do profissional que conduz a avaliação, exigindo dele um profundo conhecimento no assunto para a realização de análises diagnósticas diferenciais mais precisas. Como resultado, a prática clínica se torna desafiadora e

suscetível a erros, podendo levar a diagnósticos falsos positivos ou ao que é conhecido como "over diagnóstico" (LARROCA; DOMINGOS, 2012).

Dito posto, o impacto do diagnóstico não se restringe à categorização de patologias e transtornos com base em normas estabelecidas, mas, de maneira mais profunda, ele molda uma realidade relacional e configura o ambiente social de desenvolvimento, criando padrões de comportamento (FUHRRAAD; XIMENES, 2013).

É essencial reconhecer que o diagnóstico de TDAH é uma tarefa que exige uma abordagem clínica cuidadosa e um profundo entendimento dos critérios de avaliação, uma vez que a subjetividade e a interpretação desempenham um papel significativo. Além disso, a conscientização sobre os limites da atual capacidade de diagnóstico é fundamental para evitar o superdiagnóstico e garantir que o tratamento seja direcionado de maneira apropriada para aqueles que realmente necessitam.

4.2 RÓTULO

Antes de se firmar o diagnóstico de TDAH, é imperativo que o profissional de saúde habilitado avalie a pertinência do mesmo, identificando as possíveis melhorias que podem ser oferecidas à criança e à sua família. É crucial notar que o diagnóstico, sem o devido acompanhamento e tratamento, pode ser considerado uma medida imprudente. Segundo ponderações de FuhrRaad; Ximenes (2013), quando a instituição escolar faz o encaminhamento de uma criança para avaliação, essa criança já é percebida como um indivíduo que enfrenta desafios e que necessita de intervenção especializada. Todavia, paradoxalmente, o diagnóstico pode vir a dispor de implicações significativas na vida do portador de TDAH, pois estabelece as bases para o surgimento do preconceito, e conseqüentemente, o rótulo.

De acordo com Matos (2018), o "rótulo" pode ser definido como uma designação atribuída a alguém, especialmente no contexto de diagnósticos psicopatológicos, que não apenas identifica um problema, mas também cria expectativas e estereótipos sobre o comportamento e os sentimentos dessa pessoa com base nesse diagnóstico, assim, esses estereótipos podem não refletir com precisão a realidade da pessoa em questão.

O rótulo atribuído aos indivíduos com TDAH vai além de uma simples denominação referente a um transtorno; ele estabelece um padrão relacional que não se limita à esfera pessoal, influenciando, em vez disso, as dinâmicas das relações sociais (BARTHOLO, 2007).

Sob a perspectiva da psicologia histórico-cultural, é possível compreender que os processos de saúde e doença estão intrinsecamente ligados às conjunturas sociais, formando o pilar de todas as interações humanas. Nesse âmbito, o cultivo de relacionamentos saudáveis, ancorados na qualidade das interações e na capacidade de diálogo, é uma estratégia eficaz para garantir que o indivíduo seja reconhecido e legitimado como sujeito, independentemente de seu diagnóstico, promovendo, assim, um desenvolvimento saudável e duradouro, mesmo no caso de transtornos ou diagnósticos. O foco reside no sujeito, e não em sua condição de saúde.

Nesse íterim, o sujeito, sob a ótica da psicologia histórico-cultural, representa o sujeito do pensamento, não sendo limitado ao processo cognitivo, mas sim ao processo de construção de significado. Esse sujeito, em seu ramal reflexivo, desempenha um papel essencial como um componente intrínseco de si mesmo e das esferas sociais nos quais está ativamente envolvido, tendo o potencial de influenciar outros espaços sociais (REY, 2003).

A naturalização dos processos sociais implica em incorporar o indivíduo em dinâmicas de origem social complexa, moldando sua identidade com base em sua condição social. Qualquer patologia social engloba uma dinâmica social que oferece respaldos sobre a organização da sociedade em que essa condição patológica se manifesta. No entanto, é importante destacar que o sistema tende a obscurecer a análise social dos processos de saúde e doença, o que corrobora para sua institucionalização legal e médica (REY, 2004).

Ainda de acordo com Rey (2004) as crenças e noções desenvolvidas no contexto social estabelecem padrões rígidos para definir o que é saúde e doença, pautando-se em metodologias externas aos processos vitais dos indivíduos e grupos envolvidos. Esse enfoque normativo fomenta limitações, preconceitos e recintos de identidade social que, muitas vezes, prejudicam mais as pessoas envolvidas do que o próprio estado de doença.

No caso do TDAH, o rótulo atribuído a esses indivíduos pode ser particularmente impactante. A noção de anormalidade se infiltra nas características

de comportamento específicas, levando à categorização patológica daqueles que exibem comportamentos concretos e sintomas individuais específicos. Como resultado, o transtorno substitui o sujeito, a doença substitui o indivíduo com transtorno, e assim por diante. Isso estabelece um modelo descritivo impessoal, que separa de maneira definitiva a doença do sujeito e, simultaneamente, o sujeito do contexto social (REY, 2004).

Todavia, é válido salientar que o diagnóstico frente a essa condição, traz consigo uma gama de consequências que podem ser tanto adversas quanto benéficas, logo, reconhecer essa dualidade é essencial. É preciso ter o entendimento que o processo diagnóstico é importante e não deve se transformar em um rótulo frente ao indivíduo. Este não deve definir a totalidade de uma pessoa, mas sim ser parte de uma compreensão mais abrangente e integrada da sua identidade, logo, têm-se a necessidade de não enxergar todo diagnóstico como rótulo ou uma marca indelével (REY, 2004; MATOS, 2018).

Portanto, isso implica encarar o diagnóstico não como um veredito final e/ou rótulo, mas como um ponto de partida para compreender as nuances individuais, oferecendo suporte e compaixão. Assim, a valorização do diagnóstico, ao mesmo tempo em que se evitam os estigmas e rótulos que podem surgir, é fundamental para garantir uma compreensão mais humana e integrativa das complexidades que envolvem a saúde mental (REY, 2004; MATOS, 2018).

5. OPÇÕES DE TRATAMENTO

5.1 TRATAMENTO

O tratamento do TDAH, requer uma conduta multimodal e abordagem interdisciplinar, que inclui três tipos de tratamentos: 1) o farmacológico; 2) terapia comportamental e 3) a combinação das terapias farmacológica e comportamental, sendo este último considerado como a forma mais eficaz (JESSEN, 2001; SWANSON *et al.*, 2001).

5.1.1 Tratamento Farmacológico

A intervenção farmacológica segundo especialistas é a forma mais eficaz para o tratamento do TDAH (JOHNSON; SAFRANEK, 2005; MATTOS, 2001).

Segundo Barkley *et al.* (2008), a adição de fármacos estimulantes promove uma amenização dos sintomas motores, impulsividade e desatenção e uma elevação das interações sociais e desempenho acadêmico.

No Brasil, para o tratamento do TDAH, estão disponíveis estimulantes como o metilfenidato e derivados de anfetaminas. O metilfenidato possui três formulações com diferentes durações de efeito: Ritalina (cerca de 3-5 horas), Ritalina LA (aproximadamente 8 horas) e Convertê (até 12 horas). Além disso, o derivado de anfetamina utilizado comumente é o Venvanse (dimesilato de lisdexanfetamina), com um tempo de ação de cerca de 12 horas, recomendado para crianças com peso corporal superior a 20 kg (ANDRADE; VASCONCELOS, 2018; ABDA, 2017). A escolha entre essas opções é fundamentada levando em consideração o período de duração do efeito desejado no tratamento, comumente priorizando-se fármacos de ação prolongada, mas também complementando, quando necessário, com opções de ação mais curta, tencionando atender às necessidades individuais de cada paciente com TDAH (ANDRADE; VASCONCELOS, 2018; BORIM *et al.*, 2018).

De acordo com as diretrizes estabelecidas pela ABDA (2017), os estimulantes são considerados a primeira linha terapêutica medicamentosa para o TDAH em crianças. Contudo, é válido salientar que se um estimulante específico não produzir os resultados terapêuticos desejados, a abordagem inicial é a substituição por outro estimulante disponível antes de considerar uma mudança para uma classe farmacológica diferente. Somente se todas as opções de estimulantes forem esgotadas e os resultados ainda não forem satisfatórios, a próxima escolha recomendada é iniciar um tratamento com antidepressivos.

Dentre os antidepressivos disponíveis no Brasil, os mais indicados para o tratamento do TDAH são atomoxetina, imipramina, nortriptilina e bupropiona. Se, mesmo após tentativas com diferentes antidepressivos indicados, o objetivo terapêutico não for alcançado, a clonidina é considerada a próxima opção recomendada (ABDA, 2017).

É importante ressaltar que, quando se trata de crianças com menos de 6 anos de idade, a abordagem do tratamento com estimulantes deve ser restrita a situações em que o comprometimento funcional devido ao TDAH seja classificado como moderado a grave e não apresenta melhora após a implementação de intervenções não medicamentosas, como o tratamento comportamental, sendo este considerado

a primeira linha de intervenção para crianças nessa faixa etária (ANDRADE; VASCONCELOS, 2018; JEROME, 2020).

Somente quando outras opções não surtem efeito após um período de pelo menos 8 semanas, a prescrição de medicação pode ser considerada. Nesse caso, é recomendada a administração de metilfenidato em baixas doses. Essa abordagem visa garantir que a intervenção medicamentosa seja uma medida cuidadosamente considerada e utilizada somente quando estritamente necessária (ANDRADE; VASCONCELOS, 2018; JEROME, 2020).

5.1.2 Tratamento Comportamental

No contexto da intervenção psicoterapêutica destinada a crianças que enfrentam o desafio do TDAH, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se destaca como uma abordagem recomendada devido à sua comprovada eficácia na promoção de comportamentos mais funcionais (LOIOLA, 2020). Essa modalidade terapêutica visa a implementação de mudanças comportamentais e emocionais a longo prazo, através da modificação das crenças e pensamentos do indivíduo, utilizando técnicas que orientam o paciente a lidar com os sintomas característicos desse transtorno (SOUZA; SILVA, 2021).

Quando se trata do tratamento de crianças, torna-se evidente a necessidade de adaptar as técnicas da TCC ao universo infantil para assegurar a adesão eficaz ao tratamento e, conseqüentemente, uma resposta terapêutica satisfatória. Essa adaptação inclui a utilização de uma linguagem acessível às crianças e o emprego de estratégias que envolvem materiais lúdicos e atividades manuais (SOUZA, 2020).

Dentre as técnicas disponíveis no âmbito da TCC, algumas se destacam no manejo de crianças com TDAH, tais como a psicoeducação, direcionada tanto ao paciente quanto à sua família, o treinamento para resolução de problemas, o desenvolvimento de habilidades sociais e o treinamento dos pais e/ou familiares (SOUZA; SILVA, 2021).

A psicoeducação engloba a oferta de informações tanto ao paciente como à sua família referente aos sintomas, perspectivas futuras e opções de terapêuticas disponíveis. Ter um entendimento claro desses aspectos do transtorno é crucial para garantir que o tratamento seja seguido adequadamente e que os objetivos terapêuticos sejam alcançados de maneira satisfatória. O treinamento em solução

de problemas, por outro lado, concentra-se na melhoria das habilidades das crianças com TDAH para lidar com determinadas dificuldades. Essa técnica visa desenvolver competências de autorregulação e autogerenciamento, promovendo uma maior flexibilidade cognitiva e melhor planejamento dos atos. Dessa forma, têm-se um aumento das opções disponíveis para enfrentar situações adversas (SOUZA; SILVA, 2021; LOIOLA, 2020).

No que se refere ao treinamento em habilidades sociais, ele envolve instruir as crianças sobre comportamentos interpessoais adequados conforme as normas sociais e culturais, o que ajuda a evitar atitudes impulsivas inadequadas que comumente resultam em uma visão negativa das crianças com TDAH e sua subsequente exclusão por parte de seus colegas. Por último, o treinamento de pais e familiares é uma técnica que se baseia em intervenções psicoeducativas, como objetivo de esclarecer informações cruciais sobre o transtorno e proporcionar orientação aos pais e/ou responsáveis sobre como identificar padrões de comportamento adequados e inadequados, bem como reagir de maneira apropriada a cada um deles. Isso visa estimular comportamentos desejáveis e mitigar comportamentos indesejáveis nas crianças afetadas (SOUZA; SILVA, 2021; LOIOLA, 2020).

É importante salientar a distinção entre tratamento comportamental e cognitivo-comportamental, pois epistemologicamente apresentam diferenças significativas. Enquanto o tratamento comportamental concentra-se na modificação dos comportamentos observáveis, o cognitivo-comportamental incorpora a análise e a intervenção nas cognições subjacentes aos comportamentos. Essa diferença epistemológica reflete-se na abordagem terapêutica, com o primeiro visando diretamente a mudança comportamental e o segundo abordando as conexões entre pensamentos, emoções e ações como alvo principal da intervenção (SOUZA; SILVA, 2021; LOIOLA, 2020).

5.1.3 Tratamento Combinado: Farmacológico e Comportamental

Uma abordagem combinada para o tratamento do TDAH pode envolver tanto intervenções farmacológicas quanto comportamentais, visto o caráter multimodal da intervenção nesses casos. Desse modo é possível analisar os achados de Barkley; Smith; Shapiro (2008) que conduziram um estudo de longo prazo para avaliar os

efeitos de diferentes abordagens de tratamento do TDAH em crianças de 7 a 9,9 anos. As crianças foram divididas em quatro grupos: apenas medicação, apenas terapia comportamental, combinação de medicação e terapia comportamental e um grupo de comparação da comunidade. O estudo envolveu tratamento psicossocial (TCC) com foco em crianças, pais e escola, incluindo sessões em grupo e individuais para os pais, tratamento intensivo para as crianças e sessões com os professores. O tratamento medicamentoso envolveu a administração de metilfenidato e, em alguns casos, dextroanfetamina. Os resultados mostraram que todos os grupos tiveram melhorias nos sintomas, mas o grupo que recebeu tratamento combinado teve a melhor progressão, com taxas de sucesso de 68%. Os grupos que receberam tratamento apenas medicamentoso tiveram taxas de sucesso de 56%, enquanto aqueles que receberam apenas tratamento terapêutico tiveram taxas de sucesso de 34%, e o grupo de comparação da comunidade teve uma taxa de sucesso de 25%.

Já Coelho *et al.* (2017) conduziram um estudo com 60 crianças com TDAH, divididas em dois grupos: um grupo recebeu tratamento medicamentoso com metilfenidato, enquanto o outro recebeu tratamento combinado (farmacológico e comportamental). Ambos os grupos seguiram um protocolo de dosagem do metilfenidato. O grupo de tratamento psicoterapêutico teve 28 sessões abordando diversas metas, incluindo psicoeducação e treinamento parental. Os resultados mostraram que o grupo de TCC teve uma melhor adesão ao tratamento, melhora em sintomas periféricos e desenvolvimento de habilidades sociais, como empatia, assertividade e autocontrole.

Catalá-Lopes *et al.* (2017) realizou um estudo comparativo de ensaios clínicos randomizados, contemplando 26.114 participantes com TDAH, avaliando 52 intervenções agrupadas em 32 classes terapêuticas. Os resultados indicaram que a TCC em combinação com fármacos psicoestimulantes demonstrou ser superior à farmacoterapia isolada e apresentou um perfil de aceitabilidade melhor.

Os presentes estudos corroboram a premissa da abordagem terapêutica combinada é, de fato, benéfica ao paciente com TDAH, todavia, é fundamental destacar a importância da colaboração ativa de pais, crianças, escolas e profissionais de saúde para garantir o sucesso de um plano de intervenção, especialmente quando a terapia comportamental é necessária. Além disso, é crucial

realizar um acompanhamento regular e atento dos efeitos positivos e negativos dos medicamentos para assegurar o êxito do tratamento.

5.2 PAPEL DO PSICÓLOGO NO ÂMBITO DO TRATAMENTO DA CRIANÇA COM TDAH

Conforme Alves (2017) e Desidério; Miyazaki (2007) argumentam, a psicologia, na qualidade de uma ciência dedicada ao estudo, tratamento e compreensão das condições mentais, emocionais e comportamentais dos indivíduos, possui o potencial significativo de desempenhar um papel central no tratamento de crianças diagnosticadas com TDAH. Essa afirmação encontra respaldo na capacidade dos profissionais psicólogos de identificar de forma mais precisa os desafios inerentes a esse transtorno e de direcionar abordagens terapêuticas, incluindo exercícios e estratégias cotidianas, que auxiliam tanto a criança afetada quanto seus familiares a lidar de maneira eficaz com as ramificações adversas do TDAH.

O papel do psicólogo frente ao tratamento desse transtorno é pautado em lidar com as causas e os impactos do TDAH na vida das crianças, por meio das sessões entre o profissional e o paciente.

No âmbito do tratamento ao paciente com TDAH que se encontra no Ensino Fundamental, o exercício do psicólogo deve ir além do atendimento clínico, devendo estender sua atuação à escola e à interação com a família, funcionando como um elo entre esses ambientes (OLIVEIRA; ANDRADE, 2018).

Em colaboração próxima com educadores, o psicólogo adapta o ambiente escolar às necessidades específicas da criança com TDAH. Ele oferece orientações e estratégias, implementando métodos de aprendizado adaptados, estabelecendo rotinas estruturadas e fornecendo suporte para lidar com situações desafiadoras dentro da sala de aula (ALMEIDA *et al.*, 2017; MACHADO, 2019).

Por meio de intervenções práticas, o psicólogo ajuda a criança a gerenciar os sintomas do TDAH, implementando técnicas de organização, utilizando lembretes visuais, estabelecendo rotinas e promovendo métodos de estudo eficazes. Essas estratégias visam não apenas melhorar o desempenho acadêmico, mas também fortalecer habilidades sociais e de autocuidado, promovendo o desenvolvimento integral da criança (ALMEIDA *et al.*, 2017).

No contexto psicoterapêutico da criança com TDAH é possível salientar que existem diversas técnicas de intervenção que podem ser adotadas, com o intuito de capacitar a criança a compreender a si mesma, sobretudo em relação às situações que frequentemente a levam à distração. Esse processo é de vital importância, pois permite que a criança perceba a possibilidade de aprimorar sua capacidade de concentração durante a realização de atividades, assim, essa autopercepção é um passo fundamental para o progresso no tratamento do TDAH (MACHADO, 2019).

Almeida *et al.* (2017) complementa que esse profissional oferece suporte direto à criança com TDAH, utilizando abordagens terapêuticas, como a TCC para ajudar a compreender os sintomas e desenvolver estratégias para enfrentar os desafios diários; trabalhando para identificar e fortalecer as habilidades da criança, promovendo sua autoestima e habilidades de enfrentamento.

Nesse estágio, o psicólogo trabalha em conjunto com os pais ou responsáveis, orientando-os sobre as abordagens a serem adotadas e destacando as possibilidades reais da criança superar as dificuldades impostas pelo transtorno. À medida que o paciente superar os desafios, tanto ele quanto sua família podem vir a perceberem melhorias significativas em sua saúde mental e comportamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos diversos pontos abordados sobre o TDAH no contexto do ensino fundamental, torna-se evidente a complexidade que envolve a discussão sobre diagnóstico versus rótulo. O embate entre esses aspectos não é simples, pois o diagnóstico, por um lado, é crucial para identificar as necessidades específicas das crianças afetadas, permitindo intervenções e tratamentos adequados. Por outro lado, a rotulação pode criar estigmas, limitações e influenciar as dinâmicas sociais, muitas vezes definindo a criança pelo transtorno que possui.

É essencial reconhecer que o diagnóstico é um ponto de partida, não o destino final, pois ele deve ser encarado como uma ferramenta para compreender melhor as necessidades individuais e promover intervenções que possibilitem o desenvolvimento saudável da criança. No entanto, é crucial evitar a simplificação excessiva que reduz a criança ao seu diagnóstico, ignorando sua individualidade, potenciais e desafios únicos.

A perspectiva histórico-cultural ressalta a importância de não deixar o diagnóstico eclipsar a identidade do sujeito, assim, o foco deve estar na compreensão do indivíduo como um ser complexo, parte integrante de um contexto social, e não apenas como alguém definido por um transtorno. É fundamental adotar abordagens terapêuticas que considerem a criança como um todo, levando em conta seu ambiente familiar, escolar e social.

Os desafios causados por esse transtorno transcendem o espaço escolar, ele afeta a criança no dia a dia e a quem convive com ela: a família, os amigos, relacionamentos afetivos e na fase adulta até o lado profissional. Por isso é necessário o diagnóstico preciso, o tratamento adequado e a relevância de conhecer os dois lados, o que defende o TDAH como distúrbio, e o outro que acredita ser apenas um rótulo.

O papel do psicólogo é de suma importância nesse contexto, pois além de fornecer suporte terapêutico, ele atua como mediador entre a criança, a escola e a família, buscando estratégias que sejam adaptadas às necessidades específicas do aluno com TDAH. A orientação dos profissionais de saúde e educadores é crucial para garantir um ambiente favorável ao desenvolvimento da criança, promovendo suas habilidades e minimizando os impactos do transtorno.

Portanto, a conclusão desse estudo ressalta a necessidade de um olhar mais amplo e humano sobre o TDAH no ambiente escolar. É imprescindível reconhecer a importância do diagnóstico como ponto de partida para intervenções direcionadas, ao mesmo tempo em que se evita a rotulação que possa limitar as potencialidades das crianças. A abordagem multidisciplinar, o entendimento da singularidade de cada caso e a valorização do indivíduo para além do diagnóstico são fundamentais para garantir um ambiente inclusivo e de apoio às crianças com TDAH no ensino fundamental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, R. S. *et al.* O trabalho do psicólogo escolar/ educacional junto aos professores do ensino fundamental I frente aos problemas de aprendizagem na perspectiva da neurociência. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**. 2017.

ALVES, B. M. Estudo de caso sobre uma criança com TDAH: tecendo olhares sobre o percurso escolar. Universidade de Brasília – **UNB**. Brasília/DF, 2017. 57p.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). **Publication manual of the American Psychological Association**. 7° ed., 2020.

ANDRADE, P. F. S. M.; VASCONCELOS, M. M. Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. **Rev. Residência Pediátrica**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 64-71, 2018.

ARRUDA, M. A. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade / abordagem sinóptica para o não-especialista. In: VALLE, L. E. L. R.; PINTO, K. O. (Orgs.). *Mente e Corpo: integração multidisciplinar em neuropsicologia*. Rio de Janeiro: **Wak Ed.**, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO – ABDA. **O que é TDAH**. Disponível em: <<https://tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah/>>. Acesso em: 14 de out. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO – ABDA. **Tratamento**. 2017. Disponível em: <https://tdah.org.br/tratamento/>. Acesso em: 01 de nov. 2023.

BARKLEY, R. A. *et al.* Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento. 3ª ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2008.

BARKLEY, R. A.; SMITH, B. H.; SHAPIRO, C. J. Terapias Infantis Combinadas. In: Barkley RA. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento. 3a ed. Porto Alegre: **Artmed**; 2008.

BARTHOLO, R. Nos limites da ação, Preconceito, Inclusão e Deficiência. Alteridade e preconceito. (Org): TUNES, E.; BARTHOLO, R. São Carlos, SP: **Edufscar**. 2007.

BORIM, C. P. *et al.* Atuação psicopedagógica na relação entre o professor e o aluno com TDAH. **Revista Educação em Foco**, Minas Gerais, n. 10, p. 166-184, 2018.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 03 de nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.254, de 30 de novembro de 2021**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14254.htm. Acesso em: 01 de nov. 2023.

BRITES, C. Como lidar com mentes a mil por hora: entenda o TDAH de uma vez por todas e descubra como mentes hiperativas e desatentas podem ter uma vida bem-sucedida. Rio de Janeiro: **Vozes**, 2021.

BROWN, R. T. *et al.* Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. **Pediatrics**. 2001.

CASTRO, C. X. L.; LIMA, R. F. Consequências do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na idade adulta. **Revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia**. Vol. 36, nº 18. Brasília, 2018.

CATALÁ-LOPES *et al.* The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. **PLoS One**, v.12, n.7, 2017.

COELHO, L. *et al.* Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na criança: aspectos neurobiológicos, diagnóstico e conduta terapêutica. **Acta Med Port**, v. 4, n. 23, p. 689 - 696, 2010.

CONNERS, C. K. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento. Porto Alegre: **Artmed**. 2009.

COSTA, C. R. *et. al.* Perfil psicomotor de crianças com TDAH no município de Presidente Prudente. **Revista Gestão e Saúde**. Vol. 4, nº 2. Presidente Prudente/SP, 2017.

DESIDÉRIO, R. C. S.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (TDAH): Orientações para a família. **Psicol. Esc. Educ.**, 2007.

DIAS, M. B. Manual do Direito de Família. São Paulo: **Saraiva**, 2019.

DUPAUL, G.; J,STONER, G. TDAH nas Escolas: Estratégias de Avaliação e Intervenção. São Paulo: **M. Books do Brasil Ltda**, 2007.

EFFGEM, V. *et al.* A visão de profissionais de saúde acerca do TDAH - processo diagnóstico e práticas de tratamento. **Construção psicopedagógica**, v. 25, n. 26, p. 34-45, 2017.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: **UEC**, 2002.

FUHRRAAD, I. L.; XIMENES, P. Contribuição da Psicologia para a educação. In. TUNES, E. O fio tenso que une a psicologia à educação. Brasília: **UniCEUB**, 2013.

JEROME, D. Approach to diagnosis and management of childhood attention deficit hyperactivity disorder. **Can Fam Physician**, Canada, v. 66, n. 10, p. 732-736, 2020.

JESSEN, P. S. ADHD comorbidity and treatment outcomes in the MTA [introduction to the special section]. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 2001.

JOHNSON, L. A.; SAFRANEK, S. What is the most effective treatment for ADHD in children? **Journal of Family Practice**, 2005.

KLIEGMAN, R. M. *et al.* Tratado de pediatria. **Elsevier Health Sciences**, 2020.

LARROCA, L. M.; DOMINGOS, N. M. TDAH-Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 16, n. 1, p. 113-123, 2012.

LOIOLA, G. M. Interfaces entre avaliação neuropsicológica infantil e terapia cognitivo-comportamental: contribuição para a prática clínica com crianças com TDAH. **Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**. Minas Gerais, v. 5, n. 9, 2020.

LOPES, F. A.; CAMPOS JÚNIOR, D. Tratado de Pediatria– Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manole**, 4ª edição. 2017.

MACHADO, J. P. **A relação entre aprendizagem e desenvolvimento em pesquisas brasileiras sobre desenvolvimento de atenção e TDAH**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal de Uberlândia – UFUB. 2019. 194p.

MACIEL, C. C. M. et. al. O papel da colaboração da família-escola no desenvolvimento da aprendizagem de crianças com transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade. **Revista Educação Pública**. Vol. 21, nº 32. 2021.

MÄDER, B. J. (org). **Avaliação Psicológica: dimensões, campos de atuação e pesquisa**. Curitiba, 2016.

MANSUR, A. J. Diagnóstico. **Rev. Diagno. Tratamento**, 2010.

MARCÍLIO, L. F. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade / impulsividade – diagnóstico e tratamento farmacológico. In: VALLE, L. E. L. R. (Org.). Temas multidisciplinares de neuropsicologia e aprendizagem. Ribeirão Preto, SP: **Tecmedd**, 2004.

MARTINS, L. A. J. et. al. O papel do psicólogo frente a criança com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). **Rev. de Pesquisa em Humanidades e Ciências Sociais**. Vol. 9, nº 9. São Paulo, 2021.

MATOS, J. P. A. **Rotulação diagnóstica psiquiátrica e atribuição de autonomia**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal da Bahia. Bahia, 2018.

MATTOS, M. A.; SERRA-PINHEIRO, L. A. ROHDE, D. P. A. Versão brasileira do MTA-SNAP-IV para avaliação de sintomas de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de oposição-desafiador. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, 28, pp. 290-297, 2006.

MATTOS, P. **No Mundo da Lua: perguntas e respostas sobre Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos**. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

MESQUITA, R.C. **A implicação do educador diante do TDAH: Repetição do discurso médico ou construção educacional?** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

OLIVEIRA, H. F. L.; ANDRADE, A. M. O papel do psicólogo no âmbito escolar junto a equipe pedagógica no ensino-aprendizagem de alunos com tdah. Anais III CINTEDI. Campina Grande: **Realize Editora**, 2018.

OLIVEIRA, V. A. **O TDAH e o desempenho escolar:** um estudo de caso. Monografia apresentada ao curso de Pedagogia, Universidade Federal da Bahia – UFBA. Salvador/BA, 2019

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Adoção da CID-11.** Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases#:~:text=ICD-11%20Adoption-,The%20latest%20version%20of%20the%20ICD%2C%20ICD-11%2C%20was,1st%20January%202022.%20>. Acesso em: 05 de nov. 2023.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento Humano. 8ªed. Porto Alegre: **Artmed**, 2006.

POLANCZYK, G. *et al.* The Worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. **Am J Psychiatry**. 2007.

QUEIROZ, S. S. *et. al.* Experiência de aprendizagem em natação para crianças, com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): aspectos didáticos e pedagógicos. **Revista Brasileira de Educação**. Vol. 64, nº 32. Vitória/ES, 2021.

REIS, A. *et al.* **TDAH – Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: uma conversa com educadores.** Disponível em: <https://www.tdah.org.br/wp-content/uploads/site/pdf/tdah_uma_conversa_com_educadores.pdf>. Acesso em: 12 de out. 2023.

REY, G. F. L. O social na psicologia e a psicologia social. Petrópolis, **Vozes**. 2004.

REY, G. F. L. Sujeito e subjetividade. São Paulo: **Thomson**. 2003.

ROHDE L. A.; MATTOS, P. (org). Princípios e práticas em TDAH. Porto Alegre: **Artmed**, 2003.

ROHDE, L. A. *et. Al.* Transtorno de Déficit de Atenção/hiperatividade. **Revista brasileira de psiquiatria**, 2000.

ROHDE, L. A. P.; BENCZIK, E. B. P. Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade: o que é? Como ajudar?. Porto Alegre: **Artmed**, 1999.

SOUZA, J. M. Intervenção da terapia cognitivo-comportamental (TCC) em crianças com TDAH. **Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, Minas Gerais, v. 5, n. 9, 2020.

SOUZA, V. S.; SILVA, D. Techniques used for the treatment of Attention Deficit and/or Hyperactivity Disorder (ADHD) in Cognitive Behavioral Therapy (CBT). **Journal of Research in Humanities and Social Science**, Indonesia, v. 9, n. 8, 2021.

SWANSON, J., *et al.* Genes and attention-deficit hyperactivity disorder. **Clinical Neuroscience Research**, 1(3), 207-216. 2001.

Título do trabalho: TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE (TDAH) NO ENSINO FUNDAMENTAL: DIAGNÓSTICO OU RÓTULO?

Docente Orientador: Alexandre Rocha Araújo

Docente avaliador: Luiz Guilherme Mafle

Estudantes: Franciely Stephany Franco Lopes Santos; Juliana Alves Duarte; Vanessa Luane Rodrigues dos Santos

Orientador: 60 pontos

Professor avaliador: 40 pontos

Avaliação do processo de supervisão- 20 pontos da orientadora/avaliação individual

Categoria/Valor	Notas/ orientador
Presença nas orientações: 5 pontos	3
Participação nas orientações: 5 pontos	3
Cumprimento das orientações: 5 pontos	5
Investimento: 5 pontos	4

Trabalho escrito: 20 pontos

Categoria/Valor	Orientador	Professora avaliador
Conteúdo: 4 pontos	4	4
Normas ABNT: 4 pontos	4	4
Sequência do trabalho (começo, meio e fim): 4 pontos	4	4
Reflexão crítica: 4 pontos	4	4
Qualidade linguagem: 4 pontos	4	4

Apresentação oral: 20 pontos

Categoria/Valor	Orientador	Professora avaliador
Material gráfico: 4 pontos	4	4
Exposição do conteúdo: 10 pontos	8	8
Tempo: 2 pontos	2	2
Domínio resposta: 2 pontos	1,5	1,5
Comportamento diante dos questionamentos da banca: 2 pontos	2	2

Nota total: 90 (noventa) pontos

ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 13 dias do mês de dezembro, do ano de dois mil e vinte e três, realizou-se a banca de defesa do Trabalho de Conclusão do Curso Psicologia do Centro Universitário UNA – Campus Betim, dos/as estudantes: **Franciely Stephany Franco Lopes Santos; Juliana Alves Duarte; Vanessa Luane Rodrigues dos Santos.**

com o título: **TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE (TDAH) NO ENSINO FUNDAMENTAL: DIAGNÓSTICO OU RÓTULO?**

A Comissão Examinadora foi constituída pelo professor orientador **ALEXANDRE ROCHA ARAÚJO** e o docente convidado **LUIZ GUILHERME MAFLE**. Após apresentação oral dos/as autores/as, seguiu-se às arguições dos docentes. Terminada as exposições orais, a comissão, em sessão secreta, passou aos trabalhos de julgamento. A comissão considerou o trabalho APROVADO.

A banca, considerando que o trabalho de conclusão de curso foi desenvolvido de forma adequada, não sugere modificações obrigatórias.

Observação: fazer os ajustes no texto, conforme proposições da professor avaliador.

Betim, 13 de dezembro de 2023.



Professor orientador
Alexandre Rocha Araújo



Professor avaliador
Luiz Guilherme Mafle