



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**LÚCIO OMAR MEIRELES NOVAIS**

**O PAPEL DO ENFERMEIRO JUNTO A CRIANÇAS  
COM TRANSTORNO DO DEFICIT DE ATENÇÃO E  
HIPERATIVIDADE (TDAH) NA FASE ESCOLAR**

ARIQUEMES - RO  
2011

**Lúcio Omar Meireles Novais**

**O PAPEL DO ENFERMEIRO JUNTO A CRIANÇAS  
COM TRANSTORNO DO DEFICIT DE ATENÇÃO E  
HIPERATIVIDADE (TDAH) NA FASE ESCOLAR**

Monografia apresentada ao curso de  
Graduação em Enfermagem da Faculdade  
de Educação e Meio Ambiente – FAEMA,  
como requisito parcial à obtenção do Grau  
de bacharelado em Enfermagem.

Profª. Orientadora: Esp. Sonia Regina  
Batini  
Profº. Coorientador: Dr. Diego Santos  
Fagundes

Ariquemes - RO

2011

**Lúcio Omar Meireles Novais**

**O PAPEL DO ENFERMEIRO JUNTO A CRIANÇAS COM  
TRANSTORNO DO DEFICIT DE ATENÇÃO E  
HIPERATIVIDADE (TDAH) NA FASE ESCOLAR**

Monografia apresentada ao curso de  
Graduação em Enfermagem da Faculdade  
de Educação e Meio Ambiente – FAEMA,  
como requisito parcial à obtenção do Grau  
de Bacharel.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Orientadora: Esp. Sonia Regina Batini  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Denise Fernandes de Angelis Chocair  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Silvia M. Rossetto  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 09 de Novembro de 2011

Ao Senhor Deus, que me dá a vida, me sustenta, me protege e me dá forças para prosseguir na jornada desta vida.

Aos meus pais pelo Amor e carinho a mim dispensado.

A minha esposa e companheira pela compreensão de tanto tempo ausente.

Aos meus filhos que são a mais alta inspiração da vida, que são em seus sorrisos e lindos olhos que eu consigo encher-me de vigor a cada dia.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Senhor Deus todo poderoso que fez os céus, a terra e tudo o que existe, por tudo que fez, faz e fará em minha vida.

A professora Orientadora, pela dedicação em todas as etapas deste trabalho.

Ao professor coorientador pela atenção e dedicação na elaboração do trabalho.

A professora coordenadora do curso Dr<sup>a</sup> Helena Meika Uessugui, pela dedicação prestada no decorrer de todo o curso.

Aos professores do curso pelos conhecimentos compartilhados.

Ao professor de inglês Kay Mendes pelo auxílio nesse trabalho.

A bibliotecária Vanessa de Fátima Chaves Leal pela paciência e auxílio nesse trabalho.

À minha família, pelo estímulo.

Aos colegas, pela boa convivência.

A acadêmica da Pós graduação de psicopedagogia, Cintia pela ajuda nesse trabalho

Aos professores e colegas de curso, pois juntos trilhamos uma etapa importante de nossas vidas, que ficará guardado para sempre.

A todos que, de forma direta ou indireta colaboraram para a realização deste trabalho.

“Quando os astronautas foram à lua que coincidência eu também estava lá fugindo de casa, do barulho da rua pra recompor meu mundo bem devagar.

Que lugar mais silencioso, eu poderia no universo encontrar que não fossem os desertos da lua. Pra recompor meu mundo bem devagar.”

**“No mundo da lua”**

**(Biquini Cavado – Álvaro, Bruno, Miguel e Sheik)**

## RESUMO

O Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), entre os transtornos mentais, é o mais comuns entre crianças e adolescentes, tendo o potencial de acompanhar o indivíduo até a vida adulta. O TDAH é observado a partir de três tipos/subtipos: os que predominam as dificuldades de atenção, outro a impulsividade e a hiperatividade e o que combina os dois anteriores. O presente trabalho faz uma descrição do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças na fase escolar e a atuação do profissional enfermeiro. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, de caráter descritivo exploratório. O levantamento das publicações foi realizado nos meses de julho de 2011 a novembro de 2011, deu-se por consulta às bases de dados indexadas, a saber: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Google acadêmico, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP, acervos disponíveis na biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, em Ariquemes-RO entre os anos de 1902 a 2011. Um esforço coordenado pelo enfermeiro e demais profissionais de saúde, da escola e assistência social no sentido de dar maior suporte à criança/adolescente e à família engloba o diagnóstico precoce, com orientação de métodos educativos adequados aos portadores do transtorno em tempo hábil e encaminhamento para tratamento especializado adequação de espaço físico e oferta de atividades orientadas no domicílio, na escola e na comunidade visando proporcionar às crianças/adolescentes os meios para a superação das dificuldades impostas pela desatenção, pela impulsividade e pela hiperatividade.

**Palavras-chave:** TDAH, Crianças, Saúde escolar, enfermagem em saúde mental.

## ABSTRACT

Disorder and attention deficit hyperactivity (ADHD), including mental disorders, is most common among children and adolescents, having the potential to follow the individual into adulthood. ADHD is observed from three types/subtypes: those dominated by difficulties with attention, impulsivity and hyperactivity another and combining the previous two. This paper gives a description of ADHD in children in school and the work of professional nurses. This study is systematic review. The survey was conducted of publications from July 2011 to November 2011, was made by consulting the databases indexed: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Virtual Health Library (VHL), Google Scholar, *Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP*, available in the library collections Julio Bordgnon the *Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA* in Ariquemes-RO. A coordinated effort by nurses and other health professionals, school and social assistance in order to give greater support to the child/adolescent and family includes early diagnosis and supervised by appropriate teaching methods to holders of the disorder to specialized treatment adequacy of space and range of activities aimed at home, school and community in order to provide children/adolescents the means to overcome the difficulties imposed by inattention, impulsivity and hyperactivity.

**Keywords:** ADHD, children, health education, mental health nursing.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
OMS	Organização Mundial da Saúde
CID 10	Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão
DSM IV	Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 4ª edição
PSE	Programa Saúde nas Escolas
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
I.E	Isto é
ABDA	Associação Brasileira do Deficit de Atenção
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>14</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>15</b>
4.1 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO FÍSICO E COGNITIVO DA CRIANÇA .....	15
4.2 A CRIANÇA NA ESCOLA .....	19
4.3 TRANSTORNO DO DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) NA INFÂNCIA .....	20
4.4 ASPECTOS HISTÓRICOS DO TDAH.....	21
4.5 EPIDEMIOLOGIA DO TDAH.....	22
4.6 TIPOS/SUBTIPOS DE TDAH.....	23
4.7 ETIOLOGIA .....	24
<b>4.7.1 Fatores Genéticos</b> .....	<b>24</b>
<b>4.7.2 Fatores Ambientais</b> .....	<b>25</b>
<b>4.7.3 Aspectos Neurobiológicos e Neuroquímicos</b> .....	<b>26</b>
4.8 COMORBIDADES.....	28
4.9 DIAGNÓSTICO .....	29
<b>4.9.1 Quadro Clínico</b> .....	<b>29</b>
<b>4.9.2 Critérios Diagnósticos</b> .....	<b>31</b>
<b>4.9.2.1 Padrão de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade para o diagnóstico do TDAH</b> .....	<b>31</b>
4.10 TRATAMENTO.....	33
<b>4.10.1 Medicamentoso</b> .....	<b>33</b>
<b>4.10.2 Psicoterapia – Cognitivo – Comportamental</b> .....	<b>34</b>
4.11 PROGNÓSTICO .....	35
4.12 PROGRAMA SAÚDE NAS ESCOLAS (PSE) .....	36
4.13 PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO E PROTEÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA COM TDAH.....	37
<b>4.13.1 Orientações á Família no Relacionamento com a Criança</b> .....	<b>38</b>
<b>4.13.2 Orientações aos Professores</b> .....	<b>39</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>44</b>

## INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais frequentemente têm início na infância e adolescência e apresentam uma persistência considerável ao longo do tempo. Estes são responsáveis por prejuízos significativos em diversas áreas da vida dos indivíduos, que podem se agravar ao longo do tempo. É estimado que aproximadamente de 15 a 20% das crianças e adolescentes apresentem pelo menos um transtorno mental em todo o mundo, o que representa um número absoluto de 10 milhões de crianças e adolescentes no Brasil (POLANCZYK, 2008).

O Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), entre os transtornos mentais, é o mais comuns entre crianças e adolescentes, tendo o potencial de acompanhar o indivíduo até a vida adulta. O TDAH é observado a partir de três tipos/subtipos: o que predomina as dificuldades de atenção; outro a impulsividade e a hiperatividade; e o que combina os dois anteriores (ROHDE et al., 2004).

O indivíduo portador deste problema apresenta dificuldades no âmbito acadêmico e familiar. Já na vida adulta apresenta problemas nas relações interpessoais, no desenvolvimento e manutenção da atividade laboral (PIRES, 2011).

Os sintomas mais frequentes do TDAH são caracterizados pela desatenção, mudanças de atividades deixando-as sem concluir, mesmo que esta seja de grande importância. Adicionalmente há dificuldade de organizar as tarefas, além da presença de movimentos repetitivos e impulsividade (ROHDE; HALPERN, 2004).

No Brasil, estudos feitos utilizando critérios da (DSM-IV) revelam prevalências distintas de TDAH em escolares, variando de 5,8 a 17,1%. No Rio de Janeiro, no ano de 2003, foram encontradas frequências de 39,1% para o tipo/subtipo desatento, 37,7% para combinado e 23,2% para o tipo/subtipo hiperativo. Em Porto Alegre, estudando adolescentes portadores de TDAH em escolas, foi observada uma prevalência de 52,2% para combinado, 34,8% para desatento e 13% para o tipo/subtipo hiperativo (VASCONCELOS, 2003).

Os sintomas do TDAH começam a serem evidenciados desde os primeiros anos de vida. Existem mães que referiram sintomas já no período de gestação evidenciado por um aumento dos movimentos fetais e com continuidade durante a

adolescência e vida adulta, mas os sintomas modificam-se no decorrer da vida e, nestas fases apresenta como fatores predominantes a alteração do humor e do comportamento (FARIAS; CORDEIRO, 2008).

É de suma importância que o diagnóstico do TDAH seja feito precocemente, pois pode haver relação de comorbidade entre os transtornos de depressão, ansiedade e de aprendizagem. Assim o auxílio psicoterápico poderá ser direcionado não apenas para os sintomas do quadro de TDAH, mas também às ações de prevenção primária relacionados ao problema central (SAMPAIO, 2008).

De acordo com Rodhe et al. (2000), o trinômio de sintomas clássicos da síndrome é caracterizado por desatenção, hiperatividade e impulsividade. Independente do sistema de classificação usado, as crianças com TDAH são de fácil reconhecimento tanto em clínicas, escolas ou no seu domicílio.

No Tratamento do TDAH deve haver uma combinação de medicamentos, orientações aos pais e professores, além de técnicas específicas que são ensinadas ao portador.

Os medicamentos têm parte muito importante no tratamento, juntamente com a psicoterapia, a mais indicada é a Terapia Cognitivo Comportamental. ABDA (2011) suporta a idéia que atualmente não existe nenhuma evidência teórico-científica de que outras formas de psicoterapia auxiliem nos sintomas de TDAH.

A influência dos pais e/ou responsáveis sobre o bom prognóstico dar-se-á na forma de educar o filho. Vários estudos apresentam um cálculo que em torno de 80% das crianças com TDAH necessitarão fazer uso de fármacos na adolescência e 50% na fase adulta. O prognóstico é pior nas crianças que apresentam comorbidades e que não receberam nenhuma intervenção precoce. Um dos fatores de risco de crianças com TDAH é o desenvolvimento de outros transtornos como de ansiedade, conduta, humor e outros na vida adulta (FARIAS; CORDEIRO, 2008).

Por sua vez o enfermeiro que atua nas escolas tem seus papéis de prestador de cuidados, educador de saúde, consultor e conselheiro. O enfermeiro escolar colabora com os alunos, pais e/ou responsáveis, administradores e outros profissionais de saúde e do serviço social em consequência de problemas de saúde de um aluno. O enfermeiro escolar também é um consultor sobre educação em saúde para os educadores, além de fornecer informações sobre práticas de saúde, dar aulas de saúde e participar do desenvolvimento do currículo de educação saúde.

O enfermeiro escolar educa o professor e o alunado quando um aluno apresenta um problema especial, uma incapacidade ou uma doença, a fim de dirimir eventuais discrepâncias socioeducativas e culturais (SMELTZER; BARE, 2005).

A compreensão dos aspectos que envolvem a ocorrência deste transtorno é importante para a aplicação de tratamento correto às crianças e adolescentes, que podem ser tanto farmacológico quanto composto por orientações do cuidado despendido aos pais e/ou responsáveis e professores.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever o transtorno do Deficit de Atenção e Hiperatividade em crianças na fase escolar e a atuação do enfermeiro.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o desenvolvimento físico e cognitivo da criança;
- Descrever a história, epidemiologia, etiologia e características diagnósticas do TDAH;
- Reconhecer o Programa Saúde nas Escolas – PSE;
- Reconhecer o papel do profissional enfermeiro na promoção e prevenção da saúde de crianças com Transtorno do Deficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH na escola e em família.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, de caráter descritivo exploratório. O levantamento das publicações foi realizado nos meses de julho de 2011 a novembro de 2011, deu-se por consulta às bases de dados indexadas, a saber: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Google acadêmico, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP, acervos disponíveis na biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, em Ariquemes-RO entre os anos de 1902 a 2011. Os descritores utilizados estão de acordo com os Descritores em Ciências da saúde (DECS), a conhecer: TDAH, Crianças, Enfermagem em saúde mental.

O delineamento dos referenciais foi do ano de 1902 a 2011, onde foram incluídos os estudos disponíveis na íntegra que evidenciavam as ações de promoção e prevenção á saúde da criança na fase escolar, ações e estratégia do enfermeiro na equipe multidisciplinar em saúde mental, saúde da criança e saúde escolar. Publicados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola nos periódicos nacionais e internacionais. Após a leitura dos artigos, foram excluídos os que não apresentavam relação com a temática estudada e/ou que não atendiam aos critérios de inclusão anteriormente descritos.

Para o detalhamento metodológico de coleta de dados, foram encontradas 18.158 referências, 1.267 com textos completos sendo utilizadas 55 sendo: vinte e oito (50.90%) em periódicos nacionais, três (5,45%) em inglês, um (1.81%) em espanhol, oito (14.54%) livros, 12 (21.81%) sites e cadernos oficiais do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e de Universidades, uma (1.81%) tese, uma (1.81%) dissertação, uma (1.81%) monografia.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO FÍSICO E COGNITIVO DA CRIANÇA

Segundo a Constituição Federal, influenciada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos e da Declaração dos Direitos da Criança, publicou oficialmente e tornou aplicável a Lei 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 2008), que regula legislativamente sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, tendo definido como criança a pessoa de até 12 (doze) anos incompletos.

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (ECA, 2008, p. 9).

A criança apresenta características próprias e tem sua maneira de pensar, sentir e reagir, além da capacidade de fazer escolhas, tomar algumas decisões, solucionar um número limitado de problemas e assumir determinadas responsabilidades. É-lhe concedido o direito de conhecer a verdade, ter privacidade e ser compreendida nos seus desejos e preferências. Esta necessita de condições que favoreçam o seu crescimento e desenvolvimento como: convivência familiar e comunitária, nutrição, saúde, proteção, respeito, educação e brincar. Com estas características peculiares, a criança é um ser humano completo que possui corpo, mente, sentimento, espiritualidade, portanto possui valor próprio (SIGAUD; VERÍSSIMO, 1996).

Segundo os autores supracitados, a particularidade de cada criança é percebida por sua herança genética, bem como sua inclusão no tempo e espaço. De maneira que em um caso de duas pessoas gêmeas idênticas (i.e isocarga genética), elas ainda serão diferentes. Em particular na infância o desenvolvimento pessoal é intenso. Começando pelo nascimento, a criança consegue incorporar habilidades que propicia alcançar a autonomia que é esperada ao final da infância. Nos primeiros anos de vida, estabelece uma relação de muito afeto com uma pessoa adulta que geralmente é a mãe e/ou responsável, logo após, vai de maneira

progressiva ampliando suas relações interiormente com a família e depois para a comunidade.

O crescimento e desenvolvimento usados geralmente como unidade apresentam a soma de inúmeras alterações que se apresenta durante a vida de uma pessoa. De forma que no processo de evolução total há várias dimensões inter-relacionadas: (i) crescimento (aumento no número e tamanho das células resulta em tamanho e peso aumentados), (ii) desenvolvimento (expansão da pessoa através do crescimento, maturação e aprendizado), (iii) maturação (capacidade de adaptação, envelhecimento, capacidade de atuar em níveis mais elevados), (iv) diferenciação (capacidade de passar a desenvolver atividades mais complexas) (WONG, 1999).

De acordo com Wong (1999), ainda que tenha uma ordem fixa e exata para o desenvolvimento, este não acontece com a mesma gama de frequência ou velocidade. No crescimento corporal total, existem períodos acelerados e desacelerados. O crescimento acelerado antes e depois do nascimento é nivelado na fase inicial da infância. O crescimento torna-se lento na fase intermediária da infância, aumenta com mais intensidade no início da adolescência e na fase adulta se nivela. Cada criança tem seu próprio nível de crescimento.

O ritmo de crescimento da criança durante o período dos seis aos 12 (doze) anos é lento e gradual. Podendo haver um ganho de peso entre 2,0 a 3,0 kg e um acréscimo na estatura de 5,0 cm anual, crianças nessa faixa etária, costumam ter as pernas longas, a cabeça apresenta tamanho menor em relação ao comprimento do corpo, sua aparência é comprida e magra. Tanto meninos quanto meninas são fisicamente parecidos, sendo os meninos mais altos. Em consequência da imaturação do sistema músculo esquelético a criança não tem a capacidade de suportar esforços como os adolescentes e os adultos (SIGAUD; VERÍSSIMO, 1996).

A criança mediana aos seis anos de idade mede aproximadamente 116 cm de altura e pesam uns 21 kg, aos 12(doze) anos a criança média mede aproximadamente 150 cm, com peso por volta dos 40 kg. Consequentemente com o esqueleto mais alongado e adiposidade diminuída, o peso corporal aumenta significadamente representado pelo tecido muscular. No fim deste período etário tanto meninos quanto meninas terão duplicadas sua força e sua capacidade física (WONG, 1999).

Há várias teorias que investigam a natureza e o desenvolvimento cognitivo humano, segundo Flavell, Miller e Miller (1999) *apud* (SANTANA; ROAZZI; DIAS,

2006, p.71), podem ser especificadas como o paradigma piagetiano. Este paradigma tem maior destaque, por sua capacidade de ter influenciado e marcado a psicologia do desenvolvimento, sendo um dos que mais representam e abrangem nesta área.

A cognição é um processo intelectual fundamentado na faculdade característica do ser humano em obter conhecimento, edificando uma reunião de unidades de saber do conhecimento que se fundamenta nas experiências sensoriais, representações, pensamentos e lembranças que envolvem a percepção, o pensamento, o raciocínio e a memória (INSTITUTO [...], 2001; CONSELHO [...], 2003 *apud* MARIA (Coord.), 2008, p.77).

De acordo com o parágrafo anterior, a cognição é a soma conjunta das funções psíquicas e psicofisiológicas do encéfalo que implica atividades de cognição, volição e afeto. A cognição se caracteriza por um processo intelectual ligado a condição humana, que coopera para o conhecimento, a compreensão e a natureza das coisas e do significado dos fatos. É compreendida também pela capacidade racional de apreender e organizar os dados de uma situação pela inteligência, esta responsável pela formulação do quadro de conceitos no qual os objetos de conhecimentos são entendidos e aprendidos.

Ramires (2003) reconhece como cognição social segundo a criança ativa e interativa, que lhe atribui uma atividade construtiva no desenvolvimento. Além de ser uma receptora de informações, essa criança é uma pessoa pensante em meio à sociedade. As primeiras experiências há muito tempo tem sido reconhecida como relacionais e tem cumprido um papel muito importante no andamento do desenvolvimento, mas sabe-se muito pouco do sistema pelo qual isso ocorre. Adiantamento nessa área do conhecimento depende de que a pessoa compreende não só o que é feito à criança, mas como ela nota o que lhe acontece.

Ainda conforme o autor supracitado o desenvolvimento sócio-cognitivo começa com os primeiros processos de separação-individualização e conexão emocional com os outros. No recém nascido inclui nesse desenvolvimento a compreensão progressiva das emoções e percepções. O conhecimento das crianças e dos adolescentes quanto aos atributos pessoais dos outros, inclui também o conhecimento das causas do comportamento e compreensão dos relacionamentos sociais que implicam na capacidade de distinguir relações recíprocas como a amizade, os relacionamentos amorosos e os julgamentos morais.

Algumas necessidades básicas desde a nutrição, até o ambiente psicossocial do ser humano, exercem na infância grandes influências sobre o seu desenvolvimento. A Saúde é conceituada como bem estar biopsicossocial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fornece bases para abordar de forma transdisciplinar da atenção integral à criança. Portanto a saúde da criança deve abranger as condições para o seu pleno desenvolvimento que abrange o crescimento físico, psicológico, social e a aquisição de habilidades, capacidades e comportamentos humanos. A construção de cada pessoa humana é o resultado do desenvolvimento da cognição, da capacidade de aprender a aprender, de decodificar o mundo, adquirir novas estratégias para assegurar a sobrevivência, manter a saúde e o bem estar. Estratégia cognitiva é o modo de interagir, no sentido de perceber e reagir ao meio circundante (GOMES, 2005).

A criança no processo de desenvolvimento, Ainda segundo Gomes (2005), adquire formas socialmente organizadas de interagir. Para os seres humanos as formas de interação compreendem as relações que um indivíduo pode estabelecer com seu próprio corpo e com outros humanos, com objetos ou com um conjunto de objetos do meio físico e com a sociedade. A todo o momento há possibilidade de interação em diferentes categorias sociais. Entretanto no caminho do desenvolvimento a cada etapa estão influências específicas que se constroem no entrelaçamento da maturação e aprendizagem.

Pelos teóricos da aprendizagem esta é conceituada como um conjunto de associações entre estímulos e respostas. Psicólogos utilizam conceitos da aprendizagem e tendem a considerar alguns processos internos, que não podem ser observados igualmente aos não observáveis (MUSSEN et al., 2001).

Crianças nessa idade adquirem capacidade de realizar tarefas físicas diversas, que exijam maior equilíbrio e coordenação motora como andar de bicicleta sem auxílio de rodas laterais, saltar obstáculos e até soltar as mãos do guidão. Apresentam interesse em atividade esportiva em grupo e recreativa organizada por regras. Algumas habilidades manuais lhe facilitam o aprendizado da escrita, entre elas, construir e reparar brinquedos. Tem capacidade de realizar cuidado pessoal, no entanto precisa ser cobrado e supervisionado por responsáveis (SIGAUD; VERÍSSIMO, 1996).

## 4.2 A CRIANÇA NA ESCOLA

Durante os 50 anos após a segunda guerra mundial, as estruturas familiares foram sobremaneira transformadas, nos termos de modelo de nascimentos, atribuição de papéis e tarefas, maneiras de cuidar das crianças e modelos de relacionamento social. A adesão maciça das mulheres na competição de serviços e força de trabalho e a ausência de pessoas de confiança e disponíveis para cuidar das crianças de certa maneira forçaram as sociedades a criarem e manter determinadas instituições onde as crianças poderiam passar o dia (LORDELO et al., 2007).

A escola é um espaço onde propicia e favorece o desenvolvimento e o aprendizado e, para que isto ocorra com sucesso e sem intervenções, é necessário que a criança não se sinta limitada, seja por barreiras espaciais ou por restrições da equipe pedagógica, ao mesmo tempo em que esteja aprendendo como lidar com as regras e normas e outras exigências da vida em sociedade (FERNANDES; ELALI, 2008).

Os programas de saúde escolar promovem serviços de grande importância para alunos, como também podem ser de grande utilidade para a escola e comunidade. Todas as crianças em idade escolar e adolescentes com comprometimento da saúde estão com importante risco de um deficiente desempenho escolar (SMELTZER; BARE, 2005).

### 4.3 TRANSTORNO DO DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE – (TDAH) NA INFÂNCIA

O transtorno do deficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é caracterizado pela falta de atenção, mudança de atividades deixando-as sem concluir, mesmo que seja de grande importância. Adicionalmente há dificuldade de organizar as tarefas, além de, apresentar movimentos repetitivos e impulsividade (ROHDE; HALPERN, 2004).

O TDAH é um dos transtornos mentais mais comuns entre crianças e adolescentes, tendo o potencial de se fazer presente até a vida adulta. O indivíduo portador deste distúrbio apresenta dificuldades no âmbito acadêmico e familiar. Já na vida adulta apresenta problemas nas relações interpessoais e no desenvolvimento e manutenção da sua atividade laboral (PIRES, 2011).

Na infância o TDAH é apresentado como um distúrbio neurocomportamental muito comum caracterizado por sintomas onde há o comprometimento das funções como a atenção e o comportamento (FARIAS; CORDEIRO, 2008).

Este transtorno vem se tornando popular nesses últimos anos, principalmente no ambiente escolar. Professores e pais e/ou responsáveis diante de informações que nem sempre são apresentadas com clareza a respeito da identificação desse distúrbio, encaminham as clínicas de psicologia filhos e alunos a fim de que os mesmos cheguem a um diagnóstico consolidado. Em presença de hipóteses diagnósticas as crianças são muitas vezes rotuladas como “hiperativa” (DEMETERCO et al., 2011).

Ainda que seja um dos distúrbios psicológicos presentes na infância que demanda um número expressivo e consubstanciado de pesquisas, há muito à pesquisar. A investigação das possíveis causas do TDAH é de extrema importância, porém é de grande relevância o desenvolvimento de medidas educacionais visando à proteção e prevenção de comorbidades. Devido a isso se torna necessário a capacitação do quadro docente para uma melhor compreensão das diferentes características apresentadas por alunos com TDAH, tendo o cuidado para não enquadrá-los com falsos rótulos. (JOU et al., 2010).

Na rotina escolar é normal ver crianças agitadas, que atrapalham o desenvolvimento esperado da turma e aquelas que têm dificuldade de prestar atenção em uma simples tarefa passada pelo professor. Nota-se com muita

frequência pais e/ou responsáveis questionando o comportamento de seus filhos relatando que são difíceis e que nunca param nem um minuto sequer, alternando com muita frequência de atividade, não consegue prender a atenção em uma atividade específica, a não ser no jogo de computador, videogame ou no desenho do seu super-herói preferido (SAMPAIO, 2008).

#### 4.4 ASPECTOS HISTÓRICOS DO TDAH

As primeiras relações ao distúrbio de comportamento com semelhança à hiperatividade em crianças apareceram em meados do século XIX. Todavia a primeira e a mais compreendida e sistematizada explicação sobre o problema é concedido ao pediatra Sir George Frederick Still em 1902 (STILL, 1902), após expor minuciosamente a história de 20 casos de crianças, cujos fenômenos biológicos apresentavam similaridade ao que no presente nós denominamos de hiperatividade. Este transtorno tem, ao longo do tempo, convivido com várias hipóteses no que diz respeito a sua origem e sua terminologia (VITOLLO et al., 2005).

Depois que o mundo sofreu um surto epidêmico de influenza entre os anos de 1.917 a 1.918, apareceu outro surto, o de encefalite, quando várias crianças que sobreviveram começaram a apresentar problemas comportamentais semelhantes à hiperatividade. Nas décadas de 40 e 60 resolveu-se discutir as definições para o transtorno como se fosse originada de uma lesão ocasionada por sequela da encefalite daí o termo “lesão cerebral mínima”, algum tempo depois foi observado que nem todas as crianças, com comportamentos hiperativos, possuíam qualquer lesão cerebral, então o termo passou a ser denominado “disfunção cerebral mínima”. Já entre os anos 60 e 70 surgiram algumas idéias do conceito deste transtorno (SANDBERG, 2002; COUNTS, 2005 *apud* PIRES, 2011, p. 14-15).

Segundo os autores supracitados os europeus sustentavam sua origem como sendo em virtude de um dano cerebral. Já os americanos não viam relação que fosse apenas por esta causa. Assim sendo foi proposto que os sintomas de maior importância na síndrome hipercinética seria o deficit na habilidade de manter atenção e a controlar a impulsividade. Na década de 70 foi incluso no meio científico por psicanalistas que o descuido dos pais e/ou responsáveis apresentava como um fator de causa deste transtorno e que traria prejuízo no desenvolvimento normal da

atividade e atenção. Passaram então aparecer, neste período da história, a idéia de que alguns fatores do meio ambiente ou agente psicossocial teriam condições de exercer influência no aparecimento desta síndrome.

Em 1980, a Associação Americana de Psiquiatria usou pela primeira vez o termo “Distúrbio de Deficit de Atenção” para diagnóstico oficial. Nessa época, a associação observou as dificuldades de atenção tendo ou não problemas hiperativos e de comportamento, caracterizando um distúrbio psiquiátrico. Pode-se observar que este distúrbio se inicia na infância podendo perdurar até a idade adulta. O aumento do interesse científico no assunto sobre o transtorno avançou a partir de 1980, quando o TDAH tornou-se o transtorno psiquiátrico infantil mais pesquisado e demandado da última década. Essa década ficou marcada pela publicação do transtorno no DSM-III (Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais), tendo sido criados subtipos do TDAH apresentando ou não hiperatividade.

Esse manual após ter sofrido várias atualizações ainda expõe que para ser portador do TDAH a criança deve apresentar pelo menos seis sintomas de uma lista de nove. Segundo o DSM-IV (Quarta Edição Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais) (APA, 1994) a definição apresentada é o TDAH, já a CID 10 (Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão) define como, transtornos hiperativos (BRASIL, 2008).

#### 4.5 EPIDEMIOLOGIA DO TDAH

A prevalência deste transtorno tem sido pesquisada em inúmeros países. Diferenças encontradas nas taxas de prevalência refletem muito mais diferenças metodológicas (tipo de amostra, delineamento, fonte de informação, idade, critérios diagnósticos utilizados, ou a forma como eles são aplicados) do que reais diferenças transculturais na construção diagnóstica do TDAH. Assim, estudos nacionais e internacionais que utilizam os critérios plenos do DSM-IV tendem a encontrar prevalências segundo Rodhe e Halpern (2004) de 3 - 6% em crianças em idade escolar, Farias e Cordeiro (2008), diz que a prevalência em escolares é estimada entre 2 e 10%, já Pastura, Mattos e Araújo (2007) aponta a prevalência entre 3–5%. A proporção entre meninos e meninas afetados é de aproximadamente 2:1 em estudos populacionais, já em estudos clínicos estima-se que esses números

cheguem até 9:1. A diferença entre essas proporções provavelmente deve-se ao fato de as meninas apresentarem características do transtorno com predomínio de desatenção e menos sintomas de conduta e comorbidade, não causando tanto incômodo às famílias e à escola, em decorrência deste fato passam despercebidas e conseqüentemente menos encaminhadas para centros especializados no tratamento (ROHDE; HALPERN, 2004).

No Brasil, estudos feitos utilizando critérios da (DSM-IV) revelam prevalências distintas de TDAH em escolares, variando de 5,8 a 17,1% no Rio de Janeiro, no ano de 2003, onde foram encontradas frequências de 39,1% para desatento, 37,7% para combinado e 23,2% para o tipo hiperativo. Em Porto Alegre, estudando adolescentes portadores de TDAH em escolas, observou uma prevalência de 52,2% para o tipo combinado, 34,8% para o tipo desatento e 13% para o tipo hiperativo (VASCONCELOS et al., 2003).

#### 4.6 TIPOS/SUBTIPOS DE TDAH

Tabela 1 - Tipos/subtipos de TDAH

---

Segundo o DSM-IV (2000) subdivide o TDAH em três tipos/subtipos:

1. TDAH com predomínio de sintomas de desatenção;
2. TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade;
3. TDAH combinado.

---

Segundo Goldstein (2006), além dos supracitados há ainda outro tipos/subtipos

1. TDAH não específico – A pessoa apresenta algumas características, mas em número insuficiente de sintomas para chegar a um diagnóstico completo. Esses sintomas, no entanto, desequilibram a vida diária.

---

Fonte: (GOLDSTEIN, 2006)

O tipo/subtipo do TDAH onde a desatenção predomina é percebido com mais frequência nas meninas e aparece com o tipo combinado, este representa uma taxa expressiva de prejuízos acadêmicos. Por outro lado crianças que apresentam

sintomas de hiperatividade/impulsividade evidenciam características agressivas e impulsivas. Foi observado que sintomas de conduta, de oposição e de desafio apareçam com mais frequência em crianças com qualquer um dos tipos de TDAH do que em crianças normais, esses comportamentos estão mais ligados ao tipo combinado (ROHDE et al., 2000).

## 4.7 ETIOLOGIA

O TDAH é causado por um conjunto de vários fatores de aspectos biológicos, genéticos, ambientais e cerebrais. Assim, os dados que fundamentam esta idéia vêm das pesquisas neurológicas, a partir de tecnologias de imagem cerebral e estudos de biologia molecular (CALIMAN, 2008).

### 4.7.1 Fatores Genéticos

As causas do TDAH podem ser percebidas por um sintoma isolado ou um conjunto de fatores. Devido a isso é importante que seja feito um diagnóstico detalhado e criterioso por uma equipe multiprofissional. Contudo, apesar dos vários fatores que influenciam o desenvolvimento do TDAH, cada vez mais se constata que a etiologia deste é neuro-genético-ambiental (BADÍA; PUJOL; ABRIL, 2006).

O TDAH apresenta como causa uma carga genética expressiva, com hereditariedade estimada em 77%. Entretanto, outros componentes são importantes e necessitam ser considerados na cadeia etiológica do TDAH (DSM-IV-TR, 2000).

Diferentes genes vêm sendo investigados desde o primeiro relato de associação de um marcador genético com o TDAH. O principal alvo destas pesquisas são genes que codificam componentes dos sistemas dopaminérgicos, noradrenérgico e, mais recentemente, o serotoninérgico. Dados de estudos neurobiológicos sugerem fortemente o envolvimento desses neurotransmissores na fisiopatologia desse transtorno (ROMAN; ROHDE; HUTZ, 2002).

Apesar dos fatores genéticos exercerem uma influência substancial na causa do TDAH, é importante conhecer os fatores de risco psicossociais associados ao

transtorno, que podem afetar não apenas a sua ocorrência, bem como a severidade e a persistência do TDAH na infância e adolescência (PIRES, 2011).

#### **4.7.2 Fatores Ambientais**

Alguns agentes psicossociais que estão presentes no funcionamento de adaptações e na saúde emocional da criança salientam-se os desentendimentos familiares e a ocorrência de transtornos mentais nos pais e/ou responsáveis. Esses parecem apresentar uma grande participação no aparecimento e manutenção do TDAH. Foi encontrada associação positiva relacionada a algumas adversidades psicossociais (discórdia marital severa, classe social baixa, família muito numerosa, criminalidade dos pais e/ou responsáveis, psicopatologia materna e colocação em lar adotivo) e o TDAH. Um estudo a respeito da associação entre TDAH e complicações durante a gestação ou no parto suportou diferentes conclusões, a conhecer: toxemia, eclampsia, pós-maturidade fetal, duração do parto, estresse fetal, baixo peso ao nascer, hemorragia pré-parto, má saúde materna. Estas complicações apresentam-se como um fator predisponente ao TDAH. Adicionalmente aos fatores predisponentes supracitados a exposição ao fumo e álcool no período gestacional contribuiria para o surgimento e instalação do TDAH (FARAONE, BIEDERMAN, 1998 *apud* ROHDE, HALPERN, 2004, p. 62).

Outros componentes importantes a serem considerados na cadeia etiológica do TDAH são principalmente de ordem biológica, psicológica e sociocultural. Existem estudos direcionados sobre determinados fatores que contribuem para o surgimento do TDAH, ainda que não apresentem conclusões claras, a saber: presença de aditivos em alimentos, contato com substâncias tóxicas (até contaminação intra-útero como, por exemplo, uso do álcool e do cigarro), carência de substâncias importantes na dieta (iodo, zinco e ferro), distócias no parto, eventos adversos de vida ocorridos em contexto familiar, funcionamento familiar precário, problemas na saúde mental dos pais, testemunho de violência entre os pais e/ou responsáveis e praticada sobre a criança (DSM-IV-TR, 2000).

### 4.7.3 Aspectos Neurobiológicos e Neuroquímicos

Várias pesquisas concorrem na interpretação do TDAH como sendo um conjunto de sintomas como consequência do mau funcionamento de estruturas cerebrais relacionadas ao controle da modulação do comportamento e da atenção. Especula-se que haja deficiência de neurotransmissores cerebrais como a Dopamina e a Noradrenalina (FARIAS; CORDEIRO, 2008).

As origens neurobiológicas do TDAH ainda não foram completamente esclarecidas. Os mecanismos neurobiológicos que estão associados ao TDAH são de natureza complexa e não são dependentes de um único neurotransmissor. Evidências farmacológicas apóiam a teoria dopaminérgica do TDAH, segundo a qual deficits de dopamina no córtex frontal e núcleo estriado seriam responsáveis pelas manifestações dos sintomas (COELHO et al., 2010). As vias dopaminérgicas mesocortical e nigroestriatal estariam envolvidas no TDAH, sendo que uma hipofunção nas áreas corticais seria responsável por deficits cognitivo e das funções executivas. De outro lado, uma hiperfunção dopaminérgica no núcleo estriado teria como resultado sintomas de hiperatividade e impulsividade (MADUREIRA; CARVALHO; CHENIAUX, 2007).

Estima-se que entre 20% a 50% dos adolescentes com TDAH são usuários de cocaína e opióides do que os jovens que não apresentam o transtorno. Acredita-se que isto pode estar correlacionado com uma recente descoberta em que portadores de TDAH têm uma maior tendência ao uso e abuso de substâncias ilegais, porque a dopamina um estimulante do circuito cerebral de recompensa está presente em pequenas quantidades nos cérebro dos portadores do TDAH. Entretanto substâncias como álcool, cigarro, cocaína e maconha, aumentam temporariamente a dopamina no cérebro principalmente nas áreas de recompensa ou prazer (VOLKOW et al., 2007) (FIGURA 1).

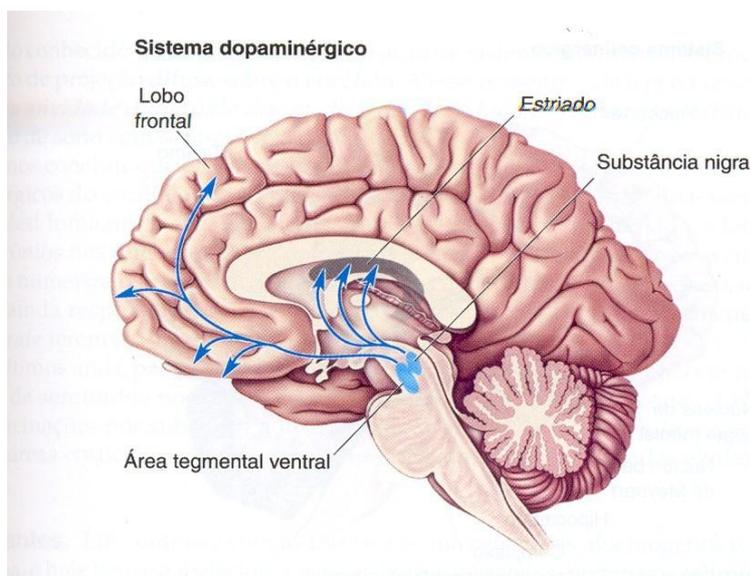


Figura 1 - Sistema dopaminérgico  
Fonte: (UNISINOS, 2011)

Os circuitos noradrenérgicos fronto-subcorticais são de grande importância na conservação do foco e da atenção e na intervenção da disposição, fadiga, motivação e interesse. O córtex pré-frontal quando estimulado processa estímulos importantes e inibe os de menor relevância restringindo o comportamento hiperativo (PASTURA; MATTOS, 2004) (FIGURA 2).

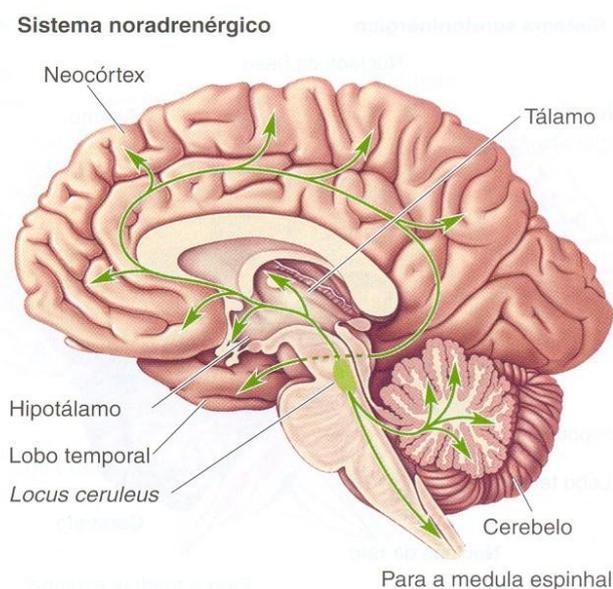


Figura 2 - Sistema noradrenérgico  
Fonte: (UNISINOS, 2011)

Há uma dificuldade na compreensão da grande complexidade com relação aos neurotransmissores e suas diferentes ações em cada região do sistema nervoso central. Um conjunto de disfunções pode explicar apenas um subtipo de TDAH, com

características distintas, evolução, associações e gradações, em relação a outro (COELHO et al., 2010).

A serotonina, na via dopaminérgica nigroestriatal, tem a função de controlar a liberação de dopamina, conseqüentemente atuando como um freio das ações de hiperatividade (SZOBOT et al., 2001 *apud* COELHO, 2010) (FIGURA 3).

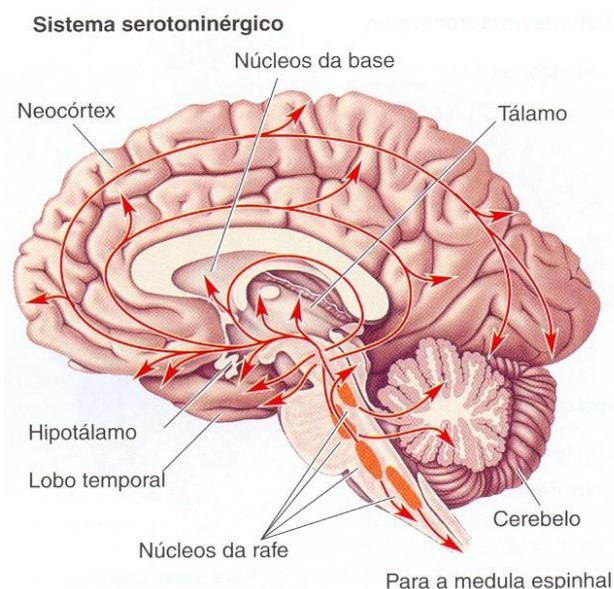


Figura 3 - Sistema serotoninérgico  
Fonte: (UNISINOS, 2011)

#### 4.8 COMORBIDADES

É de grande importância que o diagnóstico do TDAH possa ser feito precocemente, pois há relação de comorbidade entre os transtornos de depressão, ansiedade e de aprendizagem, assim sendo, o auxílio psicoterápico poderá ser direcionado não apenas aos sintomas do quadro de TDAH, mas também às ações de prevenção primária relacionados ao problema central (SAMPAIO, 2008). Rohde et al. (2000), também aponta para uma elevada taxa de comorbidades entre o TDAH e o uso abusivo ou dependência de drogas ao chegar na adolescência e idade adulta, assim como o transtorno de conduta, transtorno desafiador opositivo e transtorno de humor entre outros (FIGURA 4).

Segundo Pinheiro (2010) crianças com TDAH não são menos inteligentes do que as outras crianças e caso venham apresentar algum problema de aprendizado deve ser observado possíveis comorbidades associadas ao TDAH, como: dislexia, Transtorno Desafiante de Oposição (TOD), Transtorno de Conduta (TC), Discalculia, Disortográfica, etc.

Para que seja caracterizado comorbidade, é preciso haver relação e continuidade por um período de tempo entre ambos os transtornos, que podem aparecer ao mesmo tempo ou não (PETRIBÚ, 2001).

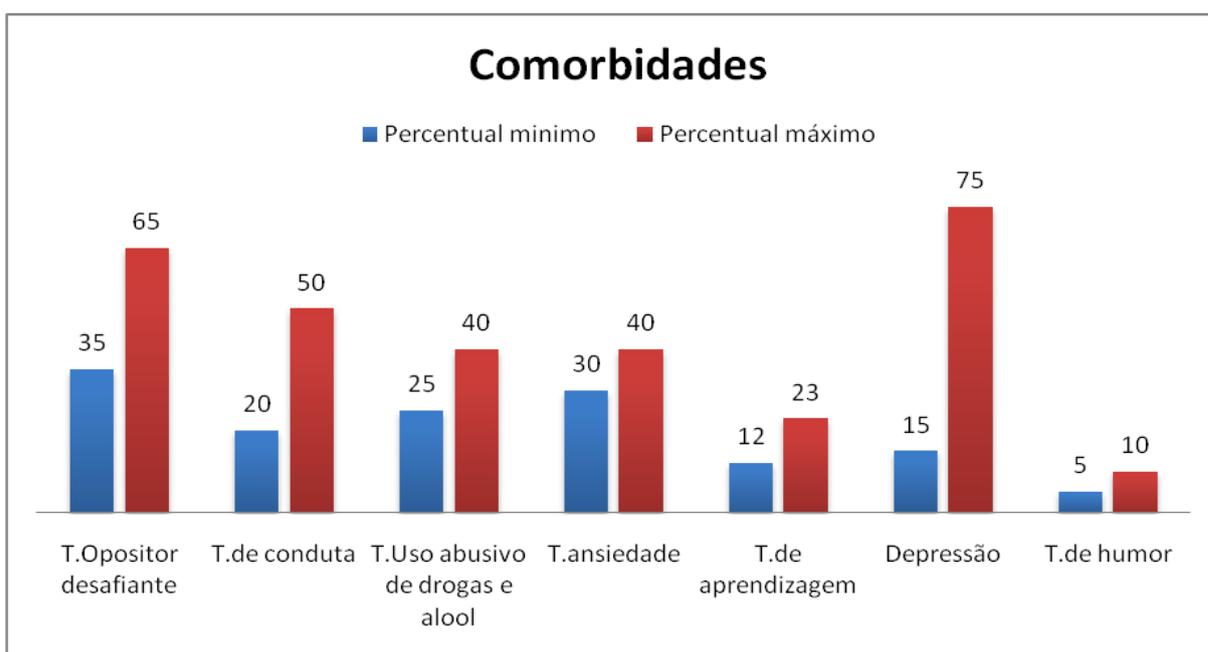


Figura 4 - Percentual dos transtornos que co-ocorrem com TDAH  
Fonte: (SILVA, 2011)

## 4.9 DIAGNÓSTICO

### 4.9.1 Quadro Clínico

De acordo com Rodhe et al. (2000), o conjunto de três sintomas clássicos da síndrome é caracterizado por desatenção, hiperatividade e impulsividade. Independente do sistema de classificação usado, as crianças com TDAH são de fácil reconhecimento tanto nas clínicas, escolas ou no seu domicílio. É de suma importância esclarecer que a desatenção, a hiperatividade ou impulsividade

aparecendo isoladamente trazem grandes consequências na vida destas crianças nas suas relações com os pais e/ou responsáveis, colegas e amigos.

Já Sampaio (2008), diz que os sintomas analisados de forma isolada, podem ser resultado de um comportamento disfuncional ocasionado por resposta ao ambiente e, não um quadro de TDAH. Logo, é imprescindível prestar muita atenção nos sintomas que a criança e/ou adolescente apresentam. Diante disto para que seja diagnosticado o TDAH, segundo Rohde et al. (2000) é necessário sempre fazer uma relação entre os sintomas e a história de vida da criança. Algumas características da presença do TDAH são: (i) Permanência dos sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade. É normal, crianças com TDAH apresentarem uma história de vida desde a idade pré-escolar sintomas, ou, pelo menos, um período de vários meses de sintomatologia de grande intensidade. (ii) Persistência e intensidade dos sintomas. Para o diagnóstico de TDAH, é fundamental que pelo menos seis dos sintomas de desatenção e/ou seis dos sintomas de hiperatividade/impulsividade estejam presentes com frequência (cada um dos sintomas) na vida da criança. (iii) Constância dos sintomas em vários locais e por período de tempo prolongado. Os sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade precisam ocorrer em diversos ambientes da vida da criança (por exemplo, escola e casa) e ser mantidos constantes ao longo do período avaliado. Sintomas que aparecem apenas em casa ou somente na escola devem servir de alertar para a possibilidade de que a desatenção, hiperatividade ou impulsividade possam ser sintomas de apenas uma situação familiar desconexa ou de um sistema de ensino inadequado. Da mesma forma, oscilações de sintomas com períodos assintomáticos não são características do TDAH. (iv) Prejuízos de grandes significados clínicos na vida da criança. Sintomas de hiperatividade ou impulsividade sem prejuízo na vida da criança podem traduzir muito mais estilos de funcionamento ou temperamento do que um transtorno psiquiátrico. (v) Entender o significado do sintoma. Para que se faça o diagnóstico de TDAH, é necessária uma avaliação criteriosa de cada sintoma, e não somente listar os sintomas. Exemplo, uma criança com dificuldades de seguir instruções por um comportamento de oposição e desafio aos pais ou professores, caracteriza-se muito mais um sintoma de transtorno opositor desafiante do que de TDAH.

Ainda segundo os autores supracitados é importante analisar se a criança não segue as instruções por não conseguir manter a atenção durante a explicação ou

por propriamente dito “desobediência”. Como as atividades de maior intensidade é característica dos pré-escolares, o diagnóstico de TDAH deve ser feito com muito cuidado preferencialmente antes dos 6 anos de idade.

#### **4.9.2 Critérios Diagnósticos**

Ainda não existem exames laboratoriais que possam confirmar o diagnóstico do TDAH, atualmente os critérios utilizados são clínicos obtidos por meio de questionários realizados com pais e/ou responsáveis, professores, profissionais da saúde ou pessoas do convívio da criança (FARIAS; CORDEIRO, 2008).

O TDAH é diagnosticado clinicamente, tendo como base critérios operacionais claros e bem definidos procedentes de sistemas de classificação como o DSM, ou a CID-10. Após diversas pesquisas, Rohde et al. (2000), encontraram subsídios da adequação dos critérios propostos pelo DSM-IV, propondo com esforço sua aplicação em nossa cultura. O DSM-IV propõe a necessidade de pelo menos seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de hiperatividade/impulsividade para o diagnóstico do TDAH. No entanto Rohde et al. (2000), ainda dizem haver controvérsias e sugestões de que esse patamar possa ser alterado para, cinco ou menos sintomas na avaliação de adolescentes e adultos.

##### **4.9.2.1 O DSM-IV lista um padrão de sintomas de desatenção (TABELA 1), hiperatividade e impulsividade (TABELA 2). Para o diagnóstico do TDAH**

Tabela 1 - Sintomas de desatenção para o diagnóstico do TDAH  
Sintomas de Desatenção - DSM-IV

---

- Dispor pouca atenção aos detalhes e cometer erros por falta de atenção;
- Dificuldade de se concentrar tanto nas tarefas escolares quanto em jogos e brincadeiras;
- Numa conversa, parece prestar atenção em outras coisas e não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- Dificuldade em seguir instruções até o fim ou deixar tarefas e deveres sem

terminar;

- Dificuldade de se organizar para fazer algo ou planejar com antecedência;
- Evita antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
- Perda de objetos necessários para a realização de tarefas ou atividades do dia-a-dia;
- Distrai-se com muita facilidade com coisas à sua volta ou mesmo com os próprios pensamentos. Daí que surgem as expressões que muitos pais e professores usam quando percebem sua distração: “Parecem que vivem no mundo da lua” ou que “sonham acordados”;
- Esquecem coisas que deveriam fazer no dia-a-dia.

---

Fonte: (RODHE et al., 2000)

---

**Tabela 2 - Sintomas de hiperatividade e impulsividade para o diagnóstico do TDAH**  
**Sintoma de Hiperatividade e Impulsividade – DSM-IV**

---

- Ficar mexendo as mãos e pés quando sentados ou se mexer muito na cadeira;
- Dificuldade de permanecer sentado em situações em que isso é esperado (sala de aula, mesa de jantar, etc.);
- Correr ou escalar coisas, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescente e adulto pode se restringir a um sentir-se inquieto por dentro);
- Dificuldades para se manter em atividades de lazer (jogos e brincadeiras) em silêncio;
- Parecer ser “elétrico” e a “mil por hora”;
- Falar demais;
- Responder a perguntas antes de elas serem concluídas. É comum responder à pergunta sem ler até o final;
- Não conseguir aguardar a sua vez (nos jogos, na sala de aula, em filas, etc.);
- Interromper os outros ou se meter nas conversas alheias.

---

Fonte: (RODHE et al., 2000)

Ou seja, conforme o DSM-IV, os sintomas do TDAH devem aparecer em um grau não ajustado e desconexo com o nível de desenvolvimento. Essas intensidades

dos sintomas relacionados causam problemas sólidos evidenciando suas diferenças da maioria das outras crianças, por apresentarem problemas de maior significado nas habilidades acadêmicas, sociais ou ocupacionais (PINHEIRO, 2010).

Recentemente, Rohde et al. (2000), demonstraram que os sintomas e comorbidades associados a outros transtornos como os disruptivos do comportamento e o prejuízo funcional, não apresentam diferenças entre adolescentes com TDAH. Isto se evidencia em relação aqueles que tenham tido o início dos sintomas antes dos 7 anos causando prejuízos pessoais, familiares e escolares antes e depois desta idade.

#### 4.10 TRATAMENTO

No Tratamento do TDAH deve haver uma interrelação de medicamentos, orientação aos pais e/ou responsáveis e professores além de técnicas específicas que são ensinadas ao portador. A psicoterapia comumente indicada para o tratamento do TDAH é a Terapia Cognitivo Comportamental. Ainda não existe nenhuma evidência científica de que outras formas de psicoterapia auxiliem nos sintomas de TDAH. Já no que tange o tratamento com fonoaudiólogo este está recomendado apenas nos casos onde existem simultaneamente Transtorno de Leitura (Dislexia) ou Transtorno da Expressão Escrita (Disortografia) (ABDA, 2011).

##### 4.10.1 Medicamentoso

Muitas evidências em pesquisas experimentais de ordem molecular evidenciaram que o fármaco que obteve maior eficácia no tratamento do TDAH é o metilfenidato (Ritalina). Este promove a liberação de dopamina da vesícula sináptica e inibe a ação do transportador da dopamina, consequentemente aumentando os níveis deste neurotransmissor na fenda sináptica (VOLKOW et al., 2007).

De acordo com Farias e Cordeiro (2008) outros medicamentos como os antidepressivos tricíclicos e os psicoestimulante podem ser uma segunda alternativa a exemplos: Clonidina, inibidor seletivos da recaptção da serotonina, Bupropiona e

neurolépticos atípicos também podem ser usados dependendo do tipo de comorbidade presente.

#### **4.10.2 Psicoterapia – Cognitivo – Comportamental**

Acredita-se que estratégias cognitivo-comportamentais têm a capacidade de potencializar o resultado do tratamento principalmente quando abordar questões relacionadas à organização e planejamento. As sessões de psicoterapia devem contribuir para estruturar a atenção dos pacientes em atividades para o desenvolvimento de habilidades e ao mesmo tempo reduzir as distrações, o tédio e a inquietude (AVIRAM; RHUM; LEVIN, 2001).

Conforme os autores supracitados, estratégias para a prevenção de recaída são muito importantes e estimula o paciente a reconhecer pistas internas e gatilhos externos, o que é indispensável tanto para dependentes químicos quanto para portadores de TDAH. Essas estratégias têm por objetivo minimizar as deficiências nas habilidades organizacionais e de memória, sintomas muito comuns tanto nos dependentes químicos quanto nos portadores de TDAH. Aviram, Rhum e Levin (2001) destacam que técnicas de resolução de problemas constituem outro pilar de diversos programas de tratamento cognitivo-comportamentais, sendo adotadas como estratégias para antecipar ou neutralizar situações antes que seja disparado um gatilho para a recaída. Mais uma vez, tanto dependentes químicos quanto portadores de TDAH têm deficits nessas áreas e uma prática de repetição pode ajudá-los a evitar recaídas, e a desenvolver habilidades necessárias em outras áreas da vida.

Rohde e Halpern (2004) enfatizam que estes programas psicoterápicos devem por sua vez, ensinar pais e/ou responsáveis, professores e demais profissionais envolvidos diretamente com a criança a reforçarem comportamentos adaptativos socialmente e punirem comportamentos disfuncionais.

#### 4.11 PROGNÓSTICO

Crianças com este transtorno estão mais sujeitas ao fracasso escolar, as dificuldades emocionais e a um baixo desempenho como adulto quando em comparação aos seus colegas (i.e. acadêmico e laboral). Todavia, a identificação o mais cedo possível do problema, em conjunto com um tratamento adequado, tem demonstrado que essas crianças têm a capacidade de vencer os obstáculos. É provável que este transtorno continue sendo o mais pesquisado e debatido no âmbito da saúde mental e desenvolvimento da criança. Um estudo multidisciplinar realizado durante 5 anos pelo Instituto Nacional de Saúde Mental a respeito do tratamento do TDAH, harmoniza várias respostas sobre o diagnóstico, tratamento e desenvolvimento dos indivíduos portadores deste transtorno (GOLDSTEIN, 2006).

A influência dos pais e/ou responsáveis sobre o bom prognóstico dar-se-á na forma de educar o filho. Vários estudos calculam que em torno de 80% das crianças com TDAH necessitarão fazer uso de fármacos na adolescência e 50% na fase adulta. O prognóstico é pior nas crianças que apresentam comorbidades e que não receberam nenhuma intervenção precoce. Um dos fatores de risco de crianças com TDAH é o desenvolvimento de comorbidade com outros transtornos na vida adulta como transtorno desafiante, de conduta, ansiedade e outros. Essas crianças também têm maior probabilidade de sofrer acidentes traumáticos, envolver-se com o uso de substâncias ilícitas e cigarros, engravidarem precocemente, a cometerem delitos e a um comportamento inadequado em sociedade (FARIAS; CORDEIRO, 2008).

Entretanto, alguns estudos prospectivos recentes que acompanharam crianças com TDAH mostraram uma prevalência do diagnóstico em até aproximadamente 70 a 80% dos casos no início da adolescência a intermediária<sup>1</sup>. Avaliações conservadoras documentaram que 50% dos adultos com TDAH na infância mostram sintomas associados a prejuízo funcional. Conforme o desenvolvimento da criança, esta apresenta uma diminuição da hiperatividade, apresentando com mais frequência deficits de atenção e impulsividade, especialmente cognitiva (i.e. agir antes de pensar) (BIEDERMAN et al., 1996).

---

<sup>1</sup> Intermediária aqui entendida como da adolescência ao início da idade adulta.

#### 4.12 PROGRAMA SAÚDE NAS ESCOLAS (PSE)

Criado em 5 de dezembro de 2007 pelo decreto nº 6.286, porém entrou em vigor em setembro de 2008, o Programa Saúde na Escola (PSE), é resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação Brasil (2011) com objetivo de reforçar a prevenção à saúde dos alunos brasileiros e construir uma cultura de paz nas escolas.

O PSE ainda tem como objetivo principal oferecer atenção integral de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público. Em apenas 2 anos após sua criação, mais de 8.460 milhões de estudantes de 695 cidades brasileiras já foram beneficiadas pelas ações do programa. O PSE também trabalha para integrar as redes de serviços do setor educação e do Sistema Único de Saúde (SUS) nos territórios, com o fortalecimento e sustentação da articulação entre as escolas públicas e as unidades básicas/unidades de saúde da família, por meio da realização de ações dirigidas aos alunos (BRASIL, 2011).

Existem grupos gestores estaduais em todos os estados brasileiros. Em aproximadamente 600 municípios são desenvolvidas ações do PSE. Desde sua criação, a adesão dos municípios está sendo de forma gradativa e atualmente já são 1.253 municípios desenvolvendo ações de saúde e cidadania nas escolas em todas as regiões do país. Em todo o país há um total de 5.561 municípios (BRASIL, 2000), sendo que a parte correspondente a adesão ao programa até agora é de aproximadamente apenas  $\frac{1}{4}$  (um quarto).

De acordo com o decreto do programa as diretrizes e os objetivos do PSE evidenciam mais que uma estratégia de integração das políticas setoriais, ele se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde que visa tratar a saúde e educação de forma integral e como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos. Ainda permite a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens e à educação em saúde. Promove a articulação de saberes, a participação de alunos, pais e/ou responsáveis, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política (BRASIL, 2011).

O formato ideal e preconizado para este programa compõe uma equipe de saúde multidisciplinar, formada por médicos, enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais, conselheiros, administradores escolares, pais e/ou responsáveis e alunos. A escola pode ser um local que sirva como uma clínica de saúde familiar que ofereça ações de saúde primária e saúde mental para crianças e adolescentes como também para a família e comunidade (SMELTZER; BARE, 2005).

#### 4.13 PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO E PROTEÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA COM TDAH

A Enfermagem nas suas diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação define que o profissional dessa área deve ter a competência e habilidades necessárias para conhecer e intervir sobre problemas/situações de saúde-doença que são de maior prevalência no perfil epidemiológico nacional, na sua região de atuação, ser capaz de identificar as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Estar capacitado para atuar, com ética, julgamento social responsável e compromisso firmado com a cidadania, como promotor da saúde integral da pessoa humana (BRASIL, 2001).

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (CARTA OTTAWA, 1986, p. 1).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de infecções ou enfermidades (LUNARDI, 1999).

O Estado tem o dever de garantir práticas de saúde e política social pública que permitam condições dignas da criança no nascimento, crescimento e existência (CABRAL et al., 2002 *apud* MOURA et al., 2005, p.34).

Para que a educação para saúde se torne efetiva é necessário a formulação de estratégias que estimulem a comunidade escolar compreendida por alunos, pais e/ou responsáveis e profissionais de educação à integral participação na inspeção

das condições de saúde das crianças. Para isto é necessário o conhecimento do conjunto de circunstâncias de vida que influênciam o seu comportamento, ao receber uma informação e transformá-la em ação de promoção de saúde, ou não. A educação para saúde se constitui num instrumento de poder do enfermeiro ao favorecer a ampliação do cuidado à saúde do escolar (SISTON; VARGAS, 2007).

O Brasil tem investido em ações para formular e implementar políticas de promoção da saúde centralizando seus esforços na confecção de um modelo de atenção que tenha por prioridade ações que melhorem a qualidade de vida das pessoas e comunidade (BRASIL, 2006).

Por sua vez o profissional enfermeiro nas escolas, denominado enfermeiro escolar tem seus papéis de prestador de cuidados, educador de saúde, consultor e conselheiro. O enfermeiro escolar colabora com os alunos, pais e/ou responsáveis, administradores e outros profissionais de saúde e do serviço social em consequência de problemas de saúde de um aluno. O enfermeiro escolar também é um consultor sobre educação em saúde para os educadores. Além de fornecer informações sobre práticas de saúde, dar aulas de saúde e participar do desenvolvimento do currículo de educação saúde, o enfermeiro escolar educa o professor e a turma quando um aluno apresenta um problema especial, uma incapacidade ou uma doença (SMELTZER; BARE, 2005).

O profissional enfermeiro deve usar de seus conhecimentos científicos para a realização de estratégias para somar com a equipe multiprofissional e com os familiares, ensinando a como interagir com o portador de TDAH (ARRUDA, 2008 *apud* BRUM; BOZZA, 2011, p.4-5).

#### **4.13.1 Orientações à Família no Relacionamento com a Criança**

As orientações para os pais de crianças com TDAH geralmente começa com ampla divulgação de informações. A seguir uma lista de nove pontos de uma série de estratégias para ajudar os pais de crianças com TDAH (GOLDSTEIN; GOLDSTEIN, 1998 *apud* GOLDSTEIN, 2006, p. 2-3) (QUADRO 1).

#### Orientações para a família

- Os pais devem compreender que, para controlar em casa o comportamento resultante do TDAH, é preciso primeiro adquirir conhecimento do distúrbio e suas complicações;
- Devem desenvolver a capacidade de discernir entre problemas que resultam de incapacidade e problemas que resultam de recusa ativa em obedecer a ordens;
- Devem ter o cuidado para que seus pedidos tenham impacto positivo ao invés de negativo;
- Devem recompensar o comportamento correto. Crianças com TDAH exigem respostas rápidas, frequentes, previsíveis e coerentemente aplicadas ao seu comportamento;
- Devem escolher quando e como gastar suas energias numa luta, sempre reforçar o lado positivo, aplicando penalidades imediatas para comportamentos inadequados usando o sistema de créditos ou pontos;
- Devem compreender o que seja “custo de resposta”, uma técnica de punição onde se perder o que ganhou;
- Devem reagir aos limites de seu filho de maneira positiva e ativa;
- Devem ter compreensão que somente a punição não irá diminuir os sintomas de TDAH. A Punição deve ser diretamente a um comportamento desobediente.

Fonte: (GOLDSTEIN; GOLDSTEIN, 1998 *apud* GOLDSTEIN, 2006, p. 2-3)

Quadro 1 – Orientações para a família quanto ao relacionamento com a criança com TDAH

#### 4.13.2 Orientações aos Professores

É de suma importância a orientação dos professores a respeito do conflito incompetência x desobediência e quanto à discriminação entre os dois tipos de problema. Segundo Goldstein (2006) é necessário o desenvolvimento de um plano de intervenções para atuar de forma eficiente no contexto da sala de aula. As intervenções podem minimizar o impacto negativo do comportamento da criança.

Ainda segundo o autor supracitado a Sociedade Americana de Pediatria e o Centro Nacional de crianças e adultos com TDAH apresentam algumas sugestões aos professores quanto a ajudá-los no ensino de crianças com TDAH (QUADRO 2).

#### Orientações aos Professores

- Estabelecimento de regras na sala de aula e que estejam em exposição;
- Fornecimento de instruções claras e objetivas sobre os deveres de casa;
- Instruções complexas dividir em partes;
- Planejamento de atividades acadêmicas matinais;
- Dar descansos frequentes e regulares;
- Colocar a criança distante de distrações e próximo a alunos que tenham bons exemplos de comportamento;
- Formar grupos pequenos, quando possível, porque crianças com TDAH facilmente se distraem em grupos grandes;
- Treinamento com o aluno para o reconhecimento pistas para começar a trabalhar;
- Estabelecer um sinal secreto com o aluno, para lembrá-lo quando não está se comportando bem;
- Recompensar o bom comportamento continua e imediatamente.

Fonte: (GOLDSTEIN; GOLDSTEIN, 1998 *apud* GOLDSTEIN, 2006, p. 2-3)

Quadro 2 - Orientações aos professores de crianças com TDAH

O enfermeiro, como integrante das equipes interdisciplinares, participa das atividades definidas pela equipe de saúde mental, interfere e conduz o mecanismo de atendimento e seguimento dos portadores de transtornos psiquiátricos, como qualquer técnico de saúde mental, e tem o papel de orientar a equipe de enfermagem, atendendo às especificidades da profissão. Vive, assim, a experiência de um trabalho inovador, junto à equipe de saúde mental, dando sua contribuição, para a melhoria do atendimento. A organização e a rotina de trabalho devem ser construídas dia-a-dia, de acordo com a realidade dos usuários dos serviços e necessidades dos pacientes, da família e da comunidade (SILVEIRA; ALVES, 2003).

Desta forma, as ações desenvolvidas destinam-se a reduzir a morbimortalidade na infância. É importante que seja estabelecida medidas que

auxiliem na diminuição dos níveis existentes, com o desenvolvimento de ações preventivas que beneficiem e dêem sua contribuição tanto na promoção da saúde quanto na prevenção de agravos (VERÍSSIMO et al., 2003).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TDAH, embora seja um dos transtornos neuropsiquiátricos mais estudados atualmente, não possui, ainda, sua etiologia totalmente esclarecida. Entretanto, esta doença parece ter causas multifatoriais, que vão desde aspectos biológicos até ambientais. Em relação às diferentes modalidades de tratamento, o mais indicado é sempre a possibilidade de uma equipe multidisciplinar agindo em diversas variáveis relacionadas ao transtorno.

Considerando que o TDAH está associado a diversos e importantes eventos negativos na infância, adolescência e idade adulta, afetando uma proporção significativa da população, é necessária a criação e a implementação de políticas públicas visando à educação da população a seu respeito e o planejamento dos serviços de saúde para que disponibilizem tratamentos adequados. Ainda, é fundamental que continuem sendo realizados estudos focados na geração de conhecimentos que, no futuro, possam proporcionar a criação de estratégias de prevenção do TDAH.

No Brasil, à semelhança do que se demonstrou em outros países, é insuficiente o conhecimento acerca do TDAH, tanto na população em geral quanto em profissionais envolvidos no seu diagnóstico e tratamento. É urgente o estabelecimento de um programa de capacitação e educação continuada para profissionais e equipes multidisciplinares que lidam com crianças que tenham TDAH, assim como um efetivo programa de informação aos pais e/ou responsáveis e escolas, de forma a garantir o diagnóstico precoce, correto e o tratamento bem sucedido dos portadores de TDAH.

A enfermagem por sua vez deve ser conhecedora da família e precisa ter seu foco de cuidado nela, buscando prevenir e promover a saúde. Atentar para os problemas decorrentes do TDAH é prevenir diversos danos à saúde que essa criança e sua família podem apresentar como uso e abuso de substância, como o álcool, tabaco e, inclusive, drogas ilícitas, além das comorbidades como depressão, ansiedade, transtorno de conduta entre outros. Assim, se percebe a importância do enfermeiro que atua em qualquer nível de atenção à saúde pensar na família, como foco do cuidado quando uma de suas crianças seja portadora do TDAH.

Acredita-se que o enfermeiro esteja capacitado a interagir e cuidar dessa criança e de sua família, assim como os educadores e professores no sentido de orientá-los sobre a detecção e manejo adequado da situação.

Um esforço coordenado dos profissionais de saúde, da escola e assistência social no sentido de maior suporte à criança/adolescente e à família engloba o diagnóstico precoce, com orientação de métodos educativos adequados aos portadores do transtorno em tempo hábil e encaminhamento para tratamento especializado; interação dos profissionais de saúde com a escola no sentido de orientar, esclarecer e buscar formas disciplinares e métodos pedagógicos que sejam mais adequados; adequação de espaço físico e oferta de atividades orientadas no domicílio, na escola e na comunidade visando proporcionar às crianças/adolescentes os meios para a superação das dificuldades impostas pela desatenção, pela impulsividade e pela hiperatividade.

É de extrema relevância que no campo da saúde, não se perca o foco do cuidado, onde a criança e sua família estão inseridos enquanto seres que necessitam de cuidados dentro do contexto de suas condições de vulnerabilidade. Ao se pensar nesta díade indissociável criança e família, é necessário que o profissional enfermeiro assuma uma atitude ética diante da condição humana, no planejamento, organização, execução e avaliação do processo de cuidar e assistir em saúde.

## REFERÊNCIAS

ABDA. Associação brasileira de deficit de atenção. **Tratamento**. 2011. Disponível em: < <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/tratamento.html>>. Acesso em: 07 out. 2011.

APA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition**. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994. Disponível em: < <http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm.php>>. Acesso em: 27 set. 2011.

AVIRAM, Ron B; RHUM, Madeline; LEVIN, Frances R. Psychotherapy of Adults with Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Psychoactive Substance Use Disorder. **J Psychother Pract Res**. New York, v. 10, n. 3, 2001. Disponível em: < <http://www.jpapr.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/10/3/179>>. Acesso em: 07 out. 2011.

BADÍA, I. Rubió; PUJOL, B. Mena; ABRIL, B. Murillo. El pediatra y la familia de un niño con TDAH. **Rev Pediatr Aten Primaria**. [S.l.], v. 3, Supl 4, 2006. Disponível em: < [www.pap.es/files/1116-599-pdf/624.pdf](http://www.pap.es/files/1116-599-pdf/624.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2011.

BIEDERMAN, Joseph et al. Diagnosis and treatment of adult ADHD. In: POLLACK, M.H; OTTO, M.W; ROSENBAUM, J.F, (Ed.). **Challenges in clinical practice: pharmacologic and psychosocial strategies**. [s.n.], New York: Guilford Press; 1996. p. 380-406. Disponível em: < [http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=M6lhkpPR\\_swC&oi=fnd&pg=PA380&dq=Diagnosis+and+treatment+of+a+dult+ADHD+Challenges+in+clinical+practice:+pharmacologic+and+psychosocial+strategies&ots=PO6jLxYnAv&sig=p\\_DMtSUEoNjO4o9-5IAr3TZaMvQ#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=M6lhkpPR_swC&oi=fnd&pg=PA380&dq=Diagnosis+and+treatment+of+a+dult+ADHD+Challenges+in+clinical+practice:+pharmacologic+and+psychosocial+strategies&ots=PO6jLxYnAv&sig=p_DMtSUEoNjO4o9-5IAr3TZaMvQ#v=onepage&q&f=false)>. Acesso em 25 ago. 2011.

BRASIL, Departamento de Atenção Básica: **Programa Saúde na Escola – PSE**. 2011. Disponível em: < [http://dab.saude.gov.br/programa\\_saude\\_na\\_escola.php](http://dab.saude.gov.br/programa_saude_na_escola.php)>. Acesso em: 08 out. 2011.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Indicadores Sociais Municipais**. 2000. Disponível em: < [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicadores\\_sociais\\_municipais/ta\\_bela1a.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicadores_sociais_municipais/ta_bela1a.shtm)>. Acesso em: 10 out. 2011.

BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem**. Brasília, 2001. Disponível em:< [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao-&catid=323:orgaos-vinculados](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao-&catid=323:orgaos-vinculados)>. Acesso em: 29 set. 2011.

BRASIL, Ministério da Educação. **Programa saúde nas escolas**. 2011. Disponível em:< [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817)>. Acesso em: 10 out. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília (DF), 2006. Disponível em:< <http://scholar.google.com.br/scholar?q=%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde>>. Acesso em: 13 out. 2011.

BRASIL, Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador da para a Classificação de Doenças em Português - CBCD. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10**. Disponível em:< <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 27 set. 2011.

BRUM, Sônia Luzia Fulan; BOZZA, Marlene. TDHA – Transtorno de déficit de tenção e hiperatividade e a Relação com o uso abusivo de drogas. **Revista eficaz** – Revista científica online. Maringá/ PR, 2011. Disponível em:< [http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0,5&as\\_vis=1&q=interven%C3%A7%C3%B5es+de+enfermagem+no+TDAH](http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0,5&as_vis=1&q=interven%C3%A7%C3%B5es+de+enfermagem+no+TDAH)>. Acesso em: 10 out. 2011.

CABRAL, Ivone Evangelista. Desafios e perspectivas do cuidar de enfermagem na saúde da criança. Esc Anna Nery. **Rev Enferm.**, vol.13, n.4, p. 691, 2009. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000400001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000400001&script=sci_arttext)>. Acesso em: 27 set. 2011.

CALIMAN, Luciana Vieira. O tdah: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 13, n. 3, 2008. Disponível em:< [www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a17.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2011.

CARTA DE OTTAWA, Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em:< [www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf](http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf)>. Acesso em: 14 out. 2011.

COELHO, Liana et al. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na criança: aspectos neurobiológicos, diagnóstico e conduta terapêutica. **Acta Med Port.** Ceará, v. 23, n. 4, 2010. Disponível em: <[www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2010-23/4/689-696.pdf](http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2010-23/4/689-696.pdf)>. Acesso em: 05 out. 2011.

DEMETERCO, Jenifer et al. **Tdah: o que conhecem professores de ensino fundamental.** Maringá PR, 2011. Disponível em: <<http://www.abrapee.psc.br/xconpe/index.php?busca=Tdah%3A+o+que+conhecem+professores+de+ensino+fundamental&critério=t&grupo=td>>. Acesso em: 28 set. 2011.

DSM-IV-TR, Workgroup. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, **Text Revision.** Washington, 2000, DC: American Psychiatric Association. Disponível em: < <http://pt.scribd.com/doc/39470480/DSM-IV-TR> >. Acesso em: 25 ago. 2011.

ECA. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do adolescente.** Brasília, 3 ed. Ministério da Saúde 2008. Disponível em: < [http://www.google.com.br/#hl=pt-BR&q=Estatuto+da+Crian%C3%A7a+e+do+adolescente.+Bras%C3%ADlia&oq=Estatuto+da+Crian%C3%A7a+e+do+adolescente.+Bras%C3%ADlia&aq=f&aqi=&aql=1&gs\\_sm=e&gs\\_upl=1689211766410118313121211010101657165715-11110&bav=on.2,or.r\\_gc.r\\_pw.,cf.osb&fp=dea5a443d69130b&biw=1024&bih=605](http://www.google.com.br/#hl=pt-BR&q=Estatuto+da+Crian%C3%A7a+e+do+adolescente.+Bras%C3%ADlia&oq=Estatuto+da+Crian%C3%A7a+e+do+adolescente.+Bras%C3%ADlia&aq=f&aqi=&aql=1&gs_sm=e&gs_upl=1689211766410118313121211010101657165715-11110&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=dea5a443d69130b&biw=1024&bih=605)>. Acesso em: 14 ago. 2011.

FARIAS, A.C & CORDEIRO, M. L. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): diagnóstico, etiologia, tratamento, prognóstico e mitos. In: WEBER, Lidia. (Org.). **Família e desenvolvimento visões interdisciplinares.** Curitiba: Juruá Editora, 2008, p. 132-144. Disponível em: <[http://www.neuropediatria.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=124:tdah-diagnostico-etilogia-tratamento-prognostico-e-mitos&catid=60:tdah&Itemid=147](http://www.neuropediatria.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=124:tdah-diagnostico-etilogia-tratamento-prognostico-e-mitos&catid=60:tdah&Itemid=147)>. Acesso em: 29 set. 2011.

FERNANDES, Odara de Sá; ELALI, Gleice Azambuja. Reflexões sobre o comportamento infantil em um pátio escolar: **o que aprendemos observando as atividades das crianças.** Paidéia. Ribeirão Preto. v. 18, n. 39, 2008. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2008000100005&lang=pt&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000100005&lang=pt&lng=pt)>. Acesso em: 16 set. 2011.

GF, Still, Some abnormal psychological conditions in children: the Goulstonian lectures. **Lancet,** v.1, 1902. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br/scholar?q=Some%20abnormal%20psychical%20conditions%20in%20childhood>>. Acesso em: 14 ago. 2011.

GOLDSTEIN, Sam. Hiperatividade: Compreensão, Avaliação e Atuação: Uma Visão Geral sobre o TDAH. **Artigos aspectos gerais**. [S.l.], 2006. Disponível em: <<http://www.hiperatividade.com.br/article.php?sid=14>>. Acesso em: 10 out. 2011.

GOMES, Anangélica Moraes; **A criança em desenvolvimento: cérebro, cognição e comportamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

JOU, Graciela Inchausti de. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Um Olhar no Ensino Fundamental. **Psicologia: Re flexão e Crítica**. Porto alegre. RS, v. 23, n. 1, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722010000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722010000100005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 28 set. 2011.

LORDELO, Eulina da Rocha et al. Contexto e desenvolvimento cognitivo: frequência à creche e evolução do desenvolvimento mental. **Psicol. Reflex. Crit.** [S.l.]. v. 20, n. 2, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722007000200019&lang=pt&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000200019&lang=pt&lng=pt)>. Acesso em: 16 set. 2011.

LUNARDI, Valéria Lerch. Problematizando conceitos de saúde, a partir Do tema da governabilidade dos sujeitos. **R. gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v.20, n.1, p.26-40, jan. 1999. Disponível em : <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4219/2229>>. Acesso em: 14 ago. 2011.

MADUREIRA, Daniele Q.M; CARVALHO, Luis Alfredo V. de; CHENIAUX Elie. Modelagem neurocomputacional do circuito tálamo-cortical: Implicações para compreensão do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Arq Neuropsiquiatr**. Rio de Janeiro, v. 65, n. 4-A, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2007000600028&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2007000600028&script=sci_arttext)>. Acesso em: 05 out. 2011.

MARIA, Vera Lúcia Regina (Coord.). **Exame Clínico de Enfermagem do Adulto: Focos de atenção psicobiológicos como subsídios para diagnósticos de Enfermagem**. 3 ed. São Paulo: látria, 2008.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. et al. Qualidade de vida e condições de saúde do escolar: Uma investigação de aluno da escola de enfermagem Anna Nery. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** São Paulo, v.5, n.1, p. 31-38, jul 2005. Disponível em: <<http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/47-qualidade-de-vida-e-condies-de-sade-do-escolar-uma-investigao.html>>. Acesso em: 14 ago. 2011.

MUSSEN, Paul Henry, et al, **Desenvolvimento e personalidade da criança**. São Paulo: Harbra, 2001.

PASTURA, Giuseppe; MATTOS Paulo. Efeitos colaterais do metilfenidato. **Rev. Psiq. Clín.** Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, 2004. Disponível em:< [www.scielo.br/pdf/rpc/v31n2/a06v31n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n2/a06v31n2.pdf)>. Acesso em: 05 out. 2011.

PASTURA, Giuseppe; MATTOS, Paulo; ARAÚJO, Alexandra Pruber de Queiroz Campos. Prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares. **Arq Neuropsiquiatr.** Rio de Janeiro. v. 65, n. 4-A, 2007. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2007000600033&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2007000600033&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 22 set. 2011.

PETTRIBÚ, Kátia. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatr.** Pernambuco, v. 23, Supl II, 2001. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462001000600006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600006)>. Acesso em: 29 set. 2011.

PINHEIRO, Sara Cristina Aranha de Souza. **Crianças com transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (tdah): no ambiente escolar**. 2010. 66 f. Dissertação (Graduação em Pedagogia) - Universidade do estado da Bahia Departamento de educação – campus 1, Salvador, 2010. Disponível em:< [http://scholar.google.com.br/scholar?q=Crian%C3%A7as+com+transtorno+de+d%C3%A9ficit+de+aten%C3%A7%C3%A3o+hiperatividade+%28tdah%29:+no+ambiente+escolar.&hl=pt-BR&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholart](http://scholar.google.com.br/scholar?q=Crian%C3%A7as+com+transtorno+de+d%C3%A9ficit+de+aten%C3%A7%C3%A3o+hiperatividade+%28tdah%29:+no+ambiente+escolar.&hl=pt-BR&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart)>. Acesso em: 27 set. 2011.

PIRES, Thiago de Oliveira. **Fatores psicossociais relacionados ao transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade em escolares do município de São Gonçalo**. 2011. 85 f. Dissertação, (Mestrado em Ciências, na área de Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola nacional de saúde pública Sérgio Arouca ENSP, Rio de Janeiro, 2011.

POLANCZYK, Guilherme Vanoni. **Estudo da prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância, adolescência e idade adulta**. 2008. 160 f. Tese (Doutorado do Programa de pós-graduação em ciências médicas: psiquiatria) – Universidade do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em:< <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12635>>. Acesso em: 10 out. 2011.

RAMIRES, Vera Regina Röhne. Cognição social e teoria do apego: possíveis articulações. **Psicol. Reflex. Crit.** [S.l.], v.16, n.2, 2003. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722003000200020&lang=pt&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000200020&lang=pt&lng=pt)>. Acesso em: 17 set. 2011.

ROHDE, Luis A; HALPERN, Ricardo. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria.** [S.l.], v. 80, n.2, 2004. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa08.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2011.

ROHDE, Luis Augusto et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Rev Bras Psiquiatr.** [S.l.], v. 22, Supl II, 2000. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000600003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000600003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 27 set. 2011.

ROMAN, Tatiana; ROHDE, Luis Augusto; HUTZ, Mara Helena. Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Rev. Bras. Psiquiatr.** Porto Alegre, v. 24, n. 4, 2002. Disponível em:<[http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=ROMAN%2C+Tatiana%3B+ROHDE%2C+Luis+Augusto%3B+HUTZ%2C+Mara+Helena.+Genes+de+suscetibilidade+no+transtorno+de+d%C3%A9ficit+de+aten%C3%A7%C3%A3o+e+hiperatividade.+Rev.+Bras.+Psiquiatr&btnG=Pesquisar&lr=&as\\_ylo=&as\\_vis=1](http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=ROMAN%2C+Tatiana%3B+ROHDE%2C+Luis+Augusto%3B+HUTZ%2C+Mara+Helena.+Genes+de+suscetibilidade+no+transtorno+de+d%C3%A9ficit+de+aten%C3%A7%C3%A3o+e+hiperatividade.+Rev.+Bras.+Psiquiatr&btnG=Pesquisar&lr=&as_ylo=&as_vis=1)>. Acesso em: 27 set. 2011.

SAMPAIO, Adriana Soczek. **Hiperatividade e Terapia Cognitiva Comportamental: Uma revisão de literatura.** [S.l.], 2008. Disponível em:<[http://www.neuropediatria.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=101:hiperatividade-e-terapia-cognitiva-comportamental-uma-revisao-de-literatura&catid=60:tdah&Itemid=147](http://www.neuropediatria.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=101:hiperatividade-e-terapia-cognitiva-comportamental-uma-revisao-de-literatura&catid=60:tdah&Itemid=147)>. Acesso em: 28 set. 2011

SANTANA, Suely de Melo; ROAZZI, Antonio; DIAS, Maria das Graças B. B. Paradigmas do desenvolvimento cognitivo: uma breve retrospectiva. **Estudos de Psicologia.**[S.l.], v. 11,n. 1, 2006. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2006000100009&lang=pt&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000100009&lang=pt&lng=pt)>. Acesso em: 19 set. 2011.

SIGAUD, Cecília Helena de Sirqueira; VERÍSSIMO, Maria De La Ó Ramalho. **Enfermagem Pediátrica:** O cuidado de Enfermagem à criança e ao adolescente. São Paulo: EPU, 1996.

SILVA, Katia Beatriz Corrêa e. TDAH e comorbidades. 2011. Disponível em:<[http://www.tdahecomorbidades.com.br/tdah\\_comorbidades.asp?parametro=1](http://www.tdahecomorbidades.com.br/tdah_comorbidades.asp?parametro=1)>. Acesso em: 28 set. 2011.

SILVEIRA, Marília Rezende da. ALVES, Marília. O enfermeiro na equipe de saúde mental - o caso dos Cersams de belo horizonte. **Rev Latino-am Enfermagem**. [S.l.], v. 11, n. 5, 2003. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000500012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500012)>. Acesso em: 17 out. 2011.

SISTON, A. N; VARGAS, L. A. **O enfermeiro na escola**: práticas educativas na promoção da saúde de escolares. 2007. 14 f. Artigo (Trabalho de conclusão de curso em Enfermagem) – EEAP.UNIRIO, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:<<http://revistas.um.es/global/article/download/409/521>>. Acesso em: 13 out. 2011.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005.

SZOBOT, Claudia M et al. Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Rev Bras Psiquiatr**. Rio Grande do Sul, v. 23, Supl I, 2001. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462001000500010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462001000500010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 05 out. 2011.

UNISINOS. Universidade do Rio dos Sinos. Laboratório de neurociências. **Curso de extensão neuropsicologia**. 2011. Disponível em:<[http://www.unisinos.br/\\_diversos/laboratorios/neurociencias/index.php?nome=neurociencias&numero=1&titulo=1&arquivo\\_corpo=body\\_extensao-neuropsico.php&origem=body\\_extensao-neuropsico.php](http://www.unisinos.br/_diversos/laboratorios/neurociencias/index.php?nome=neurociencias&numero=1&titulo=1&arquivo_corpo=body_extensao-neuropsico.php&origem=body_extensao-neuropsico.php)>. Acesso em 20 out. 2011.

VASCONCELOS Marcio M. et al. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. **Arq. Neuro-Psiquiatr**. São Paulo. v. 6, n. 1, 2003. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2003000100012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000100012)>. Acesso em: 05 out. 2011.

VERISSIMO, Maria De La Ó Ramallo. et al. A formação do enfermeiro e a estratégia atenção integrada às doenças prevalentes na infância, **Rev. bras. enferm.** [S.l.], v.56, n. 4, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672003000400018&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000400018&lng=pt)>. Acesso em: 14 ago. 2011.

VITOLLO, Ymara Lúcia Camargo et al. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. **rev saúde pública**. São Paulo, v. 39, n. 5, 2005. Disponível em:<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000500004&lang=pt&lng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500004&lang=pt&lng=pt)>. Acesso em: 26 set. 2011.

VOLKOW Nora D. et al. Dopamine in Drug Abuse and Addiction: Results of Imaging Studies and Treatment Implications. **Arch Neurol** .[S.I.], v. 64, n. 11, 2007. Disponível em:< <http://archneur.ama-assn.org/cgi/content/full/64/11/1575>>. Acesso em: 07 out. 2011.

WONG, Donna L. **Whaley & Wong Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1999.