



Centro de Estudos em Terapia
Cognitivo-Comportamental

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

LEONARDO SANTOS DE JESUS

**PRINCIPAIS TÉCNICAS COGNITIVO-
COMPORTAMENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE**

**SÃO PAULO-SP
2016**

LEONARDO SANTOS DE JESUS

**PRINCIPAIS TÉCNICAS COGNITIVO-
COMPORTAMENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE**

Trabalho de conclusão de curso *Lato sensu*

Área de concentração: Terapia Cognitivo-Comportamental

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

Coorientadora: Prof^ª. Msc. Eliana Melcher Martins

**São Paulo-SP
2016**

Leonardo Santos de Jesus

**Principais Técnicas Cognitivo-Comportamentais em crianças e adolescentes com
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**

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

BANCA EXAMINADORA

Parecer: _____

Prof(a): _____

Parecer: _____

Prof(a): _____

São Paulo, ____ de _____ de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, pela presença constante em todos os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me concede graças e bênçãos a todos os instantes. A minha família pela compreensão e apoio.

É por isso que se mandam as crianças à escola: não tanto para que aprendam alguma coisa, mas para que se habituem a estar calmas e sentadas e a cumprir escrupulosamente o que se lhes ordena, de modo que depois não pensem mesmo que têm de pôr em prática as suas ideias.

Immanuel Kant

RESUMO

Este trabalho descreveu as principais técnicas Cognitivo-Comportamentais em crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), ressaltando-se, primeiramente, aspectos relacionados à etiologia, diagnóstico e tratamentos cabíveis neste transtorno. Observou-se que a TCC (terapia cognitivo-comportamental) tem obtido reconhecimento como a terapia mais eficaz para tratar a TDAH em crianças e adolescentes. Ela tem papel preponderante na educação do portador deste transtorno, no manejo dos sintomas e na adesão ao tratamento farmacológico. Ela ajuda o portador de TDAH a aceitar a doença e a desenvolver novas habilidades com o intuito de reduzir os prejuízos causados pelo transtorno.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Terapia Cognitivo-Comportamental. Crianças. Adolescentes.

ABSTRACT

This paper described the main cognitive-behavioral techniques in children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), emphasizing, first, aspects related to the etiology, diagnosis and treatment appropriate in this disorder. It was observed that CBT (cognitive behavioral therapy) has achieved recognition as the most effective therapy to treat ADHD in children and adolescents. It plays an important role in carrying the education of this disorder, the management of symptoms and adherence to pharmacological treatment. It helps the ADHD to accept the disease and to develop new skills in order to reduce the damage caused by the disorder.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Cognitive behavioral therapy. Children. Teens

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	11
2.1 GERAL.....	11
2.2 ESPECÍFICOS.....	11
3 METODOLOGIA	12
4 RESULTADOS	13
4.1 TDAH.....	13
4.1.1 Diagnóstico	14
4.1.2 Tratamento: o papel da terapia cognitivo-comportamental.....	17
5 DISCUSSÃO	26
6 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29
ANEXO A - TERMO DE RESPONSABILIDADE AUTORAL	32

1 INTRODUÇÃO

Diante do crescimento do número de crianças e adolescentes diagnosticados com TDAH e alarmante consumo de medicamentos, como forma exclusiva de tratamento, levantaram-se questionamentos a respeito da real existência do TDAH. Para contrapor tal ideia, em 2002, pesquisadores que se dedicaram ao tema, assinaram um Consenso Internacional que atesta a legitimidade do diagnóstico e a existência real do TDAH (CALIMAN, 2009).

Segundo Caliman (2009), este Consenso aponta para a biologização do transtorno se apoiando em aspectos genéticos e cerebrais que corroborassem a existência do TDAH. O Consenso ainda diz que o TDAH possui o potencial de risco, levando a prejuízos sociais, educacionais, profissionais e familiares. A autora critica essas visões que tendem a estigmatizar o TDAH, de forma que os fatores de riscos são uma construção social, afinal é a própria sociedade que define o que é bom ou ruim, o que é bom para a sociedade é considerado normal e o que é ruim é patologizado (CALIMAN, 2009).

Com um breve levantamento histórico da constituição do fato TDAH, Caliman (2009) ressalta que a visão biomédica predominante atualmente acerca do Transtorno é, sem dúvidas, muito importante, porém alerta para que esta não seja a única forma de interpretação, visto que relações locais, morais e sociais também devem ser consideradas.

Nas décadas de 60 e 70, de acordo com Caliman (2009) apesar dos amplos estudos investidos acerca da hiperatividade, a psiquiatria via a necessidade de uma categoria diagnóstica para o TDAH, foi então que promoveu o fator déficit de atenção de característica secundária a fator definidor do transtorno.

Ainda segundo Caliman (2009), durante a década de 80, foram investidos estudos psiquiátricos na tentativa de investigar a estrutura e analisar as funções cerebrais, através de tomografia computadorizada e eletroencefalografia quantitativa. Além destes estudos citados, outros estudos laboratoriais foram desenvolvidos. Na década de 90, o TDAH foi incluído no DSM IV e se manteve no DSM V.

A Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA, 2011), a definição de TDAH como “um transtorno neurobiológico de causas genéticas que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida”.

Outro importante conceito do transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é apresentado pelo manual que mais influencia os profissionais de saúde em todo o mundo, o

DSM- 5. De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – V Edição (DSM-5) da Associação Americana de Psiquiatria (2014), TDAH define-se por:

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar – sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento. Na infância, o TDAH frequentemente se sobrepõe a transtornos em geral considerados “de externalização”, tais como o transtorno de oposição desafiante e o transtorno da conduta. O TDAH costuma persistir na vida adulta, resultando em prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional.

O TDAH é um quadro clínico prevalente na clínica pediátrica. Está presente em todas as áreas de funcionamento da vida da criança e, quando não reconhecido precocemente, causa prejuízos importantes no funcionamento do paciente na escola, no grupo social e na vida familiar (POLACZYK; ROHDE, 2014).

Assim como outras desordens psiquiátricas, o mecanismo etiológico do TDAH ainda não foi absolutamente compreendido, sendo provavelmente uma composição de fatores genéticos e ambientais (APA, 2013).

Como característica, o TDAH apresenta comorbidades com muita frequência, que dificultam a intervenção se não diagnosticadas. Sendo que o diagnóstico preciso do TDAH e de comorbidades associadas carrega grande valor clínico, uma vez que a intervenção terapêutica nesses casos está entre as mais eficazes de toda a psiquiatria (POLANCZYK et al., 2011; APA, 2013).

O tratamento é multidisciplinar, ou seja, inclui múltiplas abordagens focadas em aspectos específicos do transtorno e do quadro clínico. Entretanto, é fundamental que as abordagens sejam planejadas e implementadas de forma integrada, seguindo um plano de tratamento específico para cada indivíduo e considerando a perspectiva longitudinal do transtorno (POLACZYK; ROHDE, 2014).

Dentro desta intervenção, destaca-se a terapia cognitivo-comportamental, que teve seu início nos anos 1960 do século XX, quando o então psicanalista Aaron T. Beck começou a tentar validar empiricamente o modelo psicanalítico da melancolia, hoje descrita como depressão maior (EIDT, TULESKI, 2010).

Beck (apud EIDT; TULESKI, 2010), desenvolveu posteriormente um sistema articulado, propondo um modelo cognitivo, que se caracteriza por estabelecer uma relação entre as situações, as interpretações imediatas que uma pessoa faz sobre essas coisas ou sobre

si e as consequências emocionais e comportamentais que ela apresentará: Situação → Processamento cognitivo → Reações emocionais

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma psicoterapia estruturada, focal, educativa, colaborativa, pautada em metas e baseada em descoberta guiada que aborda a inter-relação entre fatores cognitivos, emocionais e comportamentais, tendendo a ser uma abordagem breve. É um sistema de terapia com uma teoria da personalidade e da psicopatologia unificadas, apoiadas por evidências empíricas (BECK, 1997). Sua proposta é ser uma terapia cognitivamente orientada, centrada no processamento de informações, com o objetivo de reverter cognições disfuncionais e comportamentos relacionados (WRIGHT et al., 2008).

Acredita-se que estudar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é de suma importância, pois é um problema que pode interferir de maneira significativa no aprendizado e permanência da criança e adolescente no ambiente escolar, além, é claro, dos prejuízos sociais e familiares. Nas consultas a bibliografias sobre o assunto, é possível constatar que a visão médica, em detrimento de uma visão social e psicológica do transtorno, é predominante.

Com base nestas considerações, este trabalho se propõe a descrever as técnicas de terapia cognitivo-comportamental mais utilizadas no tratamento de TDAH em crianças e adolescentes, apresentando-se as vantagens e desvantagens de cada uma.

Tendo em vista que o tratamento depende em grande parte do diagnóstico etiológico, abordam-se os fatores etiológicos e o diagnóstico desta patologia.

2 OBJETIVO

2.1 GERAL

Descrever as técnicas de terapia cognitivo-comportamental mais utilizadas no tratamento de TDAH em crianças e adolescentes, apresentando-se as vantagens e desvantagens de cada uma.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever aspectos referentes à etiologia da TDAH
- Apresentar as principais formas de diagnóstico desta patologia;
- Conhecer alguns princípios básicos da TCC;
- Identificar as etapas do processo terapêutico em TCC bem como as especificidades da relação terapêutica nessa abordagem psicoterapêutica;
- Verificar os resultados da TCC no tratamento da TDAH em crianças e adolescentes.

3 METODOLOGIA

Para cumprir com os objetivos propostos, fez-se uso da pesquisa exploratória, descritiva e bibliográfica sobre a temática “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade”; terapia cognitivo-comportamental; crianças; adolescentes.

Segundo Vergara (2007, p. 47) “os estudos exploratórios têm objetivo de desenvolver e esclarecer conceitos e ideias, visando à formulação de problemas mais precisos e hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”. Este tipo de estudo permite ao pesquisador aumentar sua experiência em torno de determinada problemática.

Já a pesquisa descritiva, segundo Vergara (2007, p.47) “expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno”.

O mesmo autor conceitua a pesquisa bibliográfica como “o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral. Fornece instrumental analítico para qualquer outro tipo de pesquisa, mas também pode esgotar-se em si mesma” (VERGARA, 2007, p.48).

Na identificação das fontes bibliográficas, foram utilizadas bases de dados LILACS-BIREME (Base de dados da literatura Latino Americana, em Ciência da Saúde), MEDLINE/Index Medicus (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e PubMed, bem como manuais e livros de Psicologia e Educação.

Na busca bibliográfica, os descritores utilizados foram: atenção, déficit de atenção, hiperatividade, terapia cognitivo comportamental. Foram utilizados como critérios de inclusão para seleção dos artigos, os seguintes fatores:

- artigos que apresentam a temática de estudo;
- artigos publicados em periódicos nacionais;
- somente os artigos disponibilizados em texto completo;
- artigos que respondessem ao que foi proposto nos objetivos deste estudo;
- sem um marco temporal definido, ou seja, não limitou-se a busca por período;
- todos os artigos independentes do método de pesquisa utilizados.

4 RESULTADOS

4.1 TDAH

A primeira descrição em publicação científica do TDAH foi feita pelo pediatra George Still em 1902 (EIDT; TULESKI, 2010). Esse transtorno recebeu, ao longo do tempo, diversas denominações e foi reconhecido que as alterações características desse quadro clínico estavam relacionadas a disfunções das circuitárias do cérebro (dopaminérgica, noradrenérgica e serotoninérgica), e não a lesões em alguma área específica do cérebro (KNAPP et al., 2003).

Sua etiologia e mecanismos fisiopatológicos não estão completamente esclarecidos. As evidências disponíveis apontam número e heterogeneidade crescentes de fatores ambientais (envolvimento de fatores pré, peri e pós-natais, baixo peso ao nascimento, prematuridade), genéticos (hereditariedade, associação significativa de polimorfismos dos genes DAT, DRD4 e DRD5, 5HTT, HTR1B e SNPA-25) e neurobiológicos (alterações estruturais, redução significativa nos volumes cerebrais e cerebelares totais, anormalidades em áreas frontoestriatais, lobos temporoparietais, núcleos da base, menor espessura cortical, atraso na maturação cortical e alterações funcionais) envolvidos no transtorno, porém, sua interpretação ainda se dá de maneira fragmentada (LIPSZYC; SCHACHAR, 2010).

A influência de fatores genéticos na etiologia do TDAH é bem estabelecida. O risco para o TDAH parece ser de 2-8 vezes maior nos pais das crianças afetadas do que na população em geral. Esse dado é interessante, pois, muitas vezes, o diagnóstico dos pais acontece a partir da investigação com os filhos (LIPSZYC; SCHACHAR, 2010).

Acredita-se que pequenos efeitos de vários genes sejam responsáveis por uma suscetibilidade genética para o TDAH. Essa suscetibilidade, associada a alguns gatilhos ambientais, caracteriza o mecanismo epigenético envolvido na determinação desse quadro clínico bem complexo (POLANCZYK; ROHDE, 2014).

Inúmeros estudos têm pesquisado o TDAH com diferentes prevalências. Essas diferenças encontradas estão mais relacionadas com diferenças metodológicas dos estudos do que com diferenças nas diversas culturas estudadas. As prevalências, de acordo com os critérios diagnósticos propostos pelo DSM-5, estão entre 3-6% em crianças em idade escolar (BIEDERMAN; FARAONE, 2005).

A proporção entre meninos e meninas afetados varia de aproximadamente 2:1 em

estudos populacionais e até 9:1 em estudos clínicos. Cerca de 15% dos indivíduos com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância continuam a apresentar o diagnóstico na idade adulta de acordo com critérios clínicos estabelecidos na infância (POLANCZYK et al., 2011).

Além da sintomatologia clássica de desatenção, impulsividade e hiperatividade, existe uma forte influência de fatores psicossociais na expressão clínica dos sintomas. Da mesma forma, alguns fatores relacionados com a gestação e parto (toxemia, eclâmpsia, estresse fetal, baixo peso ao nascer, hemorragia pré-parto, má saúde materna, exposição a fumo e álcool) parecem estar associados com o TDAH. (BIEDERMAN; FARAONE, 2005; POLANCZYK et al., 2011).

4.1.1 Diagnóstico

O diagnóstico de TDAH é essencialmente clínico fundamentado em critérios operacionais claros e bem definidos oriundos de sistemas nosológicos, como a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde 10^a ed. (CID 10) e DSM-5 (POLANCZYK et al., 2011; APA, 2013).

O CID-10 é um sistema mais restritivo de diagnóstico, na medida em que exige a presença de sintomas nas três dimensões de desatenção, hiperatividade e impulsividade. O DSM-IV, por sua vez, fez do TDAH um diagnóstico bimodal, em que sintomas de desatenção ou de hiperatividade-impulsividade são suficientes para caracterizar o transtorno, delineando três possíveis subtipos: predominantemente desatento; predominantemente hiperativo; combinado (APA, 2013).

Para o diagnóstico, é fundamental que o pediatra possa avaliar se os sintomas que o paciente está apresentando têm impacto e significado na vida do paciente e sua família. Muitos sintomas relacionados com desatenção e hiperatividade podem ser considerados normais se acontecerem esporadicamente e/ou frente a uma situação específica. A presença desses sintomas por curtos períodos, sendo possível identificar um desencadeante, deve alertar o pediatra para a possibilidade de que estejam somente relacionados ao fator observado (APA, 2013).

O principal diagnóstico diferencial na avaliação clínica de uma criança ou adolescente com suspeita de TDAH é o desenvolvimento normal. Assim, os critérios adjacentes aos

sintomas visam certificar que o padrão de comportamento identificado pode ser efetivamente atribuído ao transtorno e representa uma variação quantitativa do esperado no desenvolvimento normal. Para ser considerado válido, cada sintoma deve manifestar-se de forma mais grave e frequente do que entre indivíduos do mesmo nível de desenvolvimento. Exige-se também que os sintomas estejam presentes por seis meses ou mais. O TDAH não é um transtorno de manifestação temporária. Esse período de tempo, definido arbitrariamente, pretende prevenir o diagnóstico por meio de sintomas não oriundos do transtorno propriamente dito, especialmente quando associados a um possível desencadeante psicossocial agudo (por exemplo, a separação dos pais). Um terceiro critério refere-se à pervasividade dos sintomas, isto é, se eles ocorrem em diversos ambientes que o indivíduo frequenta. Sintomas focalizados em um determinado contexto sugerem uma explicação alternativa ao TDAH, como um núcleo familiar desestruturado ou uma situação acadêmica ou profissional pouco ajustada (APA, 2013).

Um quadro sintomatológico consistente, com duração suficiente e ampla pervasividade não configura diagnóstico, segundo a classificação atual, se não estiver associado a prejuízo funcional significativo (APA, 2013). Alguns autores defendem que, assim como ocorre em outras áreas da medicina, a presença dos sintomas deve ser suficiente para o diagnóstico. Entretanto, essa mudança não está na revisão do DSM-V.

As pesquisas mostram uma alta prevalência de comorbidades entre o TDAH e os transtornos disruptivos do comportamento (transtorno de conduta e transtorno opositor desafiante), situada em torno de 30-50% (POLANCZYK; ROHDE, 2014). A taxa de comorbidade também é significativa com as seguintes doenças: depressão (15-20%); transtornos de ansiedade (em torno de 25%); transtornos da aprendizagem (10-25%) e prevalência da comorbidade entre TDAH e abuso ou dependência de drogas na adolescência (9-40%). A presença da comorbidade e a correta identificação permitem que o tratamento de TDAH seja conduzido adequadamente (POLANCZYK et al., 2011).

Investigações neurológicas e psicológicas se mostram necessárias quando há suspeita de outras condições comórbidas ou que causem os sintomas observados. Crianças com retardo mental, por exemplo, exigem uma adaptação do processo diagnóstico de maneira que tenham seus sintomas ponderados de acordo com a sua idade mental, e não cronológica (APA, 2013).

Deficiência intelectual ou superdotação não são, por si só, critérios confirmatórios ou excludentes, porém, sugerem a possibilidade dos sintomas serem resultado de um descompasso entre as demandas ocupacionais e as capacidades funcionais do indivíduo (APA, 2013).

Com relação às avaliações complementares, normalmente se sugere o encaminhamento de escalas objetivas para a escola, a avaliação neurológica e a testagem psicológica. Entre as escalas disponíveis para preenchimento por professores, apenas a Escala de Conners tem adequada avaliação de suas propriedades psicométricas em amostra brasileira (KNAPP et al., 2008). Ou seja, além da avaliação médica, o diagnóstico pode ser complementado por uma avaliação psicológica e uma avaliação escolar, em que se inclui, pelo menos, um histórico acadêmico e exemplos de comportamento da criança, obtidos por meio de questionários e observações diretas. É possível que a criança apresente algumas características do TDAH e não seja portadora da síndrome. Por isso, é necessário frisar que os sintomas devem estar presentes por mais de seis meses e em diferentes contextos sociais e ter surgido antes dos 7 anos de idade, embora alguns autores não estejam totalmente de acordo com esta última condição. Segundo o autor, a detecção precoce dessa condição é o meio mais eficiente de ajudar os portadores a crescerem sem traumas (LÖHR Jr., 2005).

Porém, nenhum teste laboratorial foi estabelecido como diagnóstico na avaliação clínica do TDAH. Os testes que exigem processamento mental concentrado são anormais em grupos de indivíduos com TDAH em comparação com sujeitos-controle, mas ainda não está inteiramente claro qual o déficit cognitivo fundamental responsável por isto. Também pode haver uma taxa superior de ferimentos físicos.

No diagnóstico de TDAH é necessária a presença de sintomas em pelo menos dois ambientes diferentes, como a escola e a casa da criança. Desta forma diminui-se a possibilidade de se considerar como portadora de TDAH uma criança que apresente desatenção e hiperatividade apenas na escola, pois esta pode decorrer da inadequação dos métodos de ensino, ou se apresentar tais sintomas apenas em casa, o que poderá ser atribuído a presença de dificuldades no relacionamento familiar (WAZJNSZTEJN, 2006).

Encontram-se crianças que em determinadas situações conseguem exercer uma concentração significativa que levantam dúvidas quanto à presença de TDAH, porém, precisamos ficar atentos a esses lapsos de quietude e concentração uma vez que se observa que a atenção e o controle motor são muito dependentes da motivação e de atividades individualizadas. Em atividades em que a motivação é muito grande e os estímulos são mais individualizados, as crianças podem conseguir desempenhar sua atividade com maior quietude e concentração (WAZJNSZTEJN, 2006).

A capacidade de focar a atenção e de controlar a motricidade em ambientes com muitos estímulos (como uma sala de 30 ou 40 alunos), ou em atividades pouco interessantes, pode reduzir de forma significativa a capacidade de concentração na presença de TDAH; cabe

salientar que em determinadas situações a motivação ajuda a atenção e o controle motor, mas em outras, a força do problema é maior (WAZJNSZTEJN, 2006).

Complicando o diagnóstico diferencial está o fato de que alguns indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade desenvolvem atitudes oposicionais secundárias em relação a essas tarefas e desvalorizam sua importância, frequentemente como uma racionalização para seu fracasso (ROHDE et al., 2000).

4.1.2 Tratamento: o papel da terapia cognitivo-comportamental

O reconhecimento da cronicidade do TDAH, da heterogeneidade e de suas manifestações e da multiplicidade de fatores observada deve preceder e guiar quaisquer abordagens terapêuticas do transtorno. Estas devem ser revistas regularmente, tanto em função da resposta individual ao tratamento quanto das modificações das características e manifestações do TDAH ao longo do tempo (PLISZKA, 2007).

A intervenção multidisciplinar adotada para o paciente consiste em três vetores (PLISZKA, 2007; POLANCZYK; ROHDE, 2014): 1) Psicoeducação para o paciente e a família: essa abordagem é fundamental, pois instrumentaliza a família e o paciente sobre o que é o TDAH e suas consequências, caso o transtorno não seja tratado. A psicoeducação para a família aumenta a adesão e o sucesso do tratamento, pois desmistifica várias situações e conceitos errôneos sobre o problema (ROHDE; BENCZICK, 1999); 2) Oferecer e recomendar à escola modificações, por exemplo, no processo de acolhimento e pedagógico do paciente, para que ele possa ter algumas adaptações em função das dificuldades encontradas na avaliação; e, 3) farmacoterapia com a utilização de medicação estimulante (metilfenidato*) em dosagem inicial de 0,5mg/kg/dia (menor dose terapêutica), em duas tomadas.

A psicoeducação para o TDAH deve ser primeira abordagem realizada após a comunicação do diagnóstico. Sua implementação é de essencial importância, pois constitui a base sobre a qual o restante do tratamento será desenvolvido. Para a psicoeducação, o psicólogo deve fornecer informações objetivas e precisas ao paciente e à família, com o intuito de garantir que compreendam o que é o TDAH, envolvê-los no planejamento terapêutico, facilitar sua adesão à terapia e identificar potenciais barreiras para a implementação do tratamento (KNIGHT et al., 2008).

O objetivo é instrumentalizar o paciente com o conhecimento que o ajudará no

processo de aprendizagem e mudança e na redução do risco de recaída. O uso de situações de vida do paciente para ilustrar os conceitos e informações transmitidas ao paciente é indicado. Algumas ferramentas podem ser utilizadas para auxiliar na psicoeducação, como apostilas, miniaulas, livros, vídeos, programas de computador, dentre outros (WRIGHT et al, 2008).

Segundo Rangé e Silvaes (2001), a intervenção terapêutica deve prever mudanças mensuráveis, para que seja possível avaliar o progresso no tratamento. Podem também ser utilizadas medidas psicométricas para a avaliação de todo o tratamento.

Além de educar, o médico também deve estar atento às reações do indivíduo e da família frente ao diagnóstico, às expectativas em relação ao tratamento e à evolução do transtorno. A psicoeducação para o TDAH deve também envolver a escola. Componentes psicoeducativos são elementos essenciais no início do manejo do TDAH, podendo também estar presentes ao longo de todo o tratamento. Em qualquer plano de tratamento, é indispensável a presença de pelo menos uma das duas modalidades: terapia comportamental; tratamento farmacológico (KNIGHT et al., 2008).

Nos últimos anos, os tratamentos combinados, que incluem medicação e intervenções psicossociais, estão sendo considerados mais eficazes e benéficos do que apenas uma modalidade de tratamento nas crianças com TDAH (KNIGHT et al., 2008; VAN DER OORD et al., 2008). Mas é unânime a afirmação de que o tratamento deve envolver uma abordagem integral que utilize outros tipos de intervenções, relacionadas às outras abordagens que são adicionadas à Psicoterapia. Esta é importante, pois oferece oportunidades de esclarecer dúvidas quanto à dificuldade específicas, como dificuldades sociais e de aprendizagem e também promovem o desenvolvimento dessas habilidades (BENCZIK, 2002).

A psicoterapia de curto prazo pode auxiliar a enfrentar os problemas pessoais do momento, ao passo que as psicoterapias mais prolongadas permitem o treino de comportamentos e atividades, e de estratégias de enfrentamento das dificuldades (BARROS, 2002, p.114)

Segundo Della Mea et al. (2014), a psicoterapia para crianças com TDAH visa modificar comportamentos considerados patológicos, disfuncionais, que geram um sofrimento psíquico. E, uma das formas de psicoterapia que tem se mostrado muito eficaz é a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Existem evidências consistentes de que a terapia comportamental, fundamentada na teoria do aprendizado, é efetiva no tratamento do TDAH.

A TCC parte do princípio de que não são as diversas situações do dia a dia em si que necessariamente desencadeiam sentimentos negativos ou comportamentos desadaptativos. Na TCC, entende-se que os pensamentos e as reações emocionais, comportamentais e fisiológicas

são todos coerentes entre si, e que a maneira como uma situação é avaliada influencia os sentimentos, os comportamentos e as reações fisiológicas. Se, por algum motivo, a pessoa faz uma interpretação não realista ou inadequada das situações, ela vivencia reações emocionais, comportamentais e fisiológicas coerentes com essa interpretação. É possível sofrer mesmo diante da inexistência de um problema real ou exagerar o real desconforto que uma situação pode proporcionar (FABIANO et al., 2009).

Sendo assim, um dos focos da TCC é avaliar possíveis pensamentos distorcidos (disfuncionais) e reestruturá-los de maneira a torná-los funcionais e, por conseguinte, alterar as emoções e atitudes frente às situações do dia a dia (VAN DER OORD et al., 2008; CARVALHO; RANGÉ, 2012). É evidente que, em alguns momentos, um pensamento pode desencadear desconforto e não estar distorcido ou, então, uma situação pode ser universalmente aflitiva. Nessas condições, a TCC indica estratégias relacionadas ao manejo e à resolução de problemas e também ao treino de habilidades. Dedicar-se à avaliação da utilidade e praticidade de alguns pensamentos, e não apenas da sua precisão, também pode ser importante, assim como pesar suas vantagens e desvantagens (acompanhado por uma resposta adaptativa) (BECK, 1997).

Grande parte das abordagens na terapia comportamental enfoca a descrição específica dos problemas da criança, o estabelecimento das contingências que os afetam e o monitoramento de sua ocorrência, de forma a manipular os comportamentos indesejados para aumentar o comportamento desejado (ANTSHEL; BARKLEY, 2008; FABIANO et al., 2009).

A terapia cognitivo-comportamental pode ser resumida em uma série de técnicas comportamentais e cognitivas bem específicas, com um estilo terapêutico muito deliberado e obviamente efetivo, onde através de agendas específicas e individualizadas, há uma interação com o paciente por meio de uma série de perguntas. Por outro lado, se enfatiza muito claramente, a importância da relação colaborativa entre o terapeuta e o paciente, estabelecendo mutuamente técnicas específicas para alcançar esse estado colaborativo, de modo que o paciente e o terapeuta se transformem num grupo investigador (DOBSON; DOBSON, 2010; CARVALHO; RANGÉ, 2012)).

No aperfeiçoamento da terapia cognitivo-comportamental nestes últimos anos, se tem incluído no seu programa uma fase chamada de “fase do tratamento focalizada no esquema”, que consiste na identificação e modificação de “esquemas primitivos” mal adaptados, que se desenvolvem na infância, ou em outro momento do desenvolvimento da personalidade do paciente (DOBSON; DOBSON, 2010).

Dobson e Dobson (2010) definem os esquemas primitivos como “um esquema é uma estrutura (cognitiva) para filtrar, codificar e avaliar estímulos que invadem o organismo”. Com base nesta matriz de esquemas o indivíduo será capaz de orientar-se em relação ao tempo e ao espaço, bem como classificar e interpretar as experiências de uma maneira significativa.

Segundo Wainer e Piccoloto (2011), cada conceitualização é uma organização esquemática que busca demonstrar o funcionamento mental do paciente, de forma a explicitar os principais esquemas mentais e processos de pensamento e raciocínio que o indivíduo utiliza. Assim, faz-se necessária uma investigação meticulosa para determinar as conexões entre os tipos de conhecimentos (declarativo e procedural) e entre os diferentes níveis de cognição (crenças centrais, crenças intermediárias e pensamentos automáticos).

Segundo Copetti (2010), a terapia cognitivo-comportamental em grupo tem sido utilizada com crianças hiperativas. Nesta forma de tratamento, elas são treinadas a se darem conta de seu comportamento inadequado e a corrigirem este comportamento, aprendendo a adiar a gratificação, a controlar impulsos, a solucionar problemas novos de forma sistemática e a desenvolver um diálogo interior que faz com que a criança passe a pensar antes de agir, a planejar e a se organizar melhor.

Pode-se dizer que a terapia comportamental é uma espécie de treinamento para organizar as atividades e os pensamentos (ROTHENBERGER; BANASCHEWSKI, 2005). Com ela pode-se trabalhar em um esquema como uma norma de jogo. Não que a criança vá ganhar um chocolate cada vez que ele fizer uma coisa certa, não é isso. Funciona assim: se estamos jogando temos que seguir uma norma, caso contrário o jogo termina. O objetivo deste tratamento é fazer com que a criança entenda a vida como um jogo que tem uma norma a ser seguida. Cada vez que ele ganha, que faz uma coisa certa, a princípio ele ganha várias coisas e com o tempo você o elogia menos, dá menos atenção, mas dá intermitentemente, uma vez agora depois duas vezes não (MALUF, 2005).

Tem-se ainda, que o manejo comportamental

refere-se basicamente à educação dos pais e da criança sobre o transtorno. Treinamento dos pais para aprenderem a lidar com os aspectos comportamentais do transtorno, como a hiperatividade, a impulsividade e a tendência ao desafio. Técnicas a serem usadas em casa para reduzir ou contornar o déficit atencional (SOUZA; INGBERMAN, 2000, p.5)

A punição não é o caminho adequado para o tratamento da hiperatividade. Sabendo-se que existe um componente orgânico e que as interferências psicológicas, também, podem estar presentes, deve-se averiguar quais as verdadeiras causas determinantes, e a partir daí,

orientar o tratamento.

Muitas vezes, as crianças verbalizam o desejo de permanecer quietas, manter-se concentradas, atenciosas e acatar as ordens, mas não o conseguem, pois algo internamente as incomodam e as impede de adotar estas posturas. Nestas situações não conseguem entender o porquê da punição (TOPAZEWSKI, 1999, p. 83).

Portanto, para o tratamento do TDAH é necessário um esforço conjunto de vários profissionais da área de saúde juntamente com os pais. Essa combinação de tratamento é denominada intervenção multidisciplinar, que consiste, sobretudo no treinamento dos pais quanto à verdadeira natureza do TDAH e o desenvolvimento de estratégias de controle efetivo do comportamento, um programa pedagógico adequado e aconselhamento individual e familiar quando necessário, para evitar aumento de conflitos na família (TOPAZEWSKI, 1999).

É importante ressaltar, porém, que o objetivo do tratamento na TCC é fornecer ferramentas a partir de um processo de aprendizagem para que o paciente torne-se seu próprio terapeuta. Assim, inicialmente, o terapeuta é mais ativo e, depois da familiarização do paciente, ele é estimulado a ser cada vez mais ativo. Os terapeutas cognitivo-comportamentais trabalham para estruturar a terapia, dar ritmo às sessões aproveitando o tempo disponível, desenvolver continuamente a conceitualização do caso e colocar em prática os métodos da TCC (WAINER; PICCOLOTO, 2011).

Um objetivo importante para terapeutas competentes é ajudar seus clientes a construir um amplo repertório comportamental, permeado por habilidades interpessoais, racionalidade, perseverança, realismo, capacidade para o prazer, habilidade para colocar os problemas em perspectiva etc. Isto significa não utilizar técnicas simplesmente para eliminar problemas, mas sim incentivar a aprendizagem.

Técnicas lúdicas motivam a ida à terapia, tornando-a mais confortável, pois o brincar é uma forma de entrar no mundo infantil e identificar suas cognições, emoções e comportamentos de acordo com o seu problema, além de permitir a expressão de sentimentos de tristeza, alegria e preocupações. Podem-se utilizar jogos, marionetes, histórias, questionários, dentre outros (DELLA MÉA et al., 2014).

Às abordagens na terapia comportamental pode ser adicionado o componente cognitivo, com o objetivo de auxiliar o paciente a desenvolver uma forma mais planejada e reflexiva de pensar e se comportar, por meio da compreensão das conexões entre pensamentos, sentimentos e comportamentos, possibilitando a ele reconhecer que seus atos podem resultar em consequências inapropriadas ou prejudiciais. O paciente é ensinado a

alterar o seu comportamento por meio de abordagens como (FRIEDBERG; McCLURE, 2004) autoinstrução (trabalha a capacidade do paciente de falar de si mesmo, posto que o auxilia a construir padrões de fala interior que possam instigar seu comportamento mais adaptativo); resolução de problemas; registro de pensamentos disfuncionais; automonitoramento (que ajuda a desenvolver o autocontrole para reconhecer e monitorar condutas indesejáveis); autoavaliação. Fantoches, desenhos para ilustrar expectativas, planilhas coloridas, filmes para os comportamentos ligados à distração, tarefas de casa, dramatização (para trabalhar comportamentos alternativos. Ela é utilizada com a finalidade de obter e questionar pensamentos automáticos e provocar reações emocionais e modificar crenças) e agenda para organização da impulsividade, são algumas técnicas que devem ser trabalhadas com crianças portadoras de TDAH (DELLA MÉA et al., 2014).

Tem-se então, que a mudança cognitiva gera mudança de comportamento e vice-versa; dessa forma, vale ressaltar que a separação de intervenções de TCC em métodos cognitivos e métodos comportamentais é apenas didática, já que muitas estratégias podem afetar tanto os processos de pensamento quanto os padrões de comportamento do paciente (KNAPP; BECK, 2008).

De acordo com Barros (2002), a família também tem valor inestimável ao tratamento, devem modificar seus hábitos, montar estratégias domésticas, como na hora das tarefas de casa, usar uma agenda eletrônica para que o filho não esqueça de datas importantes. Os pais precisam elogiar e não cobrar a “perfeição”, ter limites claros e consistentes, lembrando-o frequentemente; conversar sempre com a criança; ensiná-la meios para lidar com situações de conflitos, como pensar, raciocinar, esperar sua vez; intercalar coisas agradáveis, como tarefas que demandam atenção prolongada; além de se certificarem se o tratamento de seu filho está sendo feito por um bom profissional.

O treinamento parental é uma intervenção que objetiva capacitar os pais na utilização de técnicas comportamentais com crianças, aumentar sua competência parental e melhorar a relação entre pais e filhos. Essa intervenção incorpora também questões mais amplas, como crenças, emoções, questões sociais e possíveis barreiras para o sucesso no desempenho parental, como sentimentos de incompetência, depressão, isolamento social e dificuldades maritais. O treinamento parental é uma intervenção eficaz para o tratamento dos sintomas do TDAH, embora seja dependente da adesão dos pais ao treinamento e da continuidade da sua implementação (TREACY et al., 2005).

A comunicação constante entre pais e a escola é de fundamental importância, pois é necessário a ambas as partes o conhecimento do comportamento da criança no outro

ambiente, a fim de se comprovar o seu desenvolvimento.

Segundo Rothenberger e Banaschewski (2005), crianças com problemas de atenção costumam evitar o estudo e acabam deixando para estudar “de última hora”. Quando um horário para estudo é determinado de forma regular, entende-se que aquilo é uma obrigação, como ir à escola ou a uma aula de idiomas. É importante lembrar que crianças com TDAH costumam ser desorganizadas e só cumprem tarefas consideradas cansativas ou desinteressantes se sabem que são obrigadas ou que existe uma rotina fixa para cumprir, por isto vão facilmente à escola, mas brigam para estudar em casa.

Copetti (2010) destaca que crianças desatentas cansam com mais facilidade. Dizer a elas que estudem por duas ou três horas seguidas é algo assustador. Mas, propor períodos curtos (que vão variar de acordo com a idade e capacidade da criança) é algo mais facilmente assimilável. Assim, a criança pode, por exemplo, estudar 15 minutos, comer algo e voltar a estudar mais 15 minutos. Depois pode ir até a sala conversar uns minutos e voltar a estudar. Em suma, dividir o horário de estudo, da forma mais adequada para cada criança, pode diminuir a sua resistência e melhorar o rendimento.

Uma coisa que assusta pessoas com déficit de atenção, segundo Copetti (2010), é o tamanho da tarefa a ser executada. Além disso, a tendência ao tédio desestimula a realização de tarefas monótonas e longas, e a alternância programada de uma tarefa para outra pode reduzir o tédio das crianças com TDAH. Embora se permita que as tarefas sejam feitas de forma alternada, todas as tarefas devem ser completadas num tempo previsto, para que não ocorra algo muito frequente nestas crianças, que é iniciar várias tarefas e não terminar nenhuma.

Crianças com TDAH tendem a ter um aprendizado passivo. Isto significa ler de forma superficial e depois não lembrar o que foi lido. Mais tarde, quando o conhecimento deve ser utilizado, ele simplesmente não vem à cabeça. O que parece ser um problema na memória é, na realidade, um problema na atenção. Estas crianças conseguem lembrar o que estudaram depois da prova ou quando são lembradas mais tarde, e esta característica costuma ser confundida com ansiedade. Alguns pais dizem: “ele sabia tudo, mas na hora ficou nervoso e esqueceu o que havia estudado!” Isto até pode ocorrer, mas, geralmente, foi o estudo ineficiente, e não a ansiedade, que causou o “esquecimento” (MALUF, 2005).

É importante que crianças com problemas de atenção sejam ensinadas a revisar tudo o que fazem. Uma das matérias escolares com maior dificuldade para estas crianças costuma ser matemática, não por problemas específicos em cálculo, como ocorre no Transtorno de Aprendizado em Matemática, mas por uma grande quantidade de erros por desatenção. Como

estes erros em matemática, e também alguns erros em outras matérias, não decorrem da falta de conhecimento e sim de erros por descuido ou “esquecimentos”, então uma revisão calma e detalhada faz com que a criança detecte muitos erros que cometeu. Vale lembrar que muitas crianças com desatenção também são impulsivas e hiperativas, ou seja, respondem sem avaliar a questão com cuidado e não têm paciência para revisar. Estimulá-las a revisar sempre, vai trazer resultados muito satisfatórios (COPETTI, 2010)

Devido à hiperatividade que costuma acompanhar os déficits atencionais, estudar caminhando, falando em voz alta, escrevendo ou manipulando objetos pode ser útil para estas crianças (MALUF, 2005).

Crianças com TDAH têm dificuldade de pensar em longo prazo, vale mais o prazer imediato. Por isto, oferecer uma recompensa mais imediata pode motivar a criança a estudar e fazer suas tarefas. Por exemplo, pode-se combinar com a criança que para cada 30 minutos de estudo ativo, ela ganhará uma estrela. Ao final do dia, da semana ou do mês, as estrelas são trocadas por prêmios, que podem ser os mais variados, por exemplo, um programa de TV que ela quer ver, um filme da locadora, um passeio, um almoço no seu lugar preferido etc. Pode-se escolher prêmios simples diários ou a criança pode acumular estrelas para trocar por prêmios maiores ao final de uma semana ou de um mês. Copetti (2010) explica que esta é uma técnica de terapia comportamental, que pode ser mais bem implementada, devido à sua complexidade, com auxílio de um terapeuta treinado neste tipo de terapia.

Copetti (2010) ressalta, ainda que este tipo de recompensa não vai viciar a criança em só estudar quando for premiada. Na verdade, se bem aplicada, esta terapia traz excelentes resultados e não causa este tipo de “vício”. Em nossa vida, sempre trabalhamos por recompensas. O que estamos fazendo é tornar estas recompensas mais “visíveis” para crianças que têm mais dificuldade de pensar em recompensas futuras. Além disso, muitos dos prêmios não são verdadeiros prêmios, mas sim a permissão para fazer coisas que a criança já fazia antes sem que precisasse estudar, como ver um programa favorito na TV ou jogar videogame.

Não basta diagnosticar que uma criança tem TDAH ou problemas de atenção e está tudo resolvido. Algumas crianças são hiperativas, outras não. Algumas podem ter sono quando estudam, outras simplesmente não conseguem se concentrar na leitura. Algumas se concentram, mas de uma forma superficial, outras se concentram bem, mas somente por curtos períodos. Têm aquelas que aprendem, mas esquecem de boa parte e têm aquelas que nem conseguem aprender o necessário (CARVALHO; RANGÉ, 2012).

Portanto, é importante avaliar quais são as maiores dificuldades da criança, que situações, horários, matérias ou ambiente pioram ou melhoram seu desempenho, que tipo de

desatenção é predominante, enfim, conhecer o estilo de aprendizado da criança, o que ajudará a definir uma melhor forma de ajudá-la. Se uma criança costuma sentir sono quando estuda, por isto estudar em movimento e com intervalos frequentes pode ser útil. Como ela sente mais sono após o almoço, deve dormir um pouco e estudar depois.

Segundo Mesquita et al. (2009), após a psicoterapia, o paciente lidará melhor com as prioridades e manejará seu tempo, podendo apresentar redução na frequência de erros cometidos pela desatenção e pela distração, melhoria na organização, dentre outros.

5 DISCUSSÃO

O TDAH é um problema que acompanha o portador por toda a vida e se caracteriza por três alterações: hiperatividade, impulsividade e desatenção (KNAPP et al., 2008; COPETTI, 2010)

As alterações que caracterizam o TDAH são de origem genética e são causadas pela pouca produção de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), que é uma classe de neurotransmissores responsável pelo controle de diversos sistemas neurais no cérebro, incluindo aqueles que governam a atenção, o comportamento motor e a motivação (KNAPP et al., 2008; EIDT; TULESKI, 2010). A causa também pode ser atribuída a um distúrbio bioquímico, (decréscimo da produção e/ou liberação de catecolaminas). Alguns dos sintomas aparecem antes dos sete anos, e para o diagnóstico é necessário um acompanhamento de pelo menos seis meses (TOPAZEWSKI, 1999; BARROS, 2002; LÖHR Jr., 2005; COPETTI, 2010).

O diagnóstico é fundamentalmente clínico (APA, 2013; MESQUITA et al., 2009). A grande dificuldade é fazer o diagnóstico, que deve ser feito por uma equipe multidisciplinar, principalmente pelo neurologista e psicólogo (LÖHR Jr., 2005; KNAPP et al., 2008). Não se pode confundir a agitação própria da infância com um quadro de hiperatividade. Nem toda criança agitada ou ansiosa é hiperativa e, às vezes, os adultos se apegam a estes rótulos para se isentar das próprias falhas, ou seja, pais e professores podem achar que o problema não é deles, é da criança (TOPAZEWSKI, 1999; ROHDE et al., 2000; ROHDE; HALPERN, 2004; MALUF, 2005; COPETTI, 2010;).

A família também tem valor inestimável ao tratamento, devem modificar seus hábitos, montar estratégias domésticas, como na hora das tarefas de casa, usar uma agenda eletrônica para que o filho não se esqueça de datas importantes (BARROS, 2002; KNAPP et al., 2008; COPETTI, 2010; DOBSON; DOBSON, 2010). Os pais de uma criança hiperativa devem ter consciência de que esta criança apresenta um déficit cujo controle independe da vontade pessoal. Assim, não irão culpá-la por comportamentos que decorrem do problema atencional, como esquecimentos e erros por desatenção (BARROS, 2002; MALUF, 2005; DOBSON; DOBSON, 2010). Da mesma forma, a criança deve saber o que é um problema de atenção e as consequências para sua vida prática. Isto evitará que ela se sinta culpada por eventuais problemas ou fracassos. Também aceitará melhor as técnicas e tratamentos a serem implementados (MALUF, 2005; ROTHENBERGER; BANASCHEWSKI, 2005).

Em se tratando do tratamento, a terapia cognitivo-comportamental fornece subsídios para o profissional para lidar com o TDAH, ela auxilia o paciente a desenvolver novos padrões comportamentais e de pensamentos, assim como a ter mais autonomia, satisfação, qualidade de vida (IPDA, 2012). Ainda, a terapia cognitivo-comportamental oferece oportunidades de esclarecer dúvidas quanto a dificuldade específicas, como dificuldades sociais e de aprendizagem e também promovem o desenvolvimento dessas habilidades (BENCZIK, 2002; BARROS, 2002).

O modo básico da terapia cognitivo-comportamental identifica três áreas de funcionamento patológico: cognição, emoção e comportamento e propicia o incentivo do pensamento racional e a solução de problemas para auxiliar o paciente a reconhecer e mudar o pensamento em relação a patologia (MESQUITA et al., 2009)

Para crianças hiperativas, indica-se a terapia cognitivo-comportamental em grupo (COPETTI, 2010), por meio da qual as crianças são treinadas a se darem conta de seu comportamento inadequado e a corrigirem este comportamento (ROTHENBERGER; BANASCHEWSKI, 2005) fazendo-a entender a vida como um jogo que tem uma norma a ser seguida (MALUF, 2005).

A literatura é unânime em afirmar que o caminho é a intervenção multidisciplinar (TOPAZEWSKI, 1999; BENCZIK, 2002; BARROS, 2002) e a participação da família, que deve modificar seus hábitos, montar estratégias domésticas, como elogiar e não cobrar a “perfeição”, ter limites claros e consistentes (BARROS, 2002; ROTHENBERG; BANASCHEWSKI, 2005; MALUF, 2005; COPETTI, 2010).

A psicoterapia ajuda a criança a lidar melhor com o seu tempo e, conseqüentemente, a rever suas prioridades (MESQUITA et al., 2009).

6 CONCLUSÃO

A TCC tem obtido reconhecimento como a terapia mais eficaz para tratar a TDAH em crianças e adolescentes. Ela tem papel preponderante na educação do portador deste transtorno, no manejo dos sintomas e na adesão ao tratamento farmacológico. Ela ajuda o portador de TDAH a aceitar a doença e a desenvolver novas habilidades com o intuito de reduzir os prejuízos causados pelo transtorno.

Sugere-se que o tratamento se inicie com a tomada de consciência do indivíduo pelo transtorno – sua gênese, impacto e tratamento - e que o profissional trabalhe com várias técnicas que venham a auxiliar o paciente a ter um melhor desempenho em sua vida pessoal e profissional.

Considerando-se que o princípio básico da terapia cognitiva comportamental é que a cognição influencia e controla nossas ações e comportamentos, o indivíduo deve ter consciência que a maneira como age e se comporta pode afetar seu pensamento e suas emoções.

Os pais também devem ter uma orientação/atendimento psicológicos devido ao aparecimento de sintomas depressivos, ansiosos e/ou conflituosos, podendo desestruturar ainda mais o ambiente, acarretando maiores dificuldades ao paciente com TDAH. A literatura é unânime em afirmar que a intensificação das sessões com pais e escola melhoram os resultados da terapia.

Como terapeutas cognitivo-comportamentais, é importante entender o contexto daquilo que se faz, porque esse conhecimento oferece um pano de fundo para nossas práticas. Essa compreensão coloca nossa abordagem aos problemas do cliente no âmbito do contexto social e cultural em que vivemos. Considerar estes fatores levará à apreciação dos limites da terapia cognitivo-comportamental e ao conhecimento sobre quando variar as práticas padronizadas, a fim de que atendam às necessidades de determinados clientes.

Saliente-se que o diagnóstico preciso e precoce é o primeiro passo para o uso efetivo das técnicas de terapia cognitivo-comportamental, pois quanto mais cedo se procurar apoio, maiores as chances de um desenvolvimento adequado o paciente terá.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

ANTSHEL KM, BARKLEY R. Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am**. v.17, n.2, p. 421-37, apr. 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO – ABDA. **TDAH**, Rio de Janeiro, 2011.

BARROS, J.M.G. **Jogo infantil e hiperatividade**. Rio de Janeiro: Sprit, 2002.

BECK, J.S. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 1997.

BENCZIK, E.B.P. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: atualização diagnóstica e terapêutica: um guia de orientação pra profissionais. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002

BIEDERMAN, J.; FARAONE, S. Attention-deficit hyperactivity disorder. **Lancet**. v.366, n.9481, p.237-48, jul. 2005.

CALIMA, LUCIANA VIEIRA. A constituição sócio-médica do “ FATO TDAH” Rio de Janeiro, 2009.

CARVALHO, M.R.; RANGÉ, B.P. Psicoterapia cognitivo-comportamental. In: NARDI AE, QUEVEDO J, SILVA AE (Ed.). **Transtorno de pânico**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 121-8.

COPETTI, J. **Dificuldades de aprendizado**. Manual para pais e professores. Curitiba: Juruá, 2010.

DELLA MÉA, C.P.; CAZAROTTO, A.M.; WAGNER, M.F. Terapia cognitivo-comportamental e transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: relato de caso infantil. **Rev Saúde e Pesquisa**, v. 7, n.3, p. 541-551, set./dez, 2014.

DOBSON, D.; DOBSON, K.S. *A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

EIDT, N.M.; TULESKI, S.C. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e psicologia histórico cultural. **Cadernos de Pesquisa**, v.40, n.139, p.121-146, jan./abr., 2010.

FABIANO GA, PELHAM WE JR, COLES EK, GNAGY EM, CHRONIS-TUSCANO A, O'CONNOR BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. **Clin Psychol Rev.** v.29, n.2, p. 129-40, mar. 2009.

FRIEDBERG RD, MCCLURE JM. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes.** Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 47-62

INSTITUTO PAULISTA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO (IPDA). Psicoterapia comportamental cognitiva para TDAH. 2012. Disponível em: < <http://www.dda-deficitdeatencao.com.br/tratamento/psicoterapia.html>>. Acesso em: 10 set. 2016.

KNAPP P, BECK AT. Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. **Rev Bras Psiquiatr.** v.30, Suppl 2:s54-64, oct. 2008.

KNAPP, P.; ROHDE, L.A.; LYSZKOWSKI, L.; JOHANNPETER, J. **Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.** Porto Alegre: ARTMED, 2008.

KNIGHT LA, ROONEY M, CHRONIS-TUSCANO A. Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. **Curr Psychiatry Rep.** v.10, n.5, p. 412-8, oct, 2008.

LIPSZYC J, SCHACHAR R. Inhibitory control and psychopathology: a meta-analysis of studies using the stop signal task. **J Int Neuropsychol Soc.** v.16, n.6, p. 1064-76, nov. 2010.

LÖHR JR. A. **Sossega moleque!** Entrevista disponível no site Psicopedagogia Educacional: A Internet na Educação. Publicado em 2005. Disponível em < http://www.educacional.com.br/entrevistas/interativa_adultos/entrevista005.asp >, acesso em 12 set. 2016.

MALUF, M. I. **Agitação ou TDAH?** Educacional: A Internet na Educação. Publicado em 2005. Disponível em < <http://www.educacional.com.br/entrevistas/entrevista0126B.asp>>, acesso em 16 set. 2016.

MESQUITA, C.M.; PORTO, P.R.; RANGÉ, B.P.; VENTURA, P.R. Terapia cognitivo-comportamental e o TDAH subtipo desatento: uma área inexplorada. **Rev Bras Terapias Cognitivas,** v.5, n.1, p. 35-45, 2009.

PLISZKA S; AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.** v.46, n.7, p. 894-921, jul. 2007.

POLANCZYK G, ROHDE LA. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. In: HALPERN, R. (Ed.). **Manual de pediatria do desenvolvimento e comportamento.** Barueri: Manole; 2014.

POLANCZYK G, SAWADA JR, ANDRADE ER, ROHDE LA. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: MIGUEL EC, GENTIL V, GATTAZ WF (Org.). **Clínica psiquiátrica**. Barueri: Manole; 2011. p. 1113-32.

RANGÉ, B.; SILVARES, E.F. Avaliação e formulação de casos adultos e infantis. In: Rangé B, editor. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed; 2001.

ROHDE LA, BENCZIK E. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: o que é? como ajudar?** Porto Alegre: Artes Médicas;1999.

ROHDE, L.A.; BARBOSA, G.; TRAMONTINA, S.; POLANCZYK, G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v.22, s.2, p.7-11, dez. 2000.

ROTHENBERGER, A.; BANASCHEWSKI, T. Mentas Inquietas. **Revista Viver Cérebro e Mente**, nº 144, pp.45-55, Jan, 2005.

SOUZA, E.M.L.; INGBERMAN, Y.K. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: características, diagnóstico e formas de tratamento. **Revista Interação**, v. 4, p. 23-37, jan-dez. 2000.

TOPAZEWSKI, A. **Hiperatividade: como lidar?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 89 p

Treacy L, Tripp G, Barid A. Parent stress management training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). **Behavior Therapy**. v.36, n.3, p. 223-33, summer, 2005.

VAN DER OORD S, PRINS PJ, OOSTERLAAN J, EMMELKAMP PM. Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. **Clin Psychol Rev**. v.28, n.5, p. 783-800, jun 2008.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios e pesquisa em administração**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

WAINER R, PICCOLOTO NM. Conceitualização cognitiva de casos adultos. In: RANGÉ B, editor. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 121-31.

WRIGHT JH, BASCO MR, THASE ME. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed; 2008.

ANEXO A - TERMO DE RESPONSABILIDADE AUTORAL

Eu **Leonardo Santos de Jesus**, 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 “**Principais Técnicas Cognitivo-Comportamentais em crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**”, 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)