



**CETCC – CENTRO DE ESTUDOS EM TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

ANDREA ELIANE VALENTE

**A contribuição da Terapia Cognitivo-Comportamental no
tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e/ou
Hiperatividade em Crianças e Adolescentes**

**SÃO PAULO
2016**

ANDREA ELIANE VALENTE

**A CONTRIBUIÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL PARA O TRATAMENTO DO
TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E/OU
HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Trabalho de conclusão de curso *latu sensu*

Área de concentração: Terapia Cognitivo-Comportamental

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Renata Trigueirinho Alarcon

Coordenadora: Prof.^a Ms. Eliana Melcher Martins

**SÃO PAULO
2016**

Andrea Eliane Valente

A contribuição da Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade em Crianças e Adolescentes

Monografia apresentada ao Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental como parte das exigências para a obtenção do título de Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental.

BANCA EXAMINADORA

Parecer: _____

Prof. Título: _____

Parecer: _____

Prof. Título: _____

São Paulo, ____ de _____ de _____.

EPÍGRAFE

*“Ando devagar
Porque já tive pressa
E levo esse sorriso
Porque já chorei demais.*

*Hoje me sinto mais forte
Mais feliz, quem sabe
Só levo a certeza
De que muito pouco sei
Ou nada sei”*

(Almir Sater e Renato Teixeira)

"Aprendi que todas as formas de conhecimento são transitórias e que elas só têm real valor quando utilizadas em benefício dos seres e de tudo o que existe no campo universal. Todavia, de nada vale todo o conhecimento do mundo se não houver AMOR no que se faz!"

(Alcione Leite da Silva)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e aos meus pais, Edgar e Odila, pela vida, pelo amor incondicional e por serem responsáveis por quem sou hoje.

À minha irmã Meire, pela credibilidade e motivação. E ao meu cunhado Carlos, por todo o apoio nesse período.

À minha família e amigos, pela compreensão por minhas ausências em tantos momentos.

À minha orientadora Renata, pela dedicação e suporte no pouco tempo que lhe coube.

Aos coordenadores do curso, Eliana e Élcio, pelo acolhimento e carinho, pela qualidade do ensino e do corpo docente e pelo excelente ambiente oferecido.

Aos meus colegas de turma, pela amizade, companheirismo e respeito.

Aos meus pacientes, pelo crescimento profissional e pessoal que me proporcionam.

Enfim, a todas as pessoas que fizeram parte dessa etapa da minha vida.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo principal verificar, através de uma revisão bibliográfica, a contribuição da Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade em Crianças e Adolescentes. A pesquisa abordou desde as causas e formas de avaliação até o tratamento psicoterápico. Houve um grande avanço, nas últimas décadas, em relação à conscientização da sociedade sobre o transtorno, mas é preciso evoluir muito nesse sentido, pois ainda existe muita controvérsia sobre a sua existência, assim como várias crianças e adolescentes sem receber tratamento devido ao preconceito, até mesmo de seus pais e professores, acreditando que se trata de uma doença inventada para favorecer a indústria farmacêutica. Os estudos mostraram que a TCC, em muitos casos associada a medicação, contribui efetivamente para o tratamento ou minimização dos prejuízos causados pelos sintomas do TDAH – hiperatividade, impulsividade e desatenção.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental, Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade, TDAH, Crianças e Adolescentes.

ABSTRACT

This study aimed to verify, through a literature review, the contribution of cognitive-behavioral therapy for the treatment of Attention Deficit Disorder and / or Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. The survey addressed since the causes and forms of assessment to the psychotherapeutic treatment. There was a breakthrough in recent decades, with regard to awareness of society about the disorder, but it is necessary to evolve a lot in this sense, because there is still controversy about its existence, as well as several children and adolescents without treatment due to prejudice, even their parents and teachers, believing that it is a disease invented to encourage the pharmaceutical industry. Studies have shown that CBT, in many cases associated with medication, contributes effectively to treat or minimize the damage caused by the symptoms of ADHD - hyperactivity, impulsivity and inattention.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Attention Deficit and/or Hyperactivity Disorder, ADHD, Children and Adolescents.

SUMÁRIO

EPIGRAFE

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	09
2. OBJETIVO	13
3. METODOLOGIA	14
4. RESULTADOS	15
4.1. Histórico	15
4.2. Etiologia	16
4.3. Sintomas	18
4.4. Diagnóstico	20
4.5. Comorbidades	23
4.6. Avaliação	25
4.7. Tratamento	26
4.8. Terapia Cognitivo-Comportamental	28
5. DISCUSSÃO	34
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIA	38
APÊNDICE	41

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, mais conhecido por TDAH, é um tema muito estudado atualmente, principalmente em crianças em idade escolar. De acordo com Barkley (2008, apud SANTOS e VASCONCELOS, 2010), existe uma estimativa de que ele seja considerado como uma das principais fontes de encaminhamento de crianças e adolescentes ao sistema de saúde.

Desde o início dos estudos sobre esse transtorno, frequentemente citado em contextos clínicos, acadêmicos, familiares e sociais, sua nomenclatura sofreu muitas alterações, mas acredita-se que com o objetivo de uma melhor compreensão de suas bases etiológicas e de tratamento. (SANTOS E VASCONCELOS, 2010).

Acredita-se que a conceituação do TDAH variou, ao longo dos anos, devido às diferentes visões dos pesquisadores sobre a causalidade predominante em cada período. Embora tenha sido alterada a sua nomenclatura ao longo do tempo, assim como a relação hierárquica entre os sintomas (desatenção, hiperatividade e impulsividade), esse transtorno é ainda uma das condições mais comuns na infância e na adolescência, com as dificuldades de atenção, atividade motora e impulsividade permanecendo constantes e a maioria dos casos persistindo até a vida adulta. (VICTOR, GREVET E BELMONTE-DE-ABREU, 2005)

Para que uma pessoa seja diagnosticada com TDAH, é necessário que a apresentação dos sintomas tenha início na infância e que vários sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade, assim como suas manifestações apareçam em mais de um ambiente (casa, escola e trabalho, por exemplo). Os sintomas podem variar dentro de um mesmo ambiente, de acordo com o contexto. É importante salientar que, em atividades interessantes, com bastante estímulo para o portador de TDAH, os sintomas são mínimos ou até mesmo ausentes. (APA, 2014)

De acordo com Servera, Bornas e Moreno (2011), o TDAH é um “rótulo diagnóstico que identifica crianças que apresentam problemas de atenção, de impulsividade, de autocontrole e de hiperatividade motora”. A população que apresenta esse transtorno é heterogênea, apresentando muitas diferenças em relação aos sintomas e ao tipo de ambiente em que eles aparecem. Ainda, frequentemente, o TDAH vem acompanhado por outros transtornos comportamentais, os quais são classificados como comorbidades.

O TDAH é um transtorno psiquiátrico com grande impacto nas diferentes áreas da vida das crianças, dos adolescentes e dos adultos: acadêmica, social, saúde, trabalho, relacionamentos, finanças etc. Os indivíduos que atingem a idade adulta com esse transtorno têm maior probabilidade de adquirirem doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, fracasso acadêmico, abandono escolar, envolverem-se em acidentes de automóvel, abuso e dependência de álcool ou substâncias psicoativas, depressão e ansiedade. (PEREIRA E MATTOS, 2011)

De acordo com o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5, “crianças com o transtorno apresentam uma grande probabilidade de desenvolver transtorno de conduta na adolescência e transtorno de personalidade antissocial na idade adulta, aumentando, assim, o risco de transtornos por uso de substâncias e prisão”. (APA, 2014)

É evidente como o transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade altera a dinâmica das famílias envolvidas. O ambiente é geralmente tenso e as brigas e discussões podem ser constantes. É comum haver disputas entre irmãos, muito barulho, conflitos conjugais ou divórcios. Para os pais de portadores de TDAH, é uma tarefa muito difícil lidar com isso e, muitas vezes, eles sentem-se “desencorajados e algumas vezes deprimidos, os irmãos sentem-se constrangidos, negligenciados e enraivecidos”. (PHELAN, 2005)

Através de levantamentos populacionais, pode-se sugerir que esse transtorno ocorre na maioria das culturas em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos. Ele aparece com mais frequência em indivíduos do sexo masculino, sendo essa diferença maior enquanto crianças. Quando aparece em pessoas do sexo feminino, é mais comum que as características de desatenção predominem. (APA, 2014)

Há muita dúvida entre os pesquisadores sobre o que esteja causando o rápido crescimento do número de portadores de TDAH em relação aos anos anteriores. Phelan (2005) acredita que ele “sempre esteve presente e provavelmente sempre com a mesma intensidade de agora”. De acordo com o autor, o que favoreceu esse aumento do número de diagnósticos foi uma maior conscientização sobre o transtorno. E, segundo ele, ao contrário do que muitas pessoas acreditam, o TDAH não está sendo diagnosticado em excesso.

Pereira e Mattos (2011) afirmam que “o tratamento do TDAH é multifacetado e exige uma participação ativa do terapeuta”. Para tratar o paciente

com esse transtorno, ajudando-o a lidar com a aceitação e superação de suas dificuldades e limitações, exige-se do terapeuta muita energia, otimismo e criatividade.

Desde a sua descoberta, há uma crescente especulação sobre o tratamento farmacológico do transtorno de déficit de atenção, principalmente sobre a sua eficácia e sobre os prejuízos que pode trazer aos indivíduos. Porém, com relação aos resultados obtidos através da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no manejo dos sintomas desse transtorno, ainda há a necessidade de muitas pesquisas. (MONTEIRO, 2014)

Frente às dificuldades enfrentadas pelas crianças e adolescentes que apresentam TDAH, consideramos fundamental conhecer as estratégias da Terapia Cognitivo-Comportamental que podemos desenvolver com os pacientes, a fim de evitar ou minimizar esses prejuízos nas diferentes áreas da vida dos portadores desse transtorno.

A Terapia Cognitivo-Comportamental foi desenvolvida por Aaron Beck e teve início da década de 1960, para o tratamento da depressão. Segundo Beck (2013), “é uma forma de psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, direcionada para a solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (inadequados e/ou inúteis)”.

Cada paciente apresenta suas crenças e padrões de comportamento específicos e o terapeuta deve fazer uma conceituação para descobrir essas crenças e padrões, a fim de definir a melhor forma de tratamento. O objetivo do terapeuta é produzir uma mudança cognitiva do paciente, a qual o leva a uma mudança emocional e comportamental duradoura (BECK, 2013).

De acordo com Friedberg, McClure e Garcia (2011), a responsabilidade dos terapeutas que atendem crianças e adolescentes é grande, o que explica a enorme pressão que eles mesmos se colocam, buscando uma melhora significativa dos seus pacientes. Os autores recomendam que esses terapeutas tenham mais paciência na obtenção dos resultados, tendo consciência de que os avanços costumam ser mais lentos no tratamento de pacientes dentro dessa faixa etária.

A terapia cognitivo-comportamental compreende o TDAH como um transtorno em que estratégias cognitivas dos seus portadores são deficientes. Partindo desse princípio, busca desenvolver essas estratégias através de intervenções como, por exemplo, autoinstrução, registro de pensamentos

disfuncionais, solução de problemas, auto monitoramento, auto avaliação e planejamento e cronogramas. (SANTOS, 2010)

Fica a critério do terapeuta a adoção ou modificação dos procedimentos a serem utilizados com seus pacientes. Cada terapeuta pode utilizar as estratégias existentes, adaptá-las ou até mesmo criar novas estratégias, de acordo com a demanda que se apresenta no momento da intervenção. (FRIEDBERG, McCLURE e GARCIA, 2011)

2. OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo investigar a contribuição da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento de crianças e adolescentes que apresentam o Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade.

3. METODOLOGIA

Através de uma revisão bibliográfica, o presente estudo busca investigar as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade em crianças e adolescentes.

As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram Scielo, Pubmed, Bireme e Google acadêmico.

Os critérios de inclusão dos artigos no trabalho foram: estudos voltados para crianças e adolescentes; a relação destes com familiares, professores e pares; assim como a orientação a pais e professores acerca do transtorno.

Os critérios de exclusão foram: estudos abordando o transtorno apenas em adultos.

A pesquisa de dados foi realizada utilizando as palavras chave: terapia cognitivo-comportamental, transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade (TDAH), crianças e adolescentes.

Key-words: cognitive behavioral therapy, attention deficit hyperactivity disorder, children and adolescents.

4. RESULTADOS

4.1. Histórico

Desde o século XIX o Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade é reconhecido pela Medicina, embora tenha mudado várias vezes a sua nomenclatura desde a sua descoberta até os dias atuais. Apesar de estar em discussão até hoje e, mesmo com tantos termos diferentes usados para nomeá-lo, as características que o definem são as mesmas: hiperatividade, desatenção e impulsividade. Houve mudança, também, na relação hierárquica entre esses elementos, de acordo com a visão dos pesquisadores sobre a causalidade do transtorno. (VICTOR, GREVET E BELMONT-DE-ABREU, 2005)

As primeiras tentativas de nomenclatura do Transtorno de Déficit de Atenção foram para descrever crianças excessivamente ativas e impulsivas: Doença de Still e Distúrbio de Impulso. Os termos Lesão Mínima do Cérebro e Disfunção Cerebral Mínima foram utilizados em seguida. Mais tarde, foram substituídos pela expressão Reação Hipercinética da Infância, termo empregado devido ao excesso de atividade apresentada pelos pacientes. (PHELAN, 2005)

A evolução no processo de identificação do funcionamento do TDAH é notória. Entretanto, ainda há a necessidade de muita pesquisa, informação e conscientização sobre o transtorno, pois atualmente existem milhares de pessoas sofrendo com os prejuízos causados pelo déficit de atenção, pela falta de controle dos impulsos e pela hiperatividade física e/ou mental. “Às crianças são imputados rótulos como ‘pestinha’, ‘mal-educadas’, ‘rebeldes’, ‘agressivas’, ‘sonhadoras’, ‘cabeças de vento’”. Essa rotulação resulta, principalmente, da falta de informação de quem convive com os portadores e é através da compreensão sobre o que envolve o transtorno que as pessoas, principalmente os pais e os educadores, poderão reconhecer os sintomas do TDAH e favorecer uma melhor qualidade de vida a essas crianças e adolescentes. (SILVA, 2009)

A nossa sociedade ainda apresenta muito preconceito quanto aos diversos transtornos mentais existentes e é grande o número de pessoas que não aceitam a existência de “problema químico” ou “biológico” no sistema nervoso central, que é o

caso das crianças ou adolescentes que apresentam o Transtorno de Déficit de Atenção. Não apenas no Brasil, mas no mundo todo, existem inúmeras matérias afirmando que o TDAH é uma doença inventada apenas para favorecer a indústria farmacêutica. (MATTOS, 2012)

4.2. Etiologia

Teixeira (2014), afirma que as causas do Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade ainda não estão bem estabelecidas. A origem é multifatorial e a herança genética aparece como o fator mais importante. Os estudos mostram que as crianças que apresentam TDAH possuem algum familiar com o mesmo diagnóstico. Desse modo, as chances de as crianças com algum familiar hiperativo terem o transtorno são bem maiores em comparação às crianças sem familiares que o apresentam. A dopamina é uma das substâncias que realizam a comunicação entre os neurônios. E alguns estudos relacionam a herança genética aos genes do receptor e transportador desse neurotransmissor.

Existe um consenso sobre não existir uma única causa, mas sim uma combinação de vários fatores. Dano cerebral foi a primeira hipótese. Entretanto, estudos mais recentes apontam que aproximadamente 5% das crianças possuem prejuízos cerebrais. Várias causas têm sido propostas ao longo do tempo para explicar o TDAH: (DOMINGOS E RISSO, 2008)

- dano cerebral,
- nutrição pré-natal deficitária,
- consumo de álcool ou drogas durante a gestação,
- fatores genéticos,
- alto nível de estresse,
- condições físicas, neurológicas e psiquiátricas,
- alta incidência de infecções respiratórias e alérgicas,
- dieta rica em açúcar,
- intoxicação por chumbo e
- certos medicamentos.

Silva (2009) confirma a hipótese de que “o TDAH pode estar relacionado a algumas complicações ocorridas durante a gravidez ou durante o parto, inclusive com relatos de traumatismos neonatais”. Segundo a autora, nestes casos, as alterações no nível de dopamina, serotonina e outros neurotransmissores não estariam relacionados a uma herança genética, mas sim à consequência dos acidentes ocorridos durante o período gestacional ou durante o parto.

Phelan (2005) acredita que a hereditariedade não explicaria a real causa do problema, ou seja, o que realmente acontece no exato instante em que os sintomas se apresentam. O fator hereditário explicaria apenas que o Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade pode ser passado de geração para geração. Mas, o que precisaríamos realmente saber é o que está produzindo esses sintomas. As pesquisas apontam que se trata de um distúrbio neurobiológico, onde o funcionamento inadequado de determinadas áreas do cérebro leva a problemas de atenção, de controle de impulsos, do nível de atividade e de auto regulação. O córtex pré-frontal seria uma área do cérebro envolvida com o TDAH.

Muitos estudos levantam déficits em áreas do sistema nervoso central e mecanismos neurotransmissores. Testes neuropsicológicos demonstraram uma fragilidade das crianças com TDAH para disfunção do lobo frontal. Déficits maturacionais no córtex frontal levam as crianças a apresentarem dificuldades com automonitorização e limites comportamentais. Visto que o lobo frontal é responsável pela capacidade de execução, desenvolvimento de planos, organização, atenção, dentre outros processos, acredita-se que o déficit de atenção esteja relacionado à disfunção nessa área. (DOMINGOS E RISSO, 2008)

Os portadores de Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade apresentam prejuízos nas funções executivas. Desse modo, as crianças e adolescentes, assim como os adultos, mostram déficits em relação às habilidades e ao controle inibitório, à memória operacional, à flexibilidade cognitiva, à tomada de decisões e à fluência verbal. Com isso, elas apresentam muitas dificuldades que afetam a sua qualidade de vida, tais como processar e elaborar ações adaptadas, manter uma atenção sustentada, iniciar tarefas, estimar o tempo, alternar tarefas ou lidar com duas tarefas ao mesmo tempo, controlar seus impulsos, ter paciência, planejar. São crianças e adolescentes mais distraídos, com pouco *insight*, com muita inquietação, agressividade, labilidade motivacional e problemas de inibição de

respostas. Os sintomas de desatenção são constantes e limitantes. (MONTEIRO, 2014)

Os pais costumam se culpar pelo comportamento inadequado dos filhos com TDAH, mas acredita-se que essa seja uma preocupação sem fundamento. É fundamental os pais terem consciência de que a forma de educar pode agravar o TDAH, mas não o causar. As crianças e os adolescentes que apresentam esse transtorno precisam que seus pais sejam claros e consistentes em relação às normas e regras estabelecidas, pois a rotina e a previsibilidade são necessárias para que os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade não se agravem. Essas crianças ou adolescentes precisam saber exatamente o que se espera deles. (MATTOS, 2012)

É importante salientar que a compreensão do componente neurobiológico no funcionamento do transtorno do déficit de atenção foi fundamental para seu o tratamento, pois mudou a visão dos pesquisadores sobre todo o processo vital de seus portadores. Essa nova forma de pensar gerou uma maior eficiência dos tratamentos medicamentosos, melhorando a qualidade de vida dos pacientes que apresentam TDAH. As pesquisas não estão finalizadas, visto que ainda existe a necessidade de se descobrir o que realmente está alterando o comportamento desses pacientes. (SILVA, 2009)

4.3. Sintomas

Phelan (2005) elenca os principais sintomas do transtorno de déficit de atenção e descreve como afetam as crianças e os adolescentes, assim como os seus familiares:

- **Desatenção ou distração:** as crianças apresentam dificuldade para manter a atenção, principalmente em relação às atividades escolares. Concentrar-se é uma tarefa árdua para elas, dificultando, assim, a compreensão dos conteúdos abordados. Como consequência, passam a ser consideradas, inclusive por si mesmas, como burras ou preguiçosas. Dessa forma, a autoestima fica bastante prejudicada. Para conseguirem manter a atenção, é necessário que as situações sejam bem interessantes, estimulantes, ou terem um apoio individual de outra

pessoa. Mesmo quando as crianças estão concentradas em alguma atividade, a tendência à distração as levam a desviar a atenção a quaisquer estímulos, internos ou externos (visuais, auditivos, mentais ou somáticos). Tem-se a impressão que as pessoas com déficit de atenção são excessivamente sonhadoras, por parecerem estar sempre alheias às situações.

- **Impulsividade:** crianças impulsivas agem sem pensar, não medem as consequências dos seus atos, o que pode ser perigoso em muitas situações, pois correm o risco de se envolver em acidentes com frequência. Elas não conseguem esperar a sua vez para falar, interrompem as pessoas; e esses comportamentos são percebidos principalmente pelos professores. A impulsividade pode levar essas crianças a cometerem furtos ou mentirem para esconder seus erros. Os pais sentem-se muito mal frente a essas atitudes.

- **Impaciência:** esse sintoma prejudica as interações sociais das crianças, pois elas se frustram com facilidade e podem reagir com agressividade ou irritação. As crianças, nesse caso, não conseguem esperar quando querem algo, acreditam que tudo deve acontecer na hora. Elas costumam ser insistentes e os pais sentem-se impotentes, evitando, diversas situações como, por exemplo, ir com essas crianças ao supermercado ou ao shopping, pois elas agem de forma constrangedora para conseguirem obter o que têm vontade. A ansiedade é grande devido a essa dificuldade para esperar.

- **Hiperatividade:** esse é o sintoma mais provável do TDAH, principalmente na pré-adolescência. As crianças estão sempre se movimentando, podendo apresentar, também, agressividade e nervosismo em suas ações. Esse sintoma tende a diminuir a partir da adolescência, embora elas continuem inquietas física e/ou mentalmente. Os meninos apresentam hiperatividade com mais frequência do que as meninas. Esse sintoma, por incomodar muito as pessoas com quem as crianças convivem, as levam com frequência a especialistas.

- **Superexcitação emocional:** as crianças que apresentam esse sintoma sofrem de uma intensidade emocional além do normal. Ele não está descrito do DSM, mas traz prejuízos, pois felicidade e raiva são dois sentimentos expressos de forma excessiva. Outro comportamento que pode constranger as pessoas que convivem com elas, pois expressam-se de maneira exacerbada, correndo, falando alto, fazendo graça etc. As birras são frequentes quando estão com raiva, demonstrando muita fúria quando contrariadas. Além de entusiasmo e raiva, outras

emoções podem ser expressas exageradamente. Corre-se o risco de serem diagnosticadas com transtorno bipolar e, nesse caso, é preciso uma rigorosa avaliação para realizar o diagnóstico correto. Culpa também é um sentimento comum nessas crianças, devido aos comportamentos inadequados que apresentam, mas costuma ser passageira e expressa de forma menos intensa.

- **Desobediência:** crianças e adolescentes com TDAH têm dificuldade para obedecer a regras. Embora conheçam a mesmas, dificilmente as seguem, agindo com impulsividade e hiperatividade na maioria das situações. Esse sintoma está presente, principalmente, nas crianças que apresentam transtorno de déficit de atenção associado ao transtorno de desafio e oposição (TDO), uma das comorbidades mais comuns ao TDAH. Nesse caso, elas são desafiantes e hostis. Caso passem da adolescência com esses sintomas de agressividade e oposição, corre-se o risco de apresentarem transtorno de conduta (TC), apresentando comportamentos totalmente inadequados e não aceitos pela sociedade, podendo cometer crimes quando jovens ou adultos.

- **Problemas sociais:** as crianças hiperativas, devido ao comportamento agressivo, competitivo e impulsivo, podem ser rejeitadas pelos seus colegas; enquanto as desatentas, podem ser ignoradas. Nos dois casos, há um comprometimento das relações de amizade. Mas, nem sempre isso acontece; muitas crianças que apresentam esses comportamentos são queridas e admiradas pelos colegas.

- **Desorganização:** Os sintomas descritos nos itens anteriores levam as crianças a uma desorganização, pois costumam ter problemas com orientação e memória. Com frequência, perdem a noção do tempo e, também, seus pertences.

A descrição dos sintomas foi apresentada pelo autor há aproximadamente 20 anos. Entretanto, pode-se perceber que esse panorama não mudou ao longo de todo esse tempo. (PHELAN, 2005)

4.4. Diagnóstico

O Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade costuma passar despercebido até o momento em que as crianças que o apresentam iniciam os

estudos do ensino fundamental. Apesar dos pais perceberem uma atividade motora excessiva nas crianças mais novas, acreditam que seja um comportamento normal da infância. Quando as crianças avançam para o ensino fundamental, momento em que a atenção se torna necessária, o TDAH fica mais evidente. Nesse momento, além da hiperatividade, a desatenção passa a ser percebida, pois prejudica a aprendizagem e a memória. Algumas crianças chegam à adolescência com uma piora nesse quadro, desenvolvendo até mesmo comportamentos antissociais. Embora muitas pessoas que apresentam esse transtorno melhorem em relação aos sintomas de hiperatividade motora após a infância, na maioria dos casos costumam persistir as dificuldades com planejamento, inquietude, desatenção e impulsividade. E esses fatores permanecem até a vida adulta de um número substancial de pacientes (APA, 2014).

É comum os responsáveis pelas crianças – geralmente os pais - relatarem que chegaram ao diagnóstico de TDAH a partir do momento em que foram informados pela escola sobre as dificuldades apresentadas por elas. No início do ensino fundamental, os pais das crianças que apresentam esse transtorno recebem muitas queixas dos professores sobre a hiperatividade, sobre os comportamentos impulsivos e agressivos, sobre a desatenção. Algumas crianças chegam a ser expulsas pela escola ao apresentarem com frequência os comportamentos inadequados decorrentes do transtorno. (BELTRAME ET AL., 2015)

Os exames realizados pelos neurologistas mostram que não existe diferença, em forma e aparência, entre o cérebro de quem foi diagnosticado com TDAH e o de quem não apresenta o transtorno. “A diferença está no íntimo dos circuitos cerebrais que são movidos e organizados pelos neurotransmissores, que seriam os combustíveis que alimentam, modulam e fazem funcionar todas as funções cerebrais”. (SILVA, 2009)

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade tem como característica principal um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, que prejudica o funcionamento e o desenvolvimento das pessoas que o apresentam. A desatenção é percebida como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização. A hiperatividade está relacionada ao excesso de atividade motora. E a impulsividade manifesta-se nas ações precipitadas, ou seja, na forma de agir sem pensar. (APA, 2014)

O DSM-V (2014) divide o TDAH em três subtipos:

Apresentação combinada: quando tanto a desatenção quanto a hiperatividade/impulsividade estão presentes nos últimos seis meses.

Apresentação predominantemente desatenta: quando a desatenção está presente, mas não há problemas relacionados à hiperatividade-impulsividade nos últimos seis meses.

Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva: quando há a presença de hiperatividade-impulsividade, mas não existem problemas relacionados à desatenção nos últimos seis meses.

O diagnóstico do transtorno de déficit de atenção é dimensional. Muitas crianças e adolescentes podem apresentar os sintomas sem portarem o transtorno. O que determina a presença ou não de TDAH é a dimensão, ou seja, o quanto as crianças ou adolescentes têm desses sintomas, o quanto esses sintomas estão prejudicando a sua vida. (MATTOS, 2012)

Para o diagnóstico do TDAH, não são realizados exames laboratoriais ou de imagem, já que não existem diferenças quanto à anatomia do cérebro. O diagnóstico é clínico, realizado através de uma avaliação com envolvidos: pais, criança e professores, por exemplo. Os pais relatam, na entrevista clínica, todos os detalhes possíveis sobre o desenvolvimento da criança ou do adolescente, abrangendo desde a história gestacional da mãe até o momento em que se encontra em avaliação. E, para ser diagnosticado com Transtorno de Déficit de atenção e/ou Hiperatividade, é necessário que haja prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional do paciente. (TEIXEIRA, 2014).

Existem alguns instrumentos que facilitam o processo de diagnóstico do TDAH. O teste psicológico usado com mais frequência com crianças é o WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children), um teste de inteligência e execução composto de subescalas para habilidades verbais, espaciais, de atenção, entre outras. Quando existem discrepâncias nos resultados dessas subescalas, podemos ter indicativos do transtorno. Existem ainda outros testes e escalas que facilitam o diagnóstico de TDAH e quem avalia a necessidade ou vantagem de um ou de outro geralmente são os médicos e/ou os psicólogos. É importante salientar que podem aparecer falsos positivos se, no momento da aplicação, o examinando estiver apresentando estresse, ansiedade ou algum outro transtorno. Por isso a necessidade da realização de diferentes formas de avaliação antes de apresentar o diagnóstico. (SILVA, 2009)

São os médicos ou os psicólogos que realizam o diagnóstico de TDAH, mas os pais, os professores, as pessoas que convivem com as crianças ou os adolescentes são de fundamental importância, uma vez que são eles que observam os sinais e sintomas do transtorno, sejam eles relacionados à desatenção ou à hiperatividade e impulsividade. Se as crianças têm dificuldade para permanecer paradas ou sentadas, estão sempre inquietas, falam demais, não respeitam regras ou instruções, estão sempre desatentas, perdem objetos e pertences, se envolvem em situações de perigo, são as pessoas do seu convívio as melhores informantes sobre esses comportamentos. (DOMINGOS E RISSO, 2008)

A presença de alguns comportamentos relacionados ao TDAH pode ser comum em determinados períodos do desenvolvimento das crianças, sem que exista um quadro clínico do transtorno. Caso não seja feita uma avaliação adequada, corre-se o risco de diagnosticar uma criança sem o transtorno como sendo portadora do mesmo. É necessário, ainda, que se faça um diagnóstico diferencial do TDAH com outros transtornos da infância e da adolescência: retardo mental, comportamento opositivo, transtorno do humor, de ansiedade, dissociativo, transtorno invasivo do desenvolvimento ou psicótico. (DOMINGOS E RISSO, 2008).

Para que sejam diagnosticados com transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade, a criança ou o adolescente deve apresentar um comprometimento clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional. Não existe transtorno quando não há prejuízo. (RANGÉ, 2011)

4.5. Comorbidades

Associados ao transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade, é muito comum virem outros problemas emocionais e/ou comportamentais, que chamamos de comorbidades. Mattos (2012) cita os mais frequentes:

- **Depressão e ansiedade:** a depressão leva as crianças e adolescentes a se sentirem irritadas e com baixo rendimento escolar. Podem ficar mais apáticas, com menos apetite, sem interesse por atividades consideradas prazerosas pela maioria das pessoas de sua faixa etária. Nesse caso, podem aparecer sintomas

físicos, como dores de cabeça ou de barriga, principalmente quando estão ansiosas devido às provas testes escolares.

- **Transtorno Bipolar:** crianças que apresentam esse transtorno alternam entre fases de depressão e fases de mania. Quando em mania, demonstram muita energia, alta autoestima, pouco sono, bastante otimismo.

- **Transtorno de ansiedade generalizada (TAG), Fobia e Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)** também são comuns de se encontrar em crianças e adolescentes portadoras de TDAH.

- **Transtorno de Desafio e Oposição (TOD ou TDO):** crianças que apresentam esse transtorno são desafiadoras, não respeitam figuras de autoridade (pais, professores etc.) e não obedecem a regras ou limites. Costumam ser bastante impicantes com tudo e com todos.

- **Transtorno de Conduta (TC):** é mais grave que o TOD, pois, nesse caso, as crianças ou adolescentes apresentam um comportamento antissocial, não aceitável do ponto de vista moral. Elas podem praticar roubos e furtos, mentir, agredir, maltratar animais, violar propriedades alheias etc.

- **Dificuldades de aprendizagem:** dislexia (dificuldades com a leitura), discalculia (dificuldades na matemática), disortografia (dificuldades relacionadas à escrita) transtorno de comunicação. Transtornos de aprendizagem não são tão comuns ao TDAH, embora possam apresentar um déficit na aprendizagem devido à desatenção, à hiperatividade e à impulsividade. Dificuldades relacionadas à memória, tão comuns nos portadores de TDAH, também levam a um menor desempenho escolar.

É fundamental uma rigorosa avaliação, diagnosticando as comorbidades existentes; pois a presença ou não das mesmas influenciará na escolha da melhor forma de tratamento, seja ela medicamentosa, seja ela através de terapia cognitivo-comportamental, seja com a combinação dos medicamentos e terapia. (MATTOS, 2012)

Após a avaliação, determina-se também se há a necessidade de encaminhamento para outros profissionais, como, por exemplo, fonoaudiólogos e psicopedagogos. É fundamental um trabalho interdisciplinar, visando o melhor prognóstico.

4.6. Avaliação

Atualmente, podemos contar com vários métodos para realizar a avaliação de crianças e adolescentes com TDAH, assim como vários informantes e, também, a observação das dificuldades da criança nos diferentes contextos de sua vida. Um dos principais objetivos da avaliação é o diagnóstico diferencial, muito mais importante do que verificar a presença ou não desse transtorno. Outro objetivo é o estabelecimento da intervenção necessária para tratar os problemas identificados nessa avaliação. Além disso, precisamos determinar a presença de comorbidade e o seu impacto no prognóstico ou nas decisões sobre o tratamento. E, finalmente, devemos identificar pontos fortes e déficits presentes que possam ajudar ou afetar o curso do tratamento. (DOMINGOS E RISSO, 2008)

Corre-se o risco de erro no diagnóstico quando a avaliação é feita por profissionais com pouco treinamento, principalmente quando as crianças e os adolescentes com TDAH apresentam determinadas comorbidades como, por exemplo, transtorno de desafio e oposição (TDO), transtorno de conduta (TC), transtornos cognitivos e transtornos de humor. Esses transtornos associados podem confundir o diagnóstico. (VICTOR, GREVET E BELMONTE-DE-ABREU, 2005)

Podemos encontrar em nosso meio alguns instrumentos para a avaliação do TDAH. Como exemplos, temos entrevistas semiestruturadas: *Children's Interview for Psychiatric Syndromes* – é uma versão para pais (P-ChIPS) (Souza ET AL., 2009) e o *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Epidemiological Version (Kiddie-SADS-E)* é bastante utilizado para avaliação de comorbidades. Algumas escalas muito usadas para pais e professores são: *Child Behavior Check List (CBCL)* (Bordin, Mari e Caeiro, 1995) e SNAP-IV. (RANGÉ, 2011)

Os testes psicológicos não são decisivos para o diagnóstico, mas ajudam os profissionais no processo de avaliação. Infelizmente, muitos dos testes psicológicos que poderiam ajudar no diagnóstico ainda não estão aprovados pelo Conselho Federal de Psicologia. Portanto, o uso dos mesmos fica quase que exclusivamente voltado para a pesquisa. (GRAEFF E VAZ, 2008)

Os instrumentos mais utilizados no diagnóstico do TDAH são as escalas e questionários para pais e professores, com inúmeras vantagens. São instrumentos

de baixo custo, cuja rapidez de aplicação é indiscutível, além de fornecer informações sobre comportamentos difíceis de observar através dos relatos da família. Somando-se a estas vantagens, temos também a possibilidade de quantificar e dispor de dados normativos. Entretanto, é preciso tomar cuidado e utilizar outros instrumentos, pois dados dos questionários sobre o comportamento infantil costumam não ser muito confiáveis, muitas vezes devido aos informadores, assim como podem apresentar problemas quando à validade de conceito ou à normatização de suas pontuações. (SERVERA, BORNAS E MORENO, 2011)

Os pacientes com sintomas de TDAH costumam ser avaliados num setor de emergência devido aos prejuízos causados, e não pelos sintomas em si. Eles não chegam ao atendimento para avaliarem a desatenção, por exemplo, mas pelos acidentes que ocorrem a partir da sua falta de atenção. Da mesma forma, os pacientes não são avaliados quanto à sua impulsividade, mas pelas consequências decorrentes dela. (REINHARDT E REINHARDT, 2013)

Os resultados diagnósticos apresentam uma significativa diferença, dependendo das técnicas que foram utilizadas. Portanto, torna-se necessária uma completa e criteriosa avaliação em termos instrumentais e multidisciplinares, a fim de evitar qualquer equívoco. Uma avaliação que seja capaz de identificar, por exemplo, as possíveis comorbidades e quaisquer aspectos associados ao TDAH. Essa avaliação geral das crianças ou adolescentes com transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade ajuda na tomada de decisão quanto ao melhor tratamento, favorecendo, assim, um melhor prognóstico. (GRAEFF E VAZ, 2008)

4.7. Tratamento

A primeira intervenção após crianças e adolescentes receberem o diagnóstico de TDAH é, frequentemente, o tratamento medicamentoso. Os fármacos normalmente utilizados são os estimulantes, os quais estão subdivididos em derivados anfetamínicos e metilfenidato. Somente o metilfenidato é comercializado no Brasil e atua no bloqueio da recaptura de dopamina, com o objetivo de modular a concentração desses neurotransmissores nas sinapses. As anfetaminas também atuam no bloqueio da recaptura de noradrenalina e dopamina, além de promoverem

liberação adicional dos neurotransmissores. Tanto o metilfenidato como as anfetaminas são rapidamente absorvidos pelo cérebro e modulam a atenção e o sistema de recompensa. Esses medicamentos são responsáveis pelo aumento da atenção e dos efeitos inibitórios, excluindo estímulos e respostas indesejados. (RANGÉ, 2011)

Segundo Servera (2011), o tratamento medicamentoso não constitui uma prática generalizada na clínica infantil, com exceção dos casos de hiperatividade. Esse foi o tratamento mais utilizado para tratar os sintomas de hiperatividade na década de 1970 e início da década de 1980. Em muitos países o uso de psicofármacos já está amplamente consolidado, especialmente nos Estados Unidos. De acordo com o autor, os médicos defendem a importância do seu uso na primeira fase do tratamento, por ser o período mais crítico, ou quando não é possível outro tipo de terapia. Frequentemente, o tratamento farmacológico precisa ser complementado com uma intervenção cognitivo-comportamental para que se obtenha um resultado mais satisfatório.

A indicação dos psicofármacos no tratamento do transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade provoca muita polêmica, pois acredita-se que eles podem prejudicar alguma função cerebral. Uma parte da população recrimina o uso de medicamentos e outra parte reconhece os benefícios que seu uso pode trazer aos pacientes. Muitos casos tiveram resultados eficazes com a administração dos psicofármacos no tratamento, mudando radicalmente a vida das pessoas com TDAH. Entretanto, para escolher a medicação adequada, torna-se necessário conhecer bem os sintomas que causam maior desconforto, visto que esse transtorno costuma se apresentar de diferentes formas, além de vir acompanhado de alguma comorbidade. (SILVA, 2009)

Apesar da polêmica existente sobre o uso de medicamentos para o tratamento do TDAH, a sua indicação teve um enorme crescimento ao longo do tempo. O Brasil é o segundo maior consumidor de metilfenidato. Parece que a adesão dos pais cresceu devido à melhora dos pacientes quanto à atenção e ao controle da hiperatividade. Porém, esses mesmos pais costumam não demonstrar compreensão sobre os efeitos colaterais que podem ocorrer. (BELTRAME ET AL., 2015)

Rangé (2011) afirma que o tratamento medicamentoso é necessário para que os sintomas primários do TDAH (distração, hiperatividade e impulsividade)

diminuem. Entretanto, eles não atingem outros sintomas decorrentes do transtorno, como baixa autoestima, problemas interpessoais, medo do fracasso acadêmico, desorganização e dificuldade de planejamento. Estes sintomas comprometem a qualidade de vida das crianças e adolescentes que apresentam o transtorno.

A Academia Americana de Pediatria fez uma pesquisa comparativa com diferentes tipos de medicamentos e intervenções não farmacológicas no tratamento de crianças e adolescentes com TDAH. Concluiu-se que o uso isolado de psicofármacos gerou uma melhora significativa dos sintomas do TDAH. Entretanto, embora a terapia cognitivo-comportamental sozinha não tenha demonstrado resultados significativos, o estudo verificou que a combinação de medicamentos e terapia cognitivo-comportamental foi melhor que o tratamento farmacológico isolado. (MALLOY-DINIZ ET AL., 2011)

É claro que o tratamento do transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade apresentará diferentes resultados, dependendo de muitos fatores que podem estar envolvidos. Há tratamentos com uma melhora tão evidente, que surpreendem em relação a casos que eram considerados até mesmo sem solução. Em contrapartida, alguns casos, geralmente com apresentação de comorbidades, não apresentaram resultados tão bons. (Mattos, 2012)

4.8. Terapia cognitivo-comportamental

A terapia cognitivo-comportamental, conhecida também como TCC, vem apresentando resultados significativos no tratamento do transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade. Estudos indicam que a combinação dessa forma de terapia com o tratamento farmacológico costuma ser eficiente no tratamento do TDAH. As diversas ferramentas utilizadas pela TCC permitem que o próprio paciente acompanhe o seu tratamento passo a passo; dessa forma, ele percebe o quanto é responsável pela sua melhora, o que facilita o seu engajamento no processo psicoterapêutico. (MONTEIRO, 2014)

Silva (2008) comenta que algumas abordagens de psicoterapia não promovem o alívio do desconforto, nem a estruturação necessária ao portador de

TDAH. A terapia cognitivo-comportamental mostra-se eficiente nesse caso por ser “diretiva, objetiva, estruturada e orientada a metas”. Através da TCC, com a reestruturação cognitiva, pode ocorrer a mudança de emoção e comportamento, substituindo crenças, pensamentos e interpretações disfuncionais por outros mais próximos à realidade. As tarefas de casa e o envolvimento do paciente no planejamento, comuns nessa abordagem de psicoterapia, favorecem um resultado positivo e duradouro.

Além dos médicos neurologistas ou psiquiatras, são os terapeutas que os pais ou responsáveis procuram para buscar intervenções ou informações sobre o transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade. Eles precisam aprender a lidar com os sintomas apresentados pelas crianças ou adolescentes no dia a dia. É necessário muito estudo destes profissionais para um diagnóstico correto, uma boa orientação aos pais (psicoeducação) e uma intervenção adequada com esses pacientes. É mais comum o retorno dos responsáveis ao consultório médico, devido à rápida melhora apresentada com o uso de medicamentos, em comparação aos que retornam ao consultório do terapeuta, pois a resposta ao tratamento psicoterapêutico costuma ser mais lenta. Pesquisas indicaram a desistência de um número significativo de famílias quanto ao atendimento psicológico. Esses fatores podem estar relacionados a grande ansiedade apresentada por elas quanto ao tratamento dessas crianças. (PEIXOTO E RODRIGUES, 2008)

As variáveis cognitivas e comportamentais relacionadas ao TDAH afetam o desenvolvimento dos sintomas – desatenção, hiperatividade e impulsividade. As dificuldades quanto a distração, a impulsividade, a desorganização e a dificuldade de acompanhar pensamentos e conversas costumam prejudicar a aprendizagem das crianças e dos adolescentes. A finalização de uma tarefa é geralmente bem difícil para quem tem o transtorno. A autoestima costuma ser baixa, as crenças negativas sobre si mesmos os levam a constantes pensamentos disfuncionais e, conseqüentemente, começam a apresentar comportamentos de esquiva e fuga. A ansiedade e as alterações do humor frente à sensação de fracasso e incapacidade também são frequentes. Outra consequência desse transtorno é a procrastinação, pois crianças com TDAH distraem-se com facilidade e não conseguem se organizar e planejar. (KNAPP, BICCA E GREVET, apud MONTEIRO, 2014)

Pesquisas indicam que a terapia cognitivo-comportamental não é suficiente em muitos casos, devendo ser complementada com tratamento

farmacológico. Isso se deve ao fato de que os sintomas básicos – hiperatividade, impulsividade e desatenção – geralmente a TCC não consegue tratar. Em contrapartida, para dificuldades decorrentes desses sintomas, como, por exemplo, falta de limites e respeito às regras, baixa autoestima, depressão, ansiedade, dificuldades de relacionamento interpessoal. (MATTOS, 2012)

Através da terapia cognitivo-comportamental, as crianças e os adolescentes podem aprender a controlar a agressividade, melhorar suas habilidades sociais, criar estratégias para solução de problemas, controlar sua impulsividade e melhorar sua atenção. A TCC costuma ser eficiente também quando os pacientes apresentam comorbidades, como depressão, transtorno desafiador de oposição, transtornos ansiosos etc. (TEIXEIRA, 2014)

Malloy-Diniz et al. (2011) afirmam que os terapeutas cognitivo-comportamentais utilizam diversas técnicas de TCC para o manejo de TDAH. E elencam algumas em seus estudos, como treino de solução de problemas, repetição e verbalização de instruções, atividades interpessoais orientadas, treinamento de habilidades sociais e técnicas de manejo de contingências de reforço. A seguir descreve-se um pouco essas e outras técnicas utilizadas para diminuir o sofrimento das crianças e adolescentes que apresentam o transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade.

Em TCC, a **conceitualização** do caso é fundamental, independente do problema apresentado pelo paciente. É através dela que os terapeutas vão delinear o plano de tratamento. É o momento em que eles esquematizam os dados, os pensamentos disfuncionais, as crenças que as crianças ou adolescentes têm sobre si mesmos, os outros e o mundo. Eles registram os sintomas e hipóteses diagnósticas, o histórico familiar, desenvolvimento, histórico médico e uso de medicamentos, as relações interpessoais, os fatores culturais etc. (FRIEDBERG, MCCLURE E GARCIA, 2011)

Psicoeducação é uma das intervenções necessárias para um bom resultado no tratamento do TDAH. É o momento em que o terapeuta educa os pacientes e seus responsáveis sobre o transtorno, abordando desde os sintomas até o tratamento. Quando compreendem que se trata de um transtorno, quando conhecem as causas, sentem-se de certa forma aliviados, pois percebem que não são culpados pelo que está acontecendo, além de aprenderem a lidar com os comportamentos apresentados. Essa intervenção deixa os familiares mais

motivados e esperançosos para o tratamento e a tensão nos lares desses pacientes diminui a partir desse momento. (PEREIRA E MATTOS, 2011)

Os pais precisam aprender a estabelecer limites para as crianças e deixar as regras de comportamento bem claras para elas, lembrando que seus comportamentos nortearão os delas. Pai e mãe devem entrar num acordo em relação ao que esperam de seus filhos, a fim de que estes não fiquem confusos. Além disso, deve haver um equilíbrio, sem serem permissivos ou rígidos demais. É muito comum que os pais dessas crianças, em consequência dos seus comportamentos inadequados constantes, critiquem muito e praticamente nunca elogiem. A psicoeducação os ajudará a estabelecer uma rotina e mudança de postura em relação à educação dos filhos com TDAH. (MATTOS, 2012)

Arruda (2006) destaca que a **orientação aos professores**, quando as crianças ou adolescentes estão no ensino fundamental, é uma função importante do terapeuta. Visto que esses pacientes apresentam problemas de comportamento e/ou aprendizagem, os professores podem ajudá-los nesse sentido. Para isso, é necessário que conheçam o transtorno (causas, sintomas etc.) e as estratégias que podem utilizar para ajudar essas crianças, sem o risco de rotulá-las ou agravar o seu problema. Algumas dicas aos professores:

- atividades mais concretas e visuais;
- instruções curtas e objetivas, de preferência com recursos visuais;
- evitar enfatizar seus fracassos ou comparação com os amigos;
- deixar que um amigo o ajude durante a realização das atividades;
- manter interação com os pais;
- dar assistência individual sempre que possível;
- dar responsabilidades (como ajudante do dia), a fim de que se sinta útil;
- dar mais valor à qualidade do que à quantidade.

Treino em **relaxamento** favorece a minimização da ansiedade e seus sintomas (taquicardia, tensão muscular, tremores etc.). É o momento em que as crianças e os adolescentes aprendem a respirar, a corrigir postura, a relaxar. Existem diferentes técnicas de relaxamento e as mesmas devem ser bem treinadas para que se tornem um hábito e possam ser utilizadas em diferentes momentos de tensão e ansiedade. (SILVA, 2008)

O **treino em solução de problemas** ajuda as crianças a desenvolverem estratégias de enfrentamento, visto que esses pacientes costumam encarar os

obstáculos de forma impulsiva, normalmente apresentando muitas tentativas e erros. Outra vantagem dessa técnica é o aumento das habilidades de autogerenciamento e autorregulação, já que aprende a ser mais flexível na escolha de alternativas para solucionar problemas. (MALLOY-DINIZ ET AL., 2011)

Mattos (2012) denomina a anterior como **técnica de resolução de conflitos** e acrescenta que “é muito importante aprender a parar, olhar, ouvir e pensar antes de responder”. Mas, para que esse aprendizado ocorra, é necessário muito treino. A criança aprende a identificar o problema, traçar um objetivo em relação a ele, criar alternativas para atingir esse objetivo, prever as consequências que possam aparecer e executar a alternativa que pareça melhor na solução. Após a realização, faz-se a avaliação dos resultados. Segundo o autor, é importante que os pais recompensem as crianças quando estas demonstrarem um controle da impulsividade, elogiando-a, por exemplo, a fim de que elas se sintam motivadas a agir adequadamente.

A técnica **repetição e verbalização de instruções** também é muito utilizada para que as crianças com TDAH criem regras e as repitam, evitando, dessa forma, uma ação impulsiva, tão comum para quem apresenta o transtorno. É importante desenvolver uma estratégia de execução mais elaborada, como estudar, escrever algo, falar com alguém por um tempo mais longo e realizar um desafio de qualquer natureza. (MALLOY-DINIZ ET AL., 2011)

Através do **treino de auto-instrução**, as crianças aprendem a manter a atenção e controlar seu comportamento. Os adultos vão instruindo e, com o tempo, elas internalizam. O terapeuta realiza uma tarefa narrando-a para o paciente ouvir e observar como ele age; depois, a criança realiza uma tarefa similar, também repetindo em voz alta as instruções. Essa técnica se repete até que as crianças internalizem o processo. Ela é fundamental para resolução de problemas, planejamento, autocontrole e respeito às regras sociais. (PEREIRA E MATTOS, 2011)

Problemas de relacionamento, tão presentes nas crianças e adolescentes com TDAH, podem ser reduzidos através do **treino em habilidades sociais**. Essa técnica tem início com a identificação das habilidades que faltam no paciente no que tange às interações sociais e deixar claro para ele que a deficiência está no transtorno e não nela. Nesse momento, a criança ou adolescente se sentirá mais compreendida e se engajará com mais facilidade ao tratamento. Para o treino em

habilidades sociais, é utilizada a técnica de *role play*, com a representação de papéis entre criança e terapeuta. O treinamento tem ótimos resultados, principalmente quando envolve pais e professores, os quais podem atuar como co-terapeutas. (MATTOS, 2012)

O **estabelecimento de agenda** de atividades semanais, com horários definidos para as diferentes atividades do dia-a-dia, é muito importante para o portador de TDAH. Na agenda, devem estar programadas as atividades escolares, sociais e, também, a prática de esporte e até mesmo a alimentação. Atividade física deve estar presente no cotidiano das crianças e adolescentes que apresentam o transtorno, pois diminuem o estresse e algumas ajudam quanto ao respeito a regras. Reeducação alimentar, com redução de cafeína em hiperativos, ajuda na diminuição desse sintoma. O estabelecimento de agendas favorece a estruturação das atividades e, conseqüentemente, a organização. (SILVA, 2008)

Apesar dos resultados obtidos através da terapia cognitivo-comportamental mostrarem-se positivos no tratamento do transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade, é certo que ainda há a necessidade de muitas pesquisas no sentido de melhorar a intervenção psicoterapêutica com as crianças e adolescentes que sofrem com o TDAH. (SERVERA, BORNAS E MORENO, 2011)

5. DISCUSSÃO

Esse trabalho teve como objetivo principal verificar a contribuição da Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade em crianças e adolescentes. A pesquisa abordou, desde as causas e avaliação, até as formas de tratamento para o TDAH. Embora existam muitos estudos referentes ao tema, poucos artigos foram encontrados sobre o tratamento de crianças e adolescentes a partir da TCC.

O transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade vem sendo estudado há várias décadas e, ao longo do tempo, recebeu outras denominações, dependendo da visão que os estudiosos tinham sobre as suas causas. Entretanto, não percebemos grandes mudanças no que concerne aos sintomas apresentados pelas crianças e adolescentes, assim como aos prejuízos decorrentes desses sintomas.

Trata-se de um transtorno com origem multifatorial, sendo a genética o fator principal. É bastante comum parentes dos portadores apresentarem os mesmos sintomas. Vários outros fatores podem contribuir para a criança apresentar TDAH, como, por exemplo, dano cerebral e intercorrências durante a gestação ou no momento do parto. Os sintomas - hiperatividade, impulsividade e desatenção - estão relacionados a uma disfunção no lobo frontal e anormalidades nos neurotransmissores (dopamina, noradrenalina e serotonina).

A hiperatividade fica evidente quando as crianças ou adolescentes movimentam-se sem parar, não conseguem ficar sentadas por muito tempo, correm demais, falam exageradamente, dentre outros comportamentos. A impulsividade é percebida quando interrompem com frequência as falas das outras pessoas, não esperam terminar uma pergunta antes de responder, respondem alguma questão sem ler até o final etc. E os sintomas de desatenção aparecem quando eles não se concentram em tarefas que exigem foco, com exceção das atividades de muito interesse ou com muito estímulo como, por exemplo, um filme interessante ou um jogo no vídeo game. Quando apresentam este último sintoma, parecem estar sempre sonhando.

Para ser diagnosticado com TDAH, o paciente deve ter apresentado os sintomas ainda na infância e estes devem estar presentes em mais de um contexto (casa e escola, por exemplo), assim como devem estar causando prejuízos em sua vida. Há crianças que apresentam alguns dos sintomas, numa intensidade menor e sem afetarem o seu desenvolvimento, o que não justificaria o transtorno.

Os profissionais envolvidos, principalmente médicos e psicólogos, devem estar bem preparados para realizar esse diagnóstico, verificando também se há comorbidades, pois a escolha do melhor tratamento, medicamentoso e/ou psicoterápico, depende de que transtornos estão associados ao TDAH e de quais sintomas predominam. Além disso, é fundamental que seja realizado um diagnóstico diferencial, descartando outros transtornos com características semelhantes.

Muitos são os prejuízos que advêm do transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade. No ensino fundamental, os sintomas começam a ficar mais evidentes e é o momento em que as queixas escolares aparecem, levando os pais à busca de um diagnóstico. As crianças apresentam déficits na aprendizagem, principalmente devido aos sintomas de desatenção, pois têm dificuldade para se concentrar nas atividades escolares. A hiperatividade e a impulsividade no ambiente escolar são os motivos da maioria das queixas dos professores, pois são sintomas que tumultuam o ambiente dentro e fora da sala de aula. Antes do ensino fundamental, os sintomas acabam passando despercebidos, pois os familiares acreditam que os comportamentos apresentados fazem parte da fase do desenvolvimento das crianças.

Os estudos mostraram que a hiperatividade é o sintoma mais presente nas crianças do sexo masculino, enquanto nas meninas predomina a desatenção. Devido a isso, é comum que muitas crianças do sexo feminino demorem a ser diagnosticadas com o transtorno. A intensidade da hiperatividade costuma diminuir quando os pacientes entram na adolescência.

As intervenções mais indicadas pela maioria dos autores estudados foram a Terapia Cognitivo-Comportamental e o tratamento medicamentoso. Apesar de alguns pacientes serem tratados apenas com medicação e outros apenas com a terapia, a pesquisa realizada mostrou que a combinação dos dois leva a resultados mais satisfatórios. Quanto ao tratamento medicamentoso, há certa controvérsia, já que muitas pessoas sugerem que TDAH foi uma doença inventada para favorecer a

indústria farmacêutica e que o metilfenidato – medicação utilizada no Brasil - pode ter efeitos negativos a longo prazo. Entretanto, a maioria dos estudos demonstra que os prejuízos causados pelo TDAH são maiores do que os possíveis efeitos negativos que possam vir em decorrência do uso dos medicamentos.

Em alguns casos, TCC e medicamentos não são suficientes e há a necessidade de encaminhamento para outros profissionais, como, por exemplo, psicopedagogos quando as crianças e ou adolescentes apresentam dificuldades de aprendizagem, ou fonoaudiólogos quando apresentam distúrbios de fala e escrita. A prática de esportes mostrou-se favorável para diminuir a hiperatividade, assim como para ensinar o respeito às regras.

A partir desse trabalho, foi possível perceber o quanto a Terapia Cognitivo-Comportamental mostra-se eficaz no tratamento do TDAH em crianças e adolescentes, utilizando técnicas comportamentais e cognitivas, visando diminuir a ansiedade, melhorar a autoestima, estabelecer uma rotina, ensinar estratégias para organização e planejamento, desenvolver habilidades sociais etc.

O envolvimento dos responsáveis e dos professores no processo intensifica os resultados, pois eles serão co-terapeutas, ampliando o tratamento para além do ambiente clínico. A psicoeducação sobre as causas e as características do TDAH favorecem uma compreensão das pessoas que convivem com essas crianças e adolescentes. Percebendo que os comportamentos apresentados por eles não dependem de sua vontade, e sim das deficiências em determinadas áreas do cérebro, como o córtex pré-frontal, a baixa concentração de dopamina, noradrenalina e serotonina, as cobranças e os rótulos negativos serão atenuados ou extintos. Como consequência, a ansiedade e depressão apresentadas pelas crianças diminuirão e os ambientes familiar e escolar se tornarão mais tranquilos. Pais e professores aprenderão a estabelecer limites, tão necessários aos portadores de TDAH, assim como perceberão o quanto é importante reforçar os comportamentos adequados para motivar a sua frequência.

Embora ainda seja necessário muito estudo, houve grandes avanços no diagnóstico e no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade. A Terapia Cognitivo-Comportamental mostrou ser fundamental para diminuir os prejuízos causados e, quanto mais cedo iniciar o tratamento, melhores serão os resultados obtidos e menores as chances de persistir na vida adulta.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal avaliar o quanto e de que forma a Terapia Cognitivo-Comportamental contribui para o tratamento de crianças e adolescentes portadores de Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade.

Através desta pesquisa, foi possível perceber que a TCC, muitas vezes associada ao tratamento medicamentoso, demonstrou ser eficaz para tratar ou minimizar as dificuldades advindas do TDAH.

Os sintomas apresentados pelas crianças e adolescentes – hiperatividade, impulsividade e desatenção – causam muitos prejuízos em suas vidas. As dificuldades na aprendizagem; os problemas de relacionamento com colegas e familiares; a falta de planejamento e organização, dentre outros problemas que estas crianças enfrentam em decorrência do transtorno, levam-nas a apresentar uma percepção muito negativa de si mesmas, sentindo-se incompetentes e desajustadas. Por isso, a ansiedade e a depressão aparecem com frequência.

Partindo dessa premissa, a Terapia Cognitivo-Comportamental torna-se fundamental nesse processo, ajudando as crianças e adolescentes a melhorarem sua autoestima – descobrindo suas capacidades e deixando de se sentir culpadas pelos sintomas -, a desenvolverem habilidades sociais para melhorar o relacionamento com as pessoas com quem convivem, aprendem a planejar e desenvolvem estratégias de organização. Técnicas de relaxamento são bastante utilizadas nos casos de ansiedade.

A psicoeducação que o terapeuta realiza com pais, professores e outros responsáveis favorece uma grande melhora nos ambientes em que se relacionam com os pacientes, pois começam a entender as causas do TDAH e, a partir do momento em que compreendem que estas crianças não escolhem apresentar os comportamentos inadequados, começam a cobrar e rotular menos e a apoiar mais. O entendimento sobre o transtorno, inclusive pelas próprias crianças e adolescentes, facilita a adesão e comprometimento destes e dos familiares ao tratamento.

Acreditamos que haverá muito avanço nas pesquisas sobre TCC para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade na infância, assim como em uma maior conscientização da nossa sociedade em relação ao tema.

REFERÊNCIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARRUDA, M. A. **Levados da breca: um guia sobre crianças e adolescentes com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)**. Ribeirão Preto: Instituto Glia, 2006.

BECK, J.S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BELTRAME, R.L., [et al.]. **Ouvindo Crianças sobre Sentidos e Significados Atribuídos ao TDAH**. Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP. Volume 19, Número 3, Setembro/Dezembro de 2015: 557-565.

DOMINGOS, N. A. M. & RISSO, K. R. **O transtorno de déficit de atenção e a hiperatividade infantil**. In E. F. M. Silveiras (Org.), Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil (pp. 63-83). Campinas: Papyrus, 2000.

FRIEDBERG, R.D., McCLURE, J.M., GARCIA, J.H. **Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes: ferramentas para aprimorar a prática**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GRAEFF, R. L., VAZ, C. E., **Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)**. Psicologia USP, São Paulo, 2008, 19 (3), 341-361 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305123728005>

MALLOY-DINIZ, L.F. [et al.] **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: tratamento farmacológico e não farmacológico**. In PETERSEN, C. S., WAINER,

R. Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2011.

MATTOS, P. **No Mundo da Lua: Perguntas e respostas sobre Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em Crianças, Adolescentes e Adultos.** ABDA, 2012.

MONTEIRO, B.C. **TDAH: Proposta de tratamento clínico para crianças e adolescentes através da terapia cognitivo-comportamental.** Revista Saúde e Desenvolvimento Humano, 2014 Maio 30; 2(1): 101-108.

PEIXOTO, A. L. B.; RODRIGUES, M. M. P. **Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental.** Aletheia, Canoas, n. 28, p. 91- 103, dez. 2008.

PEREIRA, A; MATTOS, P. **Tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).** In RANGÉ, B. [et al.]. P. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto alegre: Artmed, 2011.

PHELAN, T.W. **TDA/TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.** São Paulo: M. Books do Brasil, 2005.

REINHARDT, M.C., REINHARDT C.A.U. **Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations.** *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*, Volume 89, Issue 2, March–April 2013, Pages 124-130.

SANTOS, L.F., Vasconcelos, L.A. **Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: uma revisão Interdisciplinar.** Psicologia: Teoria e Pesquisa Out-Dez 2010, Vol. 26 n. 4, pp. 717-724.

SERVERA, M., BORNAS, X., MORENO, I. **Hiperatividade infantil: conceitualização, avaliação e tratamento.** In: CABALLO, V.E., SIMÓN, M.A. (org.) Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente: transtornos gerais. São Paulo: Santos, 2011.

SILVA, A.B.B. **Mentes inquietas: TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

TEIXEIRA, G. **Manual dos transtornos escolares: entendendo os problemas de crianças e adolescentes na escola.** Rio de Janeiro: BestSeller, 2014.

VICTOR, M., GREVET, E., BELMONTE-DE-ABREU, A. **Histórico e epidemiologia do TDAH.** In CAMARGOS, W. Jr. HOUNIE, A. G. (org). Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade. Nova Lima: Editora Info Ltda, 2005.

Termo de Responsabilidade Autoral

Eu **Andrea Eliane Valente**, afirmo que o presente trabalho e suas devidas partes são de minha autoria e que fui devidamente informado da responsabilidade autoral sobre seu conteúdo.

Responsabilizo-me pela monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental, sob o título "**A contribuição da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade em crianças e adolescentes**", isentando, mediante o presente termo, o Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC), meu orientador e coorientador de quaisquer ônus consequentes de ações atentatórias à "Propriedade Intelectual", por mim praticadas, assumindo, assim, as responsabilidades civis e criminais decorrentes das ações realizadas para a confecção da monografia.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) Aluno (a)