

## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (TDAH)

Raquel Maria Navarro<sup>1</sup>  
Tatiana Pereira Nazaré Vieira<sup>2</sup>  
Zeca Manuel Salimo<sup>3</sup>

**RESUMO:** O Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH) é o distúrbio neurocomportamental mais comum da infância. Embora possa ter tratamento, ainda não está totalmente difundido o quanto a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pode ajudar o indivíduo a manejar os sintomas desse transtorno. Considerando esse fato, este trabalho buscou apresentar e discutir a eficácia do tratamento clínico do TDAH. Para tal propósito, foi realizada uma revisão de literatura, se utilizando de estudos publicados nos últimos cinco anos, com ressalva de autores clássicos e de estudos importantes. Os resultados obtidos poderão contribuir para ampliação do universo informacional de pesquisadores da área, assim como para uma prática clínica pautada nos preceitos éticos e técnicos da ciência psicológica. Foi possível verificar a importância da utilização da terapia cognitivo comportamental, como abordagem psicoterapêutica com melhores resultados para esse tipo de transtorno e a importância da avaliação neurológica para a verificação da necessidade de prescrição medicamentosa, além de outras alternativas de tratamento que tem apresentado resultados efetivos. Os resultados apontaram a importância da TCC para o tratamento do TDAH, sendo esta a técnica mais eficaz para o tratamento, proporcionando uma melhor qualidade de vida para o indivíduo com TDAH e a sua família.

**Palavras-chave:** Avaliação psicológica. TDAH. Terapia – cognitivo comportamental. TCC.

3681

**ABSTRACT:** Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most common neurobehavioral disorder of childhood. Although it can be treated, it is not yet fully understood how much Cognitive Behavioral Therapy (CBT) can help individuals manage the symptoms of this disorder. Considering this fact, this work sought to present and discuss the effectiveness of clinical treatment of ADHD. To this end, a literature review was carried out, using studies published in the last five years, with the exception of classic authors and important studies. The results obtained may contribute to expanding the informational universe of researchers in the field, as well as to clinical practice based on the ethical and technical precepts of psychological science. It was possible to verify the importance of using cognitive-behavioral therapy, as a psychotherapeutic approach with better results for this type of disorder and the importance of neurological evaluation to verify the need to prescribe medication, in addition to other treatment alternatives that have shown effective results. The results highlighted the importance of CBT for the treatment of ADHD, which is the most effective technique for treatment, providing a better quality of life for the individual with ADHD and their family.

**Keywords:** Psychological assessment. ADHD. Cognitive-behavioral therapy. CBT.

<sup>1</sup>Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas em Convênio com o Instituto de Pesquisa Leônidas & Maria Deane-FIOCRUZ Amazônia, Manaus-Brasil. Psicóloga e Neuropsicóloga da Fundação Hospitalar Alfredo da Matta, Manaus-Brasil.

<sup>2</sup>Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário do Norte – UniNorte. Funcionária da Fundação Hospitalar Alfredo da Matta, Manaus-Brasil.

<sup>3</sup>Doutor em Doenças Tropicais e Infecciosas pela Universidade do Estado do Amazonas em convênio com a Fundação de Medicina Tropical Dr Heitor Vieira Dourado, Manaus-Brasil. Professor e Pesquisador da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio, Nampula-Moçambique.

## i. INTRODUÇÃO

O que hoje chamamos de Transtorno de Déficit de Atenção /Hiperatividade (TDAH) recebeu diversos outros nomes ao longo do século passado. Os sintomas que caracterizam o transtorno têm sido descritos por pelo menos 200 anos. A primeira descrição dos transtornos de atenção surgiu no século XVIII. Na história do TDAH, o médico escocês Alexander Crichton (1763 – 1856) é conhecido como o primeiro autor a descrever as características do transtorno, dois séculos atrás.

O Transtorno de Déficit de Atenção /Hiperatividade (TDAH) trata-se de um transtorno que acarreta e, prejuízos graves como a desordem comportamental e de atenção dos sujeitos portadores, sendo em crianças a sua maior incidência. Sendo que o debate em torno desse transtorno tem ganhado força nos últimos anos em virtude do aumento do número de diagnóstico, inicialmente identificado somente em crianças, principalmente em idade escolar, passando a ser feito em adolescentes e adultos. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) refere que a idade mínima de início dos sintomas é antes dos 12 anos. Os sintomas podem estar presentes em apenas um dos grupos (déficit de atenção, hiperatividade ou impulsividade), permitindo diagnosticar comorbidades.

3682

Diferentes modelos teóricos foram propostos para explicar os déficits neuropsicológicos e o seu impacto no comportamento de indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).

O Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH) é o distúrbio neurocomportamental mais comum da infância, atualmente aceita-se que os índices de prevalência do TDAH entre a população infantil estejam entre 3 e 6% (BOR, 2013). Grande parte da população escolar pode apresentar o diagnóstico, sendo assim, a avaliação e o tratamento adequado são fundamentais e devem incluir os pais, a criança e a escola. A escola tem um papel fundamental, sendo importante fator, tanto para uma identificação inicial do problema, sendo eles geralmente a primeira fonte de informação para determinar o diagnóstico, quanto para a reabilitação/manejo dessas crianças.

Apesar do grande aumento dos diagnósticos de transtorno de déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), muito ainda pesquisa e debate-se em relação a como lidar com esse

transtorno no âmbito escolar, quais estratégias poderiam ser utilizadas, e também mais adequadas na reabilitação psicossocial dentro do ambiente escolar.

O Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH) é hoje um dos transtornos mais comentados pela sociedade. Ainda se especula muito sobre o seu tratamento farmacológico, o quanto ele é eficaz e o quanto ele pode prejudicar o indivíduo, mas o que ainda não está totalmente difundido é o quanto a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pode ajudar o indivíduo a manejar os sintomas desse transtorno. Considerando esse fato, esta revisão bibliográfica visa, baseando-se na literatura existente, apresentar e discutir a eficácia do tratamento clínico do TDAH a partir do referencial teórico da TCC.

Com esse estudo, pretende-se verificar a partir da revisão bibliográfica, a eficácia da intervenção cognitivo-comportamental para o TDAH. A revisão bibliográfica terá como foco os estudos realizados que utilizaram a TCC no tratamento de TDAH de crianças e adolescentes (população), já que é na infância/ou adolescência que ocorrem os primeiros sinais e sintomas do transtorno, e é nesse momento que os pais buscam o diagnóstico e o respectivo tratamento.

## 2. MÉTODOS

Desenvolveu-se como método de execução do presente trabalho uma revisão de literatura sobre a eficácia da TCC no tratamento do TDAH através de artigos acadêmicos encontrados no Scielo, LILACS, MEDLINE, PUBMED e BIREME. Foi utilizado o método qualitativo que privilegia os dados qualitativos das informações disponíveis. De acordo com Patton, 1980 e Glazier, 1992 (apud Dias, 2000, p.1) constituem dados qualitativos e que serão utilizados nesse trabalho: citações das pessoas a respeito das suas experiências (recorrendo à técnica da citação, lembrando outros autores, etc); descrições detalhadas de fenômenos e comportamentos, etc. Para esse tipo de pesquisa “qualitativa”, a análise dos dados ocorre basicamente num processo indutivo, ou seja, parte-se da análise das situações particulares para chegar à generalização.

3683

## 3. Resultados e discussão

### 3.1. Visão da perspectiva histórica do TDAH e o seu tratamento

Segundo o DSM-V (2014), o Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH) é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interferem no funcionamento e no desenvolvimento e devem ter estado presentes antes dos 12 anos, mas muitos indivíduos são diagnosticados depois, após a presença dos sintomas por alguns anos.

As causas desse transtorno apesar de ainda não completamente definidas, podem ser atribuídas a uma combinação de fatores genéticos, biológicos e ambientais, segundo Bor (2013). A autora cita no seu estudo, pesquisas neuropsicológicas e de neuroimagem indicando comprometimento de funções do córtex pré-frontal nos portadores de TDAH e ressalta a importância dessa região em relação aos sintomas apresentados, complementa ainda, destacando pesquisas de imagem cerebral que demonstram áreas de tamanho reduzido do córtex pré-frontal, núcleos de base e cerebelo em pacientes com TDAH, discorrendo sobre as múltiplas projeções de neurônios ricos em dopamina e noradrenalina, serotoninas, glutaminas e acetilcolinas que tais regiões recebem, reforçando os aspectos multi-determinantes do TDAH.

Diagnosticado em maior prevalência na infância e adolescência e com uma prevalência mundial estimada em torno de 5%, segundo (BRZOZOWSKI e CAPONI, 2009), em idade escolar – apresenta como características: baixo desempenho na escola, extroversão extrema, comportamentos violentos, incapacidade de completar tarefas, distúrbios nos padrões de sono, moralidade inconsistente com a idade e esquecimento. Ressaltando que embora os sintomas iniciam-se na infância, persistem na adolescência e na idade adulta em um número considerável dos casos (BIEDERMAN, 2005).

Apesar de algumas características do TDAH serem reconhecidas em diversos ambientes em que o sujeito está inserido, não são suficientes para uma avaliação e diagnóstico completo, podendo até mesmo resultar de conclusões errôneas sobre o transtorno em questão, de modo que este comportamento julgado pode melhor responder à caracterização de outro transtorno mental (AMARAL, 2001).

3684

De acordo com Souza (2007) durante muito tempo o transtorno do déficit de atenção foi entendido equivocadamente, sendo a criança avaliada e tratada por um não especialista, porém nos últimos anos a genética, a neuropsicologia, e diversos outros estudos vem a contribuir para uma mudança drástica na forma de entender o (TDAH).

Ao se falar de TDAH, é preciso destacar que o diagnóstico é essencialmente clínico, baseado em critérios estabelecidos em sistemas classificatórios como o DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013) e a CID-10 (*Organização Mundial da Saúde*, 1993) (ROHDE & HALPERN, 2004). De acordo com os parâmetros clínicos da Academia Americana de Psiquiatria da Criança e do Adolescente, a avaliação do TDAH deve incluir entrevistas com pais ou responsáveis e com o próprio paciente, investigação acerca do funcionamento escolar, de comorbidades psiquiátricas e revisão do histórico médico, psicossocial e familiar.

Quanto mais completa e criteriosa for à avaliação em termos instrumentais e multidisciplinares, menor a possibilidade de equívoco diagnóstico e maiores são os recursos que o profissional dispõe para traçar uma intervenção adequada. Uma avaliação que seja capaz de fornecer, além de um diagnóstico preciso, que inclui co-morbidades e aspectos associados ao TDAH, uma perspectiva do funcionamento

geral do sujeito, tende a favorecer em muito a tomada de decisão quanto ao tratamento a ser indicado, fato que favorece o prognóstico do indivíduo (GRAEFF e VAZ, 2008, p.356).

O tratamento combinado com o uso de psicofármacos e intervenções psicossociais, aliados à Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), considerada uma das psicoterapias indicadas para tratar essa patologia, trazem resultados significativos para o tratamento segundo estudos. Uma das formas de psicoterapia que tem mostrado eficácia é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) configurando-se como uma das abordagens mais indicadas, juntamente com a psicoeducação.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se baseia nos princípios de que as nossas cognições têm influências sobre as nossas emoções e comportamento e que o modo como agimos pode afetar como pensamos e nos sentimos. Aaron Beck foi quem primeiro desenvolveu as teorias e os métodos de intervenções tanto cognitivas quanto comportamentais. Tais teorias e métodos foram complementados pela teoria dos constructos pessoais de George Kelly e a terapia racional-emotiva de Albert Ellis (WRIGHT et al., 2008).

Apesar de o TDAH apresentar bases biológicas, acredita-se que as variáveis cognitivas e comportamentais afetam o desenvolvimento dos sintomas. No que tange os prejuízos centrais, portadores de TDAH que apresentam distração, impulsividade, desorganização e dificuldade de acompanhar pensamentos e conversas podem apresentar prejuízo no aprendizado ou no uso efetivo das habilidades de enfrentamento.

Estudos demonstram que a TCC auxilia o portador de TDAH a redirecionar sua atenção, a reestruturar suas crenças, modificando o modo como se sente, se comporta e a desenvolver habilidades sociais. Eles aprenderão, durante as sessões de terapia, estratégias de resolução de problemas, automonitoria, manejo de tempo, técnicas de organização, controle da raiva e agressividade (MESQUITA et al., 2010).

Ao se falar de avaliação comportamental (AC), torna-se necessário especificar que a mesma ocupa-se da investigação de comportamentos a serem trabalhados clinicamente, ou seja, de definir aqueles comportamentos considerados inadequados sob os quais se pretendem mudanças. Por meio da análise funcional, o terapeuta comportamental irá verificar os eventos antecedentes e consequentes desses comportamentos, de maneira a compreender as contingências ambientais e, dessa forma, identificar as variáveis que os controlam e os mantêm para, então, formular a sua intervenção (MESQUITA, 2010).

A análise funcional tem como base o modelo de seleção pelas consequências, e apresenta uma compreensão selecionista de causalidade para o comportamento. Em vez de buscar uma simples causa para o comportamento, abarca variadas e complexas multideterminações, baseadas em três diferentes níveis de seleção, o filogenético, o ontogenético e o cultural, que atuaram sobre a probabilidade de ocorrências do comportamento (NENO, 2003).

Por apresentar tal visão, que envolve aspectos bio-psico-sociais, a avaliação comportamental auxiliará na investigação dos aspectos clínicos e qualitativos já citados que devem permear a avaliação neuropsicológica. Contribuirá na formulação de hipóteses sobre a etiologia dos padrões de comportamentos, nesse caso, dando especial atenção para aqueles déficits comportamentais que podem decorrer de alterações do sistema nervoso central (CARREIRO, 2008).

Na avaliação do TDAH, a perspectiva comportamental favorecerá a identificação daqueles padrões de comportamento que comumente estão envolvidos com o transtorno. É de fundamental importância que o psicólogo que irá também trabalhar com essa abordagem apresente atualizações constantes sobre o entendimento das variáveis biológicas do transtorno e sobre os padrões de comportamentos característicos, para poder interpretar suas análises funcionais de modo a inferir sobre a possível existência ou não do transtorno. Provavelmente por essa razão, pesquisas vêm a revelar cada vez mais resultados efetivos da intervenção clínica comportamental no tratamento do TDAH - esquemas de reforçamento, trabalhados com reforços de alta magnitude e apresentação mais imediata de consequências comportamentais têm se mostrando eficazes no trabalho interventivo com tal transtorno (WRIGHT, 2008).

Além disso, outro benefício frequentemente observado após um tempo de intervenção clínica é a retirada medicamentosa, provavelmente decorrente da estimulação realizada e dos novos padrões de comportamentos aprendidos, que favoreceriam a neuroplasticidade, ou seja, uma reorganização neuronal, de regiões antes hipofuncionantes em relação à dopamina (SAGVOLDEN et al., 2005).

3686

Verifica-se que uma avaliação bem estruturada, com base nos preceitos da AC, poderá não somente oferecer um auxílio para o diagnóstico, mas também uma intervenção psicológica eficaz. A identificação do TDAH é puramente clínica, e a AC, além de promover a investigação de padrões funcionais dos comportamentos característicos ao transtorno, também verificará outras classes de comportamentos que precisam ser trabalhados clinicamente em cada caso, não somente dará atenção à topografia dos comportamentos, e respeitará a história comportamental de cada indivíduo.

Por tudo isso, uma compreensão cada vez mais completa do transtorno por essa abordagem psicológica possibilitará melhores contribuições na sua participação do processo avaliativo e resultados ainda mais plausíveis aos processos de intervenção.

Diante da complexidade do TDAH, a abordagem interdisciplinar e a utilização de recursos variados para diagnóstico e intervenções voltadas ao TDAH são recomendadas expressamente por diversos especialistas da área (GIL, 2002).

As publicações sobre TDAH vêm aumentando nos últimos anos, progressivamente, entretanto, o número de publicações brasileiras ainda é escasso. Desta forma, é de extrema importância um estudo aprofundado sobre as principais técnicas para o tratamento do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e a respectiva eficácia das mesmas.

Assim, para melhor organização e especialização teórica, serão estabelecidos capítulos que serão dispostos de forma sistemática. O primeiro capítulo se incumbirá de apresentar as técnicas comportamentais e cognitivas utilizadas para o tratamento do TDAH (economia de fichas, controle da raiva e agressividade, estratégia da organização de atividade diária, baralho das emoções, entre outras); Já o segundo capítulo apresentará os métodos aplicados no tratamento para o TDAH (psicofármacos e outros); E o terceiro capítulo buscará demonstrar a eficácia da TCC para o tratamento do TDAH.

### **3.1 Técnicas comportamentais e cognitivas utilizadas para o tratamento do TDAH**

São inúmeras as técnicas recomendadas numa terapia infantil para crianças e adolescentes com o TDAH: programa de enriquecimento instrumental (PEI); organização, planejamento e execução; minimização de baixa autoestima; incentivo por meio de reforço; estabelecimento de metas e prazos alcançáveis; uso de relógios e alarmes de forma sistemática; treino de solução de problema (ensinam-se artifícios para os problemas serem enfrentados, uma vez que crianças com TDAH agem com impulsividade diante deles); repetição e verbalização de instruções (o terapeuta propõe ao paciente a nomeação de uma regra para si e a utilize como um jeito de evitar impulsividades em meio às situações); atividades interpessoais orientadas; treino de habilidades sociais (ajudando o paciente a ser mais assertivo) e técnicas de manejo de contingências (feita por meio de pontuações todas as vezes que o paciente realizar a tarefa de casa ou pela eficácia das respostas e comportamentos nas sessões, o mesmo da técnica economia de fichas); relógio dos pensamentos-sentimentos; elaboração de histórias (as histórias devem contemplar a situação vivenciada pelas crianças, objetivando uma identificação com a história contada); psicoeducação (o terapeuta explica sobre transtorno e como a estrutura da sessão onde o paciente deverá aprender e lidar com agenda, distrações e lista de tarefas); personagens de heróis (o terapeuta busca um herói que manifesta a mesma problemática da criança); técnicas de relaxamento, respiração diafragmática, economia de fichas, entre outras (MALLOY-DINIZ et al., 2014).

Monteiro (2014) sugere outras técnicas eficientes para o tratamento de TDAH, como: automonitoramento; manejo de tempo; controle da raiva e agressividade; autoinstrução (objetivando que a pessoa possa ser seu próprio guia em tudo que realizar); solução de problemas (o paciente identifica a problemática e a melhor forma de lidar com a situação); estratégias de organização de atividades diárias; conscientização do próprio comportamento; autoavaliação e autocontrole; quadro de atividades diárias (cada dia da semana será preenchido com uma atividade a ser realizada). Além disso, pode-se fazer o uso de técnicas como: história em quadrinho (buscam-se histórias que tenham relação com a queixa do paciente, onde o terapeuta, juntamente com a criança, elege alguma história para ser desenhada e contada); baralho das emoções (tem o objetivo de psicoeducar sobre as emoções) e jogo da cesta de basquete (HALDER; PERGHER, 2011).

**Das inúmeras técnicas citadas acima, especificaremos algumas delas:**

### **3.1.1 Economia de fichas**

A Economia de fichas é uma intervenção comportamental baseada em contingências que visa premiar as respostas e atitudes adequadas do paciente. Portanto, introduz reforçadores para o comportamento esperado (BARKLEY, 2008). Estas fichas são fornecidas ao paciente quando este demonstra comportamentos adequados e são retiradas quando ocorrem comportamentos inadequados.

Conforme Rohde et al. (2004), quando se discutem intervenções comportamentais baseadas em contingência com os pais, é importante o reconhecimento de que o sistema de motivação intrínseca dessas crianças não funciona adequadamente, isto é, elas precisam de muito estímulo para conseguirem realizar tarefas repetitivas e que consideram chatas, as quais as crianças sem o transtorno conseguem com mais facilidade. No início, é necessário um estímulo externo, até que comece a ter prazer em se sentir capaz de realizar tarefas e que o círculo vicioso de não realização das tarefas, reprimendas e diminuição da autoestima possa ser quebrado.

Um estudo realizado por Reitman et al. (2001), para avaliar a influência das medicações estimulante e da economia de fichas na atenção e no comportamento disruptivo durante jogos esportivos, mostraram resultados que indicaram que o sistema de economia de fichas apresentou maior efetividade na redução de comportamentos disruptivos na maioria das crianças que participaram do estudo, além de aumentar os efeitos da medicação estimulante, ou seja, auxiliou na redução de comportamentos sociais inadequados e no incremento de ações apropriadas no momento do jogo.

Estudos demonstraram uma diminuição dos benefícios da intervenção exclusivamente medicamentosa, poucos efeitos desejados no programa em que eram somente utilizadas técnicas contingenciais e um aumento da eficácia no grupo que utilizava ambas as intervenções. Concluiu-se, nesse estudo, a existência de maiores benefícios na realização de um tratamento combinado. (MACCONE, 1993).

Estudos demonstraram que a intervenção comportamental na psicoterapia consiste num importante aliado à melhora do quadro clínico do paciente. Devido às características do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, o adolescente conseguiu adaptar-se ao modelo de tratamento e, após as primeiras sessões, foi implementada a economia de fichas.

A técnica da economia de fichas exige controle, por parte do terapeuta, das fichas, recompensas e atividades. É imprescindível a psicoeducação sobre a técnica e a familiarização do paciente com o modelo cognitivo-comportamental.

No desenvolvimento dessa técnica, a participação dos pais é fundamental, porque o objetivo principal é que seja também empregada em casa. Dessa forma, à medida que os pais vão se familiarizando

com este tipo de intervenção, bem como passam a utilizá-la com o seu filho, o terapeuta pode ir a diminuir as atividades desta técnica nos setting terapêutico. Destaca-se que a economia de fichas é uma ferramenta útil na melhora do quadro clínico do paciente com TDAH, além de receber o *feedback* positivo por parte dos pais e professores. Estudos corroboram concluindo que a economia de fichas pode ser utilizada como uma intervenção complementar no tratamento do TDAH.

### 3.1.2 Baralho das emoções

O Baralho das Emoções: Acessando a criança no trabalho clínico é um instrumento facilitador de acesso às emoções das crianças na clínica psicológica. Ele possui 21 cartas com características gráficas para meninos e também 21 cartas com características gráficas para meninas. Cada uma das cartas descreve - em desenho - uma emoção específica. O instrumento visa acessar, com mais propriedade, as emoções infantis durante o período de avaliação, assim como também durante todo o processo de tratamento. Esta ferramenta já é muito usada por profissionais em terapias e por professores nas suas aulas. O baralho das emoções tem o propósito de ajudar crianças a acessarem as suas emoções junto à Terapia Cognitiva-Comportamental. Este propõe ampliar o repertório das crianças nos seus próprios sentimentos e dos que estão ao seu redor. Além das cartas do baralho, o material atualmente contém um manual e um CD com formulários eletrônicos que possibilitam que as crianças ou mesmo adolescentes monitorem seu humor ao longo da semana, ou mês. O CD também conta com material destinado aos pais que também avaliam as emoções dos filhos e as suas respectivas intensidades. Os resultados, de acordo com os especialistas, são positivos. Pois as mudanças surgem na medida em que as crianças conseguem identificar as suas emoções, externalizando-as e conseguindo associar quais pensamentos e comportamentos as acompanham, permitindo pensar no que fazer quando elas surgem, aumentando o seu repertório emocional, cognitivo e comportamental. Lembrando que o ambiente familiar também é de extrema importância. Diante disso, o instrumento Baralho das Emoções contempla através da sua dinâmica todos os itens necessários para que a criança expresse, nomeie e entenda as suas emoções.

3689

### 3.1.3 TÉCNICA DO CONTROLE DA RAIVA E AGRESSIVIDADE

O trabalho terapêutico com as pessoas que apresentam raiva prejudicial contempla a redução das vulnerabilidades psicológicas do participante através da Terapia Cognitivo- Comportamental. Sendo assim, é importante ter o conhecimento sobre 'como se aprende a ter raiva'. É de suma importância, conhecer o histórico familiar e os estilos da prática parental utilizados na educação do paciente, já que essa prática influencia o aprendizado da expressão da raiva.

O treino cognitivo de controle da Raiva - TCCR, ressaltam-se inicialmente os pontos importantes. São eles: (a) a percepção das sensações físicas e emocionais que antecedem a expressão da raiva; (b) a reestruturação cognitiva objetivando mudanças das avaliações distorcidas em caso de raiva

excessiva; (c) a respiração profunda e o relaxamento que visam reduzir a excitabilidade fisiológica e (d) o autorreforço pelo controle da raiva.

Destacam-se os eixos norteadores do tratamento: (1) o evento desencadeador, real ou imaginário; (2) a interpretação negativa da situação, vista como ameaçadora; (3) o stress e as suas manifestações; (4) o comportamento de raiva; (5) a reavaliação sob a ótica do sentimento de raiva e (6) o escalonamento da raiva. Na sequência desse capítulo descrevem-se as técnicas utilizadas durante as sessões e um plano terapêutico composto por oito sessões indicadas no TCCR.

Para o TCCR, as sessões podem ser realizadas em grupo ou individualmente. Recomendam oito sessões, com duração de duas horas cada. Nesses encontros, fazem-se exercícios que permitem a identificação do sentimento de raiva, além de dinâmicas, técnicas de relaxamento e tarefas que serão realizadas pelo participante entre os encontros.

Cabe destacar também os 11 passos para lidar com a raiva e enfatizar pontos importantes ao terapeuta para prevenir recaídas do paciente. Estudos demonstram, de forma clara, que o sentimento de raiva está presente em diversos contextos e faz parte da imensa gama de sentimentos humanos. Embora nem sempre a raiva seja prejudicial, há casos de raiva excessiva que acarretam alterações de comportamento e desdobramentos prejudiciais à vida da pessoa. A TCCR é um tratamento eficaz e cientificamente comprovado para auxiliar aqueles indivíduos que se sentem prejudicados pelo manejo inadequado do sentimento de raiva. Afinal, esse sentimento em excesso interfere na vida das pessoas e é em um importante fator de risco no desenvolvimento de muitas doenças.

3690

Estudos demonstram que a aplicação da TCC proporciona resultados significativos para o transtorno do TDAH, considerando os objetivos estabelecidos em psicoterapia pelo paciente e a família, bem como a diminuição dos sintomas de hiperatividade, desatenção e impulsividade. Pode-se observar, inclusive, que o aumento do rendimento escolar, da organização e a melhora no ajustamento social facilitam a adaptação e a interação de maneira mais positiva do indivíduo em relação à sua família.

### 3.2 Métodos aplicados no tratamento para o TDAH

Segundo a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), o tratamento para o TDAH deve ser multidisciplinar, devendo envolver não só o indivíduo, mas também a sua família, a sua escola e profissionais de saúde da comunidade. O tratamento deve combinar a intervenção farmacológica com orientações para a família e escola acerca de como lidar com a pessoa com TDAH.

É extremamente importante que o professor saiba utilizar técnicas específicas para o manejo de alunos com esse transtorno em sala de aula. Além disso, existem estratégias que, quando ensinadas ao portador, mostram-se muito eficazes e podem ser ensinadas em psicoterapia, minimizando as suas dificuldades. Um dos tratamentos psicoterápicos indicados para o tratamento do TDAH é a Terapia

Cognitivo-Comportamental, uma vez que esta modalidade terapêutica apresenta evidências científicas para lidar com a sua sintomatologia (ROHDE & HALPERN, 2004).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se baseia nos princípios de que as nossas cognições têm influências sobre as nossas emoções e comportamento e que o modo como agimos pode afetar como pensamos e sentimos-nos. Aaron Beck foi quem primeiro desenvolveu as teorias e os métodos de intervenções tanto cognitivas quanto comportamentais. Tais teorias e métodos foram complementados pela teoria dos constructos pessoais de George Kelly e a terapia racional-emotiva de Albert Ellis (WRIGHT et al., 2008).

Apesar de o TDAH apresentar bases biológicas, acredita-se que as variáveis cognitivas e comportamentais afetam o desenvolvimento dos sintomas. No que tange os prejuízos centrais, portadores de TDAH que apresentam distração, impulsividade, desorganização e dificuldade de acompanhar pensamentos e conversas podem apresentar prejuízo no aprendizado ou no uso efetivo das habilidades de enfrentamento. O sofrimento acarretado por estes sintomas impede o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento efetivas. Quando as estratégias de enfrentamento são ausentes ou pouco efetivas, podem gerar falhas ou levar a uma realização parcial de tarefas.

Os portadores de TDAH tendem a manter o padrão disfuncional nas situações diárias. Devido a falhas crônicas anteriores, o indivíduo desenvolve crenças negativas sobre si, gerando pensamentos automáticos disfuncionais, e esses pensamentos podem levar a evitações e distrações. Indivíduos com TDAH quando são confrontados com problemas podem apresentar piora da atenção e da expressão do comportamento, evitando o enfrentamento de tarefas ou desafios cognitivos até o final. Podem apresentar, também, alterações do humor decorrentes da sensação de frustração que se dá por causa de tarefas inacabadas ou mal-acabadas. O prejuízo funcional presente no TDAH decorre em função da dificuldade do indivíduo em utilizar estratégias compensatórias para lidar com as limitações a longo prazo decorrentes do transtorno. A dificuldade em ter um pensamento mais lógico gera problemas com organização e planejamento, o que leva a procrastinação, ansiedade e sentimentos de incompetência e incapacidade (KNAPP et al., 2010).

A TCC auxilia o portador de TDAH a redirecionar a sua atenção, a reestruturar as suas crenças, modificar o modo como se sente, se comporta e a desenvolver habilidades sociais. Eles aprenderão, durante as sessões de terapia, estratégias de resolução de problemas, automonitoria, manejo de tempo, técnicas de organização, controle da raiva e agressividade (MESQUITA et al., 2010).

Os estágios do tratamento para o TDAH através da TCC envolvem: a psicoeducação, na qual o paciente aprende sobre o transtorno e o modelo da TCC; a organização e planejamento, em que aprenderá a utilizar agenda diária, lista de tarefas e resolução de problemas; a lidar com a distração, fazendo uso de estratégias para melhorar a utilização da capacidade de atenção, que envolve criar um momento de atenção e maximizá-lo, utilizar um artifício externo para reconduzir o foco e aprender a

atrasar a distração; e, por último, o pensamento adaptativo, que irá auxiliar o indivíduo a pensar sobre os problemas e os estressores de forma mais adaptativa (KNAPP et al., 2010).

Em crianças portadoras de TDAH, que realizaram tratamento através da TCC, observou-se um aumento do comportamento atencional e do rendimento escolar, diminuição da atividade motora excessiva e melhora das interações sociais, diminuindo a rejeição dessas crianças. Já em relação aos pais e educadores, foi observada melhora da percepção dos adultos em relação ao comportamento geral da criança, maior controle do comportamento no meio natural, mudanças positivas nas interações entre pais e filhos e redução do estresse familiar e melhora do clima social da classe (SEVERA, 2005).

Em relação à medicação, as intervenções psicofarmacológicas devem ser cuidadosamente avaliadas por um médico especialista, uma vez que mais de 70% das pessoas com TDAH que procuram atendimento ambulatorial especializado na área podem apresentar algum tipo de comorbidade (SOUZA, et al., 2007) como transtornos de humor e de ansiedade, transtornos de conduta (CHARACH, 2010), entre outros quadros (GLASS et al., 2011; SOBANSKI et al., 2010).

A Academia Americana de Pediatria (AAP), como consta na revista *Pediatrics*, out. 2001, faz a recomendação periódica de novas diretrizes para o tratamento de TDAH. Essas recomendações são um recurso importante para pais e profissionais. Proporcionam uma base de comparação entre o que se propõe como tratamento com o que é recomendado por especialistas cujas conclusões estão cientificamente comprovadas.

Destaca que o TDAH é uma condição crônica para a qual não existe cura conhecida e muitas crianças carregam os seus sintomas para a adolescência e idade adulta. Portanto, um tratamento eficaz requer um plano de intervenção a longo prazo. O objetivo desse plano é minimizar o impacto negativo dos sintomas do transtorno sobre o desenvolvimento da criança. A AAP enfatiza que esclarecer os pais e a criança é crucial. Ambos devem ser informados sobre os efeitos que o TDAH pode ter sobre o aprendizado, o comportamento, a autoestima, as habilidades sociais e o funcionamento da família. O conhecimento aumenta a probabilidade da cooperação dos pais e da criança durante o tratamento.

Para o tratamento eficaz, o médico, os pais e a criança, em colaboração com a escola, devem especificar os objetivos a serem alcançados através do plano de intervenções. Esta recomendação enfatiza a necessidade da colaboração ativa entre pais, criança, escola e profissional da saúde para o bom andamento de um plano de intervenção. A colaboração deve ter como objetivo maximizar o funcionamento da criança em situações-chave nas áreas social, acadêmica e comportamental, ao invés de ficar apenas na redução dos sintomas básicos do TDAH - desatenção, impulsividade e hiperatividade. Entre os objetivos a serem conquistados podem estar incluídos: melhorar o relacionamento da criança com os pais, irmãos, professores e colegas; diminuir os episódios de comportamento destrutivo; melhorar o aproveitamento acadêmico; reforçar a autoestima.

O tratamento deve começar com a definição clara de metas nas áreas em que a criança está a ter maior dificuldade. Estas metas são estabelecidas segundo informação trazida pela própria criança, pelos pais e pelo pessoal da escola. (Novamente enfatizada a importância de tornar os portadores, parceiros no desenvolvimento do plano de intervenção).

As metas devem ser específicas ("João deve terminar os seus trabalhos no tempo permitido"), razoáveis de serem conquistadas (3 a 6 objetivos por tratamento) e dentro da realidade. Só é possível determinar como avaliar o desenvolvimento e a obtenção de resultados após se iniciar o plano. Sem ele, é difícil avaliar com segurança o resultado das intervenções implementadas.

A recomendação de focalizar o tratamento na melhora funcional e não na diminuição dos sintomas básicos do TDAH é bastante importante, pois pais e profissionais devem entender que redução de sintomas e melhora funcional nem sempre caminham juntos. Por exemplo, algumas crianças podem aparentar clara melhora na atenção e/ou hiperatividade, mas continuar a ter problemas com o trabalho escolar, o relacionamento com os colegas, etc. Focalizando as situações e não os sintomas, pais e responsáveis poderão identificar melhor tais situações e fazer as acomodações/intervenções adequadas no tratamento da criança.

Outro ponto importante no tratamento é que médico deve recomendar medicação estimulante e/ou terapia comportamental, de acordo com a necessidade, para possibilitar a obtenção das metas propostas pelo tratamento. Que tratamentos devem ser considerados? A AAP recomenda o tratamento medicamentoso e/ou a terapia comportamental, embora essas não signifiquem a invalidade de outros tratamentos. Indica, no entanto, que esses foram os dois únicos que o comitê considerou haver suficiente evidência científica para justificar a sua recomendação rotineira. Está registrado que para a maioria das crianças, "a medicação estimulante é muito eficaz no controle dos sintomas básicos do TDAH". As pesquisas indicam que os resultados mais significativos estão na área do comportamento social e na sala de aula, relativos aos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Os efeitos sobre o aproveitamento escolar são mais modestos.

Outro ponto de destaque: quando o plano de intervenção proposto não tiver atingido os seus objetivos, os médicos devem reavaliar o diagnóstico original, o uso dos tratamentos adequados, a persistência no cumprimento do plano e a presença de comorbidades. Esta recomendação baseia-se na premissa que um tratamento medicamentoso bem conduzido e/ou uma terapia comportamental devem resultar em melhoras clinicamente significativas para a maioria das crianças portadoras de TDAH. Quando esses resultados positivos não ocorrem, a diretriz identifica várias razões importantes que devem ser consideradas. Primeiro, o diagnóstico original pode estar incorreto e a base na qual foi formulado deve ser reavaliada. Pesquisas anteriores mostram que muitas crianças são diagnosticadas incorretamente com TDAH e inadequadamente tratadas com psicoestimulantes, embora um maior número de crianças jamais é diagnosticado e corretamente tratado. Segundo, médicos e pais devem rever

se os objetivos propostos podem ser realmente alcançados ou se foram colocados "muito alto". Deve-se tomar cuidado para propor alvos comportamentais e acadêmicos que estejam dentro do alcance da criança. Terceiro, o plano de tratamento deve ser reavaliado para determinar se abarca todas as dificuldades da criança. Por exemplo, apesar das intervenções medicamentosa e comportamental terem sido ambas reconhecidas como tratamento eficaz para TDAH, limitar o tratamento a uma delas pode ser inadequado em muitas situações.

É necessário considerar cuidadosamente a existência de outras condições que complicam o tratamento. Crianças com TDAH apresentam maior fator de risco para outros distúrbios, inclusive Transtornos de Aprendizagem, Transtornos Afetivos, Transtorno Opositivo Desafiador e Transtorno de Conduta. Quando um ou mais desses transtornos ocorrem, outras intervenções são necessárias. Apesar de uma avaliação abrangente incluir a avaliação da presença de comorbidades, é possível que isso não tenha sido feito. Portanto, quando um tratamento para TDAH não estiver a trazer os resultados esperados, a possibilidade de uma comorbidade importante não ter sido detectada deve ser cuidadosamente considerada.

E por último, mas não menos importante, é a recomendação do médico dever fazer controle sistemático da criança. O monitoramento deve ser direcionado à realização dos objetivos e aos efeitos adversos, obtendo-se informação específica com os pais, professores e a própria criança. Quando esse monitoramento é deficiente, um tratamento ineficaz se prolonga sem receber os necessários ajustes ou modificações.

Em relação ao uso de medicação para o TDAH, cada vez mais tem sido um problema para pais, professores e outros profissionais, que tem de enfrentar a pressão de optar pela medicação de crianças que apresentam problemas de comportamento relativo à atenção em casa e na escola. No entanto, há dúvidas muitas vezes que essas crianças "medicadas" apresentem benefícios na atenção ou no comportamento em relação ao transtorno, pois existem efeitos colaterais, além de diagnósticos equivocados e o uso do medicamento por longo tempo (BOR, 2013).

Estudos realizados no Brasil, segundo país que mais consome o metilfenidato, segundo Instituto Paulista de Déficit de Atenção (2015) afirma que aumentou em 1000% as prescrições de Ritalina. Segundo o Ministério da Saúde, dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) apontam crescimento de 21,5% na venda do metilfenidato em quatro anos, 2,2 milhões de caixas em 2010 para 2,6 milhões em 2013 (CARREIRO, 2008). Cabe a reflexão se não é excessiva está "medicalização" na infância. É bem possível que muitos diagnósticos podem estar equivocados e depende da forma como são realizados estes diagnósticos.

Na maioria de outros países o problema é tratado de muitas maneiras diferente. Por exemplo: na França os parâmetros para o diagnóstico do TDAH é diferente e também se acredita que o problema é mais educacional (AL-ANSARI, 2013. Os psiquiatras infantis franceses, por outro lado, veem o TDAH

como uma condição médica que tem causas elementos psicossociais e situacionais. Em vez de tratar os problemas de concentração e de comportamento com drogas, os médicos franceses preferem avaliar o problema subjacente que está causando o sofrimento da criança; não o cérebro da criança, mas o contexto social da criança. Eles, então, optam por tratar o problema do contexto social subjacente com psicoterapia ou aconselhamento familiar. Esta é uma maneira muito diferente de ver as coisas, comparada à tendência americana de atribuir todos os sintomas de uma disfunção biológica a um desequilíbrio químico no cérebro da criança (CATELAN-MAINARDES, 2010).

Druckerman apud Catelan-Mainardes (2010), destaca:

Os pais franceses amam seus filhos tanto quanto quaisquer pais de outros lugares. Eles os levam às aulas de piano, à prática esportiva, e os incentivam a tirar o máximo de seus talentos. Mas os pais franceses têm uma filosofia diferente de disciplina. Limites aplicados de forma coerente, na visão francesa, fazem as crianças se sentirem seguras e protegidas. Limites claros, eles acreditam, fazem a criança se sentir mais feliz e mais segura. Finalmente, os pais franceses acreditam que ouvir a palavra "não" resgata as crianças da "tirania de seus próprios desejos". E a palmada, quando usada criteriosamente, não é considerada abuso na França.

Os chineses acreditam que alguns sintomas do TDAH são comuns em crianças na pré-escolar. O comportamento pode ser mudado com a idade de seis ou sete anos, quando eles vão para escola. Para aquelas crianças que apresentam dificuldade de mudar o comportamento, então testes para TDAH são realizados (CATELAN-MAINARDES, 2010).

No mundo há uma variação na percentagem do diagnóstico, mas também são consideradas questões culturais para avaliar o diagnóstico. No Japão a prevalência de TDAH estima-se em 7,7%, na Alemanha 8,7%, na Itália 4%, a maioria dos diagnósticos é clínico, baseando-se em sintomas e comportamento apresentado pelo paciente (BOR, 2013).

Todavia, há diferenças biológicas no cérebro de crianças apropriadamente diagnosticadas com o transtorno. Estas diferenças podem ser observadas utilizando o eletroencefalograma quantitativo (QEEG), que mede a atividade das ondas cerebrais nos diversos lóbulos cerebrais (RUBIO et al, 2011).

Notadamente, a principal diferença entre o cérebro de um indivíduo que apresenta o transtorno do déficit de atenção e do indivíduo normal é a falta de oxigenação no lóbulo pré-frontal e por esta razão há diferenças nas ondas cerebrais entre um e outro cérebro. Em estudos realizados com terapia de EEG-Biofeedback (eletroencefalograma e biofeedback) mostram que: no lóbulo frontal do cérebro onde o foco e o pensamento analítico ocorrem, os pacientes com TDA e TDAH tendem a produzir mais ondas alfa e teta, as quais estão associadas aos sonhos e olhos fechados e menos ondas betas são produzidas, que estão associadas ao foco, olhos abertos e pensamento analítico.

Enquanto, as pessoas normais são capazes diante de desafios com olhos abertos à atividade mental ou a leitura, elas apresentam mais ondas betas, em relação aos pacientes com transtorno, que tem dificuldade de realizar esta mudança de ondas. Pois, há uma diminuição de fluxo sanguíneo no lóbulo frontal destes pacientes. Como é possível ver na figura abaixo.

Com aquisição de mapas cerebrais QEEG é possível realizar um diagnóstico mais preciso de TDA/TDAH. Assim como avaliar se a medicação está a apresentar resultados, pois os pacientes com o transtorno, adequadamente medicados, apresentam melhoras na sua capacidade em apresentar ondas betas, quando desafiadas com atividades que exigem atenção.

Diante da complexidade do TDAH, muitos pais e profissionais almejam por tratamentos com terapias complementares e alternativas no tratamento de TDA/TDAH (GIL, 2002). Em países em que os pais participam ativamente no controle dos medicamentos utilizados pelos seus filhos, muitas alternativas são introduzidas no tratamento dos seus filhos, assim como a dessensibilização alérgica de alguns alimentos e a fitoterapia chinesa são frequentemente a primeira escolha para o tratamento, devido à segurança e por serem terapias mais naturais. A terapia de dessensibilização alérgica demonstrou resultados marcantes (BORGES, 2008). Bem como muitos ensaios clínicos usando apenas ervas chinesa tem demonstrado resultados promissores.

3696

Mas mesmo assim, o medicamento de escolha mais utilizado no tratamento do transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade é o metilfenidato (Ritalina). Este fármaco é uma anfetamina que estimula o sistema nervoso central (SNC), mas que pode apresentar, em uma parte dos medicados, efeitos colaterais indesejáveis como: insônia, dor de cabeça, dor de estômago, hipertensão, emagrecimento, sudorese noturna e ainda pode causar depressão, pânico, irritabilidade, surto psicóticos e até suicídio em casos extremos (RUBIO et al., 2011).

No entanto, a indústria farmacêutica, desde 1991 aumentou a produção em 500% e a produção de anfetaminas mais de 2000%, só no período de 1991 a 1999. Mais de 50% desses medicamentos foram prescritos por pediatras. Não há dúvida que vivemos uma epidemia de diagnósticos para TDA/TDAH. Dados da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) apontam o crescimento de 21,5% na venda do metilfenidato em quatro anos- de 2,2 milhões de caixas em 2010 para 2,6 milhões em 2013 (SOBANSKI et al., 2010).

Recente norma editada pelo Ministério da Saúde recomenda que um novo protocolo seja adotado para o diagnóstico do TDAH e que este diagnóstico, seja realizado por equipe multiprofissional com psicólogos e pedagogos, não apenas por médicos. Isso é muito

importante, pois flexibiliza a possibilidade de que novos estudos possam ser realizados por outros profissionais da saúde, abrindo um leque de opções para a abordagem desse transtorno, principalmente em crianças pequenas evitando o uso de anfetaminas, tema que assusta muitos pais (BOR, 2013).

Os fármacos que se prescrevem com maior frequência para os pacientes com diagnóstico de TDAH são estimulantes como o metilfenidato e dextroanfetamina. Também são utilizados os antidepressivos tricíclicos e mais recentemente a atomoxetina) apud SOBANSKI, 2010. O metilfenidato (ritalina) é o fármaco mais utilizado, se o tratamento é prolongado é necessário controlar o crescimento da criança, a pressão arterial e pressão intraglobular e ainda pode produzir leucopenia e trombocitopenia. Deve-se tomar especial precaução em caso de abuso de álcool ou drogas, epilepsia e gravidez. Está contraindicado em caso de ansiedade agitação, tics ou história familiar de síndrome de Tourette, hipertireoidismo, glaucoma e enfermidades cardiovasculares. Há relatos em que o uso de metilfenidato em caso de hiperatividade mostra maior risco de suicídio (BORGES, 2008).

Outro tipo de tratamento utilizado é uma combinação de extrato de ginseng americano (panax quinquefolium, 200mg) e extrato de Ginko biloba 50mg, que foram utilizados em 36 crianças de 3 a 17 anos, que se ajustavam aos critérios de diagnóstico de TDAH. A administração de duas capsulas duas vezes ao dia em jejum durante quatro semanas. Depois deste período, a proporção de indivíduos que apresentaram melhoras foi de até 74% na impulsividade. Em outro estudo em que se administrou 200mg/dia de extrato de Ginko biloba durante quatro semanas observou-se efeitos benéficos nos comportamentos impulsivos, reduzindo a hiperatividade e melhorando a atenção seletiva (BOR, 2013).

As crianças apropriadamente diagnosticadas com TDAH apresentam diferenças nos seus cérebros. No entanto, diagnósticos parecem ser preocupantes como um problemático assunto entre os profissionais, mas parece ser consenso que estimulantes poderão gerar significantes melhoras em muitos sintomas em pacientes com o diagnóstico. Um fato muito conhecido que estes estimulantes tendem aumentar o desempenho da maioria das crianças e adultos com TDAH ou não. O potencial abuso dos estimulantes não é um assunto novo, como abuso de drogas agora incluídas por crianças na escola, como o abuso de uso da Ritalina, que deveria ser específico à criança TDAH com a sua aparente dificuldade em alcançar e manter o tipo da atividade cerebral, normalmente, associado com estado de alerta, foco, aprendizado analítico e concentração (NIGG, 2013). Esta diferença pode ser demonstrada, como já foi

mencionado, usando mapas cerebrais obtidos de eletroencefalograma quantitativo (EEGQ), que medem as ondas e atividade cerebral nos vários lóbulos. Mudanças específicas associadas com a função cerebral dos pacientes com TDAH tem sido relatado como, por exemplo: a diminuição da perfusão do fluxo sanguíneo no lóbulo pré-frontal (BILDER, 2011).

Fitoterápicos como Ginko biloba e Bacopa tem demonstrado eficácia na capacidade de aumentar de perfusão do fluxo sanguíneo, aumentando a oxigenação dos tecidos, agindo antioxidante (ginkgolide um glicosídeo-flavonoide que atua como um antioxidante neural). A Ginko biloba também aumenta o metabolismo da glicose e afeta positivamente nos níveis de aminas neurotransmissores, esses efeitos benéficos tornam-se mais pronunciados com o uso prolongado (ONDREJKA, 2010).

A multidisciplinaridade é fundamental no tratamento do TDAH. Um ponto de destaque é para as Intervenções psicopedagógicas e a arteterapia, utilizadas no tratamento. As intervenções psicopedagógicas são de suma importância para o tratamento do TDAH: é ao psicopedagogo que cabe uma intervenção educativa ampla e consistente no processo de desenvolvimento do paciente, nas suas diversas dimensões, tais como as afetivas, cognitivas, orgânica e psicossocial. “A avaliação psicopedagógica tem um papel central no diagnóstico da criança com TDAH, já que é no colégio que o problema tem maior expressão” (CONDERAMIN et al., 2006, p. 60).

3698

A arteterapia é uma abordagem na qual a arte é utilizada como meio de expressão e exteriorização de sentimentos, permitindo sejam confrontadas as angústias e potencializando a criatividade do paciente. (FAGALI, 2005). Permite que o paciente possa redimensionar a importância da sua aprendizagem e dos seus valores. Por isso, muitas vezes são utilizadas intervenções psicopedagógicas mediadas por recursos técnicos de arteterapia, no desenvolvimento psíquico e cognitivo de crianças e adolescentes portadores de TDAH ou de outros problemas relacionados à atenção.

O psicopedagogo na sua atuação institucional ou clínica pode exercer um trabalho de reflexão e orientação familiar, possibilitando elaboração acerca do direcionamento das condutas que favorecem a adequação e integração do indivíduo com TDAH, trazendo perspectivas sob diretrizes de vida e evolução. A criança ou adolescente portador de TDAH precisa ser estimulada de maneira correta em tempo integral, para manter sua atenção no que está a fazer ou estudando. Neste processo, o psicopedagogo tem papel importante, cabendo-lhe intervir no método cognitivo, junto à construção do saber, e fazer com que o paciente sintam-se capaz de ter um bom desenvolvimento intelectual, profissional e pessoal.

A arteterapia também é uma grande contribuição terapêutica durante o processo de diagnóstico ou mesmo de intervenção com um portador de TDAH. Isto, porque tal técnica traz ainda mais conhecimento no “lidar com o aprender”, pelas mediações artísticas. Além disso, a criança ou adolescente pode entrar em contato com as suas emoções mais profundas, sem precisar se expor, ou seja, falar quando não tem vontade. Utilizando a arteterapia, a criança ou adolescente poderá compartilhar as suas experiências através da expressão da arte, facilitando a exteriorização dos seus sentimentos íntimos, demonstrando melhor o seu jeito de pensar, de agir e sentir.

A arteterapia tem também como objetivo promover a autodescoberta do sujeito pelo lúdico, pelas cores, representações, imaginações e fantasias, etc. Deve-lhe ser solicitado que descreva a sua representação artística, encorajando-lhe a ir mais longe, mantendo o diálogo entre a “Arte” e o “eu”, ou seja, quando a criança expressa sua arte, ela está a expressar a si mesma. Utilizando a arteterapia juntamente com a psicopedagogia, o paciente irá adquirir um melhor autoconhecimento, desenvolvendo a autoestima e maior consciência das suas dificuldades, melhorias e ações.

Existem alguns tipos de intervenções relacionadas à psicopedagogia e à arteterapia que podem ser utilizadas durante o processo, como:

- **Jogo com regras:** Através dos jogos, a criança deverá submeter-se às regras e normas, onde poderá desenvolver as suas habilidades, seu raciocínio, autoimagem, tolerar frustrações, saber ganhar ou perder, saber esperar a sua vez, planejar uma situação, aprender a ouvir, etc.
- **Brincadeiras de representação (psicodrama):** Através dos diálogos e da troca de papéis, a criança pode desenvolver algumas habilidades, e o psicólogo servirá como espelho, onde a criança poderá ver com mais clareza ser jeito de ser.
- **Atividade corporal cinestésica:** O relaxamento associado ao controle da respiração, ouvir silenciosamente uma música relaxante ou mesmo a massagem corporal são medidas úteis para reduzir a tensão dos músculos do corpo e trazer a atenção da criança para si mesma, fixando-se em si mesma e promovendo maior centralização.
- **Uso de sucata:** O uso de sucata para as crianças com TDA/H é ótimo, pois elas podem utilizar a sua criatividade, podem criar e formar novos materiais.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade gera grande impacto no funcionamento do sujeito, interferindo nas suas relações pessoais, no seu rendimento e na sua

autoestima. Quando tratado, o transtorno diminui esse impacto, permitindo que esse sujeito tenha uma melhor qualidade de vida. A TCC (Terapia cognitiva comportamental) vem apresentando uma eficácia comprovada no tratamento de vários transtornos e com o TDAH não é diferente.

Existem vários estudos que comprovam que quando o paciente faz uso do tratamento combinado, ou seja, o tratamento terapêutico somado ao tratamento farmacológico, ele alcança maiores mudanças, e faz com que estas sejam mais consolidadas.

A TCC possui inúmeras outras ferramentas que podem ser utilizadas no tratamento, que permitirão ao paciente acompanhar o passo a passo do seu tratamento, fazendo-o observar que ele é responsável pela sua melhora, pelo andamento do processo e que cabe a ele se engajar nas modalidades de tratamento existentes.

O tratamento medicamentoso também apresenta eficácia comprovada e algumas reflexões sobre o uso indiscriminado, ou a partir de diagnósticos equivocados de pacientes. O uso de fitoterápicos também teve o seu destaque a partir dos estudos apresentados.

As intervenções psicopedagógicas e a arteterapia também tem tido uma contribuição de suma importância para o tratamento do TDAH. Portanto, cabe destacar a importância da multidisciplinaridade na avaliação e tratamento do TDAH, para uma intervenção eficaz e obtenção de resultados.

3700

Um ponto de reflexão ao se falar de transtornos mentais, é o fato de problemas cotidianos serem deslocados para o campo médico, o que tem alimentado o sonho de resolução por meio de psicofármacos, pois estes produziram bem-estar, felicidade e autorrealização. Daí vem a necessidade de combater a tendência de transformar comportamentos em problemas de saúde. Esses ideais estão disseminados na sociedade graças ao *marketing* feito pelas indústrias farmacêuticas, que inicialmente propagam os ‘sintomas’ de uma doença e depois o medicamento que a curaria. Devido a sua complexidade, esses processos são preocupantes e não são suficientemente abordados na sociedade, o que tem tornado a população ‘vítima’ desses novos ideais. Por isso, atualmente há um número excessivo de pessoas que se consideram doentes e têm diagnósticos de depressão, síndrome do pânico, hiperatividade, entre outros.

Um dos tópicos mais polêmicos envolvendo o movimento contra a medicalização da vida é o tocante à infância e educação sobre os diagnósticos de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Em dez anos, houve um aumento de cerca de 775% no consumo brasileiro de Ritalina – nome comercial pelo qual é mais conhecida a substância metilfenidato.

Com o enorme crescimento de casos diagnosticados de TDAH e crianças que passaram a usar o metilfenidato como medicação para corrigir seus comportamentos, cresce também o debate e a polarização em torno do tema. Existe em aqueles que defendem que existe uma doença neurobiológica causada por uma alteração nos neurotransmissores, que resultaria nos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, e que para o tratamento desse transtorno seria necessário um medicamento que ‘organizaria’ essas funções cerebrais. Do outro lado existem aqueles que consideram o transtorno um problema essencialmente social. Já existe estudo que afirmam que a sociedade é que torna as pessoas hiperativas. A todo momento somos cobrados a ser criativos e multifuncionais, é preciso entregar-se à carreira, mas também aos filhos, devemos acompanhar as aulas de ballet, judô, circo, inglês ou mandarim, e devemos acima de tudo estar felizes.

Movendo a lógica para o mundo infantil, o quadro pode ser ainda mais evidente. As crianças também são cobradas o tempo todo: música, futebol, dança, culinária saudável, psicoterapia, consulta médica e fonoaudiológica, lição de casa, sem perder os momentos de convivência feliz entre os familiares. No outro extremo temos as crianças que não tem acesso a esses bens, mas que também são cobradas para que tenham bom desempenho e alcancem o sucesso, pois a ideia corrente é que este depende apenas de nós. Todas essas crianças devem fazer isso de uma forma contida, comportada, para responder aos anseios dos familiares e educadores de que possam se tornar adultos inteligentes, comportados, inventivos e livres, e quando não conseguem responder a esses anseios são taxadas de doentes. Esse suposto transtorno acomete principalmente meninos em idade escolar e o tratamento dispensando é o medicamentoso, sendo o principal a Ritalina.

O Brasil é atualmente o segundo maior consumidor de Ritalina do mundo, perdendo apenas para os Estados Unidos. Segundo dados apresentados, o medicamento é vendido em maior proporção nos meses de aula, e tem pico de venda entre setembro e dezembro – meses em que os resultados escolares preocupam mais os pais. O efeito esperado pelos pais e professores é que as crianças fiquem mais comportadas e prestem mais atenção às aulas, que são desinteressantes comparadas as outras atividades que eles fazem; no entanto, os efeitos colaterais deste medicamento não são levados em conta. Entre os efeitos colaterais, estão a apatia, a diminuição do apetite, a insônia e até a supressão do crescimento e o risco de ataque cardíaco.

Com isso, os profissionais e entidades engajados no Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, assim como os pesquisadores do TDAH que negam a sua existência, questionam se seria possível existir um transtorno que se manifesta na escola, mas não na dança, em alguns meses e outros não, e em tantas pessoas? No entanto, a polarização também tem o outro lado. Outra corrente de profissionais que defendem a existência do TDAH e criticam iniciativas como a do movimento contra a medicalização.

A partir do momento em que se sabe que o TDAH é um transtorno neurobiológico, é natural e esperado que medicamentos que minimizam as alterações no funcionamento cerebral possam beneficiar os indivíduos portadores do transtorno. Os movimentos a favor da saúde mental de crianças e adolescentes deveriam ser para melhorar a qualidade técnica dos profissionais que conduzem os diagnósticos e tratamentos, evitando medicar uma criança que possui dificuldades de aprendizagem devido a questões emocionais ou ambientais, casos em que uma psicoterapia seria mais indicada.

Os números de diagnósticos e o crescimento do uso de Ritalina também não assustam esses profissionais; pois a partir da perspectiva deles, o que existe no Brasil ainda é um subtratamento. Destacam que no Brasil, realmente houve um grande aumento do consumo de Ritalina nos últimos anos. Acredita-se que a conscientização da população acerca do transtorno está associada a um aumento progressivo no número de pacientes diagnosticados e tratados. De acordo com informações obtidas no site da Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), as taxas de prevalência de TDAH no nosso país são de 5,3% para jovens e 2,5% para adultos. Segundo estas estimativas, mais de 900 mil pessoas são afetadas pelo TDAH no Brasil e somente 16,2 a 19,9% dos indivíduos afetados pelo transtorno recebiam tratamento de primeira linha para o transtorno em 2009 e 2010.

3702

Diante de tantas divergências em torno do tema, é necessário cada vez mais pesquisas sobre a avaliação diagnóstica do TDAH, instrumentos utilizados para o diagnóstico e propostas de tratamento e a respectiva eficácia destes para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

### **3.3 Eficácia da TCC para o tratamento do TDAH**

Os sintomas do TDAH refletem negativamente na vida social, familiar e educacional de seus portadores, e a terapia cognitivo-comportamental apresenta uma abordagem eficiente para o devido

tratamento do TDAH, juntamente com a farmacoterapia, a participação ativa da família e a colaboração da equipe escolar.

Para a TCC infantil, o uso de técnicas tem uma importância singular, porém, a aplicação deve acontecer de forma adequada, respeitando a fase de desenvolvimento de cada criança, para que a terapia se torne um espaço no qual o paciente e o terapeuta sejam coadjuvantes no processo de tratamento. As principais técnicas utilizadas são: economia de fichas, controle de raiva e agressividade, organização das atividades diárias, baralho das emoções, entre outras. Embora não tenha sido possível verificar na prática a eficácia das técnicas mencionadas, elas são confirmadas pela literatura estudada. Assim, sugere-se que estudos posteriores possam ser feitos através da análise de casos específicos.

No tratamento de TDAH, a TCC auxilia o portador de TDAH a redirecionar a sua atenção, a reestruturar as suas crenças, modificado o modo como se sente, se comporta e a desenvolver habilidades sociais. Eles aprenderão, durante as sessões de terapia, estratégias de resolução de problemas, automonitoria, manejo de tempo, técnicas de organização, controle da raiva e agressividade (MESQUITA et al., 2010).

Os estágios do tratamento para o TDAH através da TCC envolvem: a psicoeducação, na qual o paciente aprende sobre o transtorno e o modelo da TCC; a organização e planejamento, em que aprenderá a utilizar agenda diária, lista de tarefas e resolução de problemas; a lidar com a distração, fazendo uso de estratégias para melhorar a utilização da capacidade de atenção, que envolve criar um momento de atenção e maximizá-lo, utilizar um artifício externo para reconduzir o foco e aprender a atrasar a distração; e, por último, o pensamento adaptativo, que irá auxiliar o indivíduo a pensar sobre os problemas e os estressores de forma mais adaptativa (KNAPP et al, 2010).

3703

Em crianças portadoras de TDAH, que realizaram tratamento através da TCC, observou-se um aumento do comportamento atencional e do rendimento escolar, diminuição da atividade motora excessiva e melhora das interações sociais, diminuindo a rejeição dessas crianças. Já em relação aos pais e educadores, foi observada melhora da percepção dos adultos em relação ao comportamento geral da criança, maior controle do comportamento no meio natural, mudanças positivas nas interações entre pais e filhos e redução do estresse familiar e melhora do clima social da classe (SEVERA et al., 2005).

Cabe ressaltar que a psicoterapia para crianças com TDAH visa modificar comportamentos considerados patológicos, disfuncionais, que geram um sofrimento psíquico. Uma das formas de psicoterapia que tem mostrado eficácia é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (BARKLEY, 2008), configurando-se como uma das abordagens mais indicadas, juntamente com a psicoeducação (KNAPP et al., 2010).

A TCC baseia-se na premissa de que a inter-relação entre cognição, emoção e comportamento está implicada no funcionamento normal do ser humano. Dessa forma, um evento comum do cotidiano pode gerar várias formas de sentir e agir em diferentes pessoas, mas não é o evento em si que gera

emoções e comportamentos, e sim a interpretação que se faz sobre ele, ou seja, as emoções e comportamentos são influenciados pelos pensamentos (KNAPP, 2010).

A teoria cognitiva compreende que é fundamental trabalhar questões atuais da vida do paciente, sendo a história progressa abordada para a compreensão do problema atual e das crenças dos pacientes, o que a torna uma abordagem diretiva. Outro ponto que diferencia a TCC de outras abordagens é a psicoeducação, na qual o terapeuta aborda questões para exemplificar o modelo, ensinando o paciente sobre a natureza de seus problemas e a terapia.

Na TCC infantil, as sessões são estruturadas e se utiliza constante avaliação, com adaptação das técnicas cognitivo-comportamentais, permitindo que a terapia seja breve e focal, visto que os pacientes apresentam melhoras significativas em curto período de tempo, comparado a outras abordagens. O paciente deve ser incentivado a participar ativamente e assumir responsabilidades, gerando maiores níveis de motivação e comprometimento (ROHDE, 2004).

A TCC infantil foi desenvolvida com adaptação de técnicas utilizadas nos adultos, criando manuais específicos para cada transtorno. Como geralmente não é a criança que busca o tratamento, a abordagem com os pais e professores se faz necessária. Por isso, a aliança terapêutica é essencial, sendo comum que, inicialmente, sintam-se desconfortáveis frente ao terapeuta, gerando ansiedade, medo e até certa oposição. Técnicas lúdicas motivam a ida à terapia, tornando-a mais confortável, pois o brinquedo é uma forma de entrar no mundo infantil e identificar as suas cognições, emoções e comportamentos de acordo com o seu problema, além de permitir a expressão de sentimentos de tristeza, alegria e preocupações. Dessa maneira, os procedimentos terapêuticos devem ser adequados à idade, ou seja, adaptadas às capacidades verbais e cognitivas da criança (HALDER; PERGHER, 2011).

O terapeuta deve ser criativo e utilizar diversas técnicas e métodos, como jogos, marionetes, histórias e questionários. Quando a criança expressa sentimentos, o terapeuta identifica o problema e estimula a busca de diferentes formas para a resolução dos problemas. O terapeuta tem a função de ajudar a desenvolver essas habilidades para ocorrer uma mudança (HALDER; PERGHER, 2011).

Cabe ao terapeuta estimular a parceria, fazendo com que a criança compreenda seus problemas e descubra novas maneiras de pensar e agir, participando ativamente, identificando metas, revisando-as, experimentando, praticando e monitorando o seu desempenho. Assim, a criança aprende o autoquestionamento e a desafiar-se por meio de testagem de hipóteses. Rohde (2004) destacam os principais componentes da estrutura da sessão: registro da evolução do sintoma como comportamento, sentimento e pensamento, revisão da sessão anterior e da tarefa de casa, agenda de assuntos, nova tarefa e do paciente.

Monteiro (2014) trazem um Modelo de Terapia Cognitivo-Comportamental para o TDAH que inclui sessões estruturadas com a criança e com a família. Esse modelo se constitui de doze sessões, nas quais é trabalhado: contrato e definição das recompensas; psicoeducação sobre o TDAH; lista de

problemas e lista de recompensas; modelo cognitivo e o ABC; pensamentos alternativos; técnica de solução de problemas; autoinstrução; organização, planejamento e registro de atividades; revisão das técnicas aprendidas e avaliação dos resultados. Com os pais, indica-se quatro sessões, nas quais é estabelecido o contrato, o sistema de pontos e a psicoeducação sobre o TDAH; educação quanto ao modelo cognitivo, ABC; pensamentos alternativos; solução de problemas, organização, planejamento e registro de atividades, revisão das técnicas aplicadas e avaliação dos resultados (KNAPP et al., 2010).

Méa, Cazarotto e Wagner (2014), sugerem técnicas: Registro de Pensamentos Disfuncionais para compreensão do problema, teatro com fantoches para solução de problemas; desenho para ilustrar expectativas; filmes para os comportamentos ligados à distração; tarefas de casa; dramatização para trabalhar comportamentos alternativos e agenda para organização e impulsividade. Mesquita (2010) acrescentam ainda técnicas de autoinstrução, autoavaliação, planejamento e cronogramas.

Mediante estudos de caso, buscou-se colaborar para a comprovação da efetividade da técnica de TCC, além de contribuir com a literatura científica do tema. Através da utilização das técnicas de psicoeducação, reestruturação cognitiva, resolução de problemas e automonitoramento realizadas com os pacientes durante a terapia, permitiu-se observar de forma mais adequada a diminuição das características desadaptativas relacionadas ao TDAH. Embora não tenham sido empregadas estratégias padronizadas de avaliação, esses estudos sugerem que a aplicação da TCC proporcionou resultados significativos para os casos estudados, considerando os objetivos estabelecidos em psicoterapia pelos pacientes e as famílias, bem como a diminuição dos sintomas de hiperatividade, desatenção e impulsividade. Pode-se observar, inclusive, que o aumento do rendimento escolar, da organização e a melhora no seu ajustamento social facilitou a adaptação e a interação de maneira mais positiva desses indivíduos em relação às suas famílias.

O tratamento do TDAH por meio da Terapia Cognitivo-Comportamental, segundo Rohde & Halpern (2004), envolve quatro etapas – psicoeducação, avaliação das comorbidades, a psicoterapia em si e intervenções no ambiente. Durante a psicoeducação o paciente recebe informações sobre o TDAH. A psicoeducação, além de permitir que os pacientes reconheçam os seus sintomas, permite também interpretar os danos que estes causam e obter novas estratégias para o manejo destes. Na psicoterapia será muito importante identificar as crenças centrais do paciente, pois muitas podem estar relacionadas ao desconhecimento sobre a doença, como se considerarem incapazes ou inúteis. Os pacientes precisam aprender a contestar as suas crenças e adotar uma nova visão de si (ROSTAIN & RAMSAY, 2006).

Rohde & Halpern (2004) indica a técnica cognitiva “e” (SPEAR) para o controle da impulsividade, que resumidamente inclui: parar, avaliar, agir e reavaliar. Em situações em que o cliente agiria impulsivamente, com esta sequência ele poderá aprender a controlar suas reações por meio de treinos com o terapeuta. Apesar de o TDAH ser tratado primariamente com medicação, muitos indivíduos continuam a apresentar alguns sintomas residuais que podem ser amenizados com TCC,

assim como sintomas de ansiedade e depressão, além dos sintomas do TDAH (ROSTAIN & RAMSAY, 2006). Sintomas tidos como secundários, como dificuldades nas relações sociais, exigem frequentemente a intervenção terapêutica na abordagem Cognitivo-comportamental (SEGENREICH & MATTOS, 2004).

A TCC é apontada como a modalidade psicoterápica com maior evidência científica de eficácia para os sintomas nucleares do transtorno, para o manejo dos sintomas comportamentais associados, como a oposição (ROHDE & HALPERN, 2004), e para problemas funcionais, como procrastinação, pobre manejo de tempo e organização (Rostain & Ramsay, 2006).

Hesslinger et al. (2002) apresentaram um tratamento estruturado para pacientes que, após o uso da medicação, ainda necessitavam de intervenções psicoterapêuticas adicionais. Este tratamento foi adaptado de um programa de intervenção cognitivo-comportamental para pacientes com transtorno de personalidade. A fim de verificar a eficácia do tratamento, foram utilizadas diversas medidas de avaliação e os clientes obtiveram melhoras em todas elas. Segundo Ramsay e Rostain (2007), em uma revisão sobre tratamento em adultos com TDAH, há evidências que apoiam o uso de intervenções psicossociais juntamente com farmacoterapia.

Novamente, de acordo com Wender et al. (2001), a TCC é importante para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso. Portanto, a TCC ajuda o cliente a redirecionar a sua atenção, reestruturar as suas crenças de maneiras mais adaptativas e mudar o modo como se sente, modificar os seus comportamentos e auxiliar nas habilidades sociais. Os clientes aprendem estratégias de resolução de problemas, automonitoria, manejo de tempo, técnicas de organização, controle da raiva e agressividade (BARKLEY, 2002; ROHDE & HALPERN, 2004; ROHDE & MATTOS, 2003).

Portanto, inúmeros estudos comprovam a eficácia da TCC para o tratamento do TDAH, e ainda destacam essa técnica como a mais indicada para o mesmo.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TDAH é um dos diagnósticos mais realizados na atualidade, sendo considerável o número de crianças com este transtorno, principalmente, no âmbito escolar. Mesmo sendo caracterizada pelos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, o TDAH é uma patologia heterogênea, que provoca amplo prejuízo no funcionamento cognitivo e interpessoal. Esta condição clínica inclui, ainda, déficits cognitivos, como dificuldades atencionais, de linguagem, déficits no processamento executivo, ou seja, no conjunto de processos que envolvem memória de trabalho, capacidade de planejamento e organização, flexibilidade cognitiva, controle inibitório, enfim, habilidades fundamentais para o processo de tomada de decisões, controle das emoções e comportamento social. Muitos estudos e teorias procuram explicações para a compreensão deste transtorno responsável por dificuldades e sofrimento na vida dos seus portadores e das funções cognitivas envolvidas nesse fenômeno.

Na atualidade, leigos e profissionais da saúde questionam a existência do TDAH. Argumenta-se que esse transtorno é produto do estilo de vida da sociedade ocidental, na qual os acontecimentos ocorrem muito rapidamente. Outro ponto destacado é que o rótulo do TDAH em crianças é uma maneira da escola colocar a responsabilidade do fracasso escolar nas próprias crianças, não assumindo a responsabilidade por desenvolver uma aprendizagem qualificada. É de suma importância observar a realidade histórica, cultural e social dos sujeitos, através de uma análise crítica, reflexiva da situação familiar e convivência dos mesmos para se chegar a uma avaliação mais abrangente. Cabe destacar também o papel da família tanto no desencadeamento de sintomas como na contribuição para o atenuamento dos mesmos e promoção de qualidade de vida ao portador.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos, o Brasil é o segundo maior consumidor de metilfenidato do mundo, perdendo apenas para os Estados Unidos. Existem muitas controvérsias sobre as consequências que esse medicamento pode trazer ao paciente a longo prazo. A principal queixa é o risco de que se provoque, sob o pretexto de tratar o déficit de atenção, dependência. Também é evidente que os maiores problemas relacionados à Ritalina estão no uso incorreto e no descuido do diagnóstico. Em relação ao uso de medicação para o TDAH, cada vez mais se discute sobre os reais benefícios deste na atenção ou no comportamento em relação ao transtorno, já que existem efeitos colaterais, além de diagnósticos equivocados o uso do medicamento por longo tempo. Estudos apontam que houve um aumento de 1000% nas prescrições de Ritalina. Diante desse aumento, cabe a reflexão se não é excessiva esta "medicalização" na infância. É bem possível que muitos diagnósticos podem estar equivocados e depende da forma como são realizados estes diagnósticos.

3707

Portanto, para uma avaliação mais abrangente do TDAH, há necessidade de analisar o contexto das crianças portadoras desse transtorno para a compreensão do problema. Estudos apontam que ações pedagógicas são mais eficazes que o uso de medicamentos, já que estes podem causar dependência e efeitos colaterais diversos. A utilização da terapia cognitiva comportamental também tem eficácia comprovada no tratamento do TDAH, sendo a abordagem mais indicada para esse tipo de tratamento.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade gera grande impacto no funcionamento do sujeito, interferindo nas suas relações pessoais, no seu rendimento e na sua autoestima. Quando tratado, o transtorno diminui esse impacto, permitindo que esse sujeito tenha uma melhor qualidade de vida. A TCC vem apresentando uma eficácia comprovada no tratamento de vários transtornos e com o TDAH não é diferente. Existem vários estudos que comprovam que quando o paciente faz uso do tratamento combinado, ou seja, o tratamento terapêutico somado ao tratamento farmacológico, ele alcança maiores mudanças, e faz com que estas sejam mais consolidadas.

Cabe ressaltar que as estratégias citadas neste trabalho são apenas algumas poucas existentes para o tratamento dos sintomas do TDAH, pois a TCC possui inúmeras outras ferramentas que podem ser utilizadas no tratamento, que permitirão ao paciente acompanhar o passo a passo do seu tratamento,

fazendo-o observar que ele é responsável pela sua melhora, pelo andamento do processo e que cabe a ele se engajar nas modalidades de tratamento existentes.

A revisão de literatura implementada neste estudo sobre a eficácia da TCC no tratamento para o TDAH mostra a necessidade de novos estudos nesta área. É possível ressaltar que a TCC tem um papel fundamental na psicoeducação acerca do transtorno, no manejo dos sintomas e na adesão ao tratamento medicamentoso. Apesar da importância da medicação, há dificuldades quanto à adesão ao tratamento e, ainda, o tratamento unicamente farmacológico pode se mostrar insuficiente para um grande número de pacientes. Para estes a terapia psicológica é fundamental na aceitação da patologia e no desenvolvimento de novas habilidades para reduzir os prejuízos. Assim, os sintomas residuais podem ser amenizados com TCC, assim como sintomas de ansiedade e depressão, comorbidades bastante comuns no TDAH.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL-ANSARI, A. M. **Mensuração do comprometimento em crianças com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade como parte da avaliação do resultado do tratamento.** Revista Médica da Universidade de Sultan Qaboos, V.13(2), p. 296-300, 2013.

AMARAL, A. H. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.** Arquivos de Neuropsiquiatria, 59(4), 884-888, 2001.

ANVISA (2007-2014). Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Nota Técnica: **O Consumo de Psicofármacos no Brasil dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados**, 2015.

BARLEY, R. A. **Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH): guia completo e atualizado para os pais, professores e profissionais da saúde.** Trad. Luís Sérgio Roizman, Porto Alegre: Artmed, 2002.

BARLEY, R. A. **Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: Manual para diagnóstico e tratamento.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

BIEDERMAN, J. **Transtorno do déficit de atenção / hiperatividade: uma visão geral seletiva.** Psiquiatria Biológica, 57, 1215-1220, 2005.

BILDER, R. M. **Neuropsicologia 3.0: ciência e prática baseadas em evidências.** Revista da Sociedade Internacional de Neuropsicologia, 17 (1), 7-13, 2011. doi:10.1017/S1355617710001396

BOR, W. et al. **Uma abordagem de avaliação multidisciplinar pode melhorar os resultados para crianças com transtorno de déficit de hiperatividade?** Psiquiatria Australásia, 21 (5), 499-503, 2013.

BORGES, J. L., TRENTINI, C. M., BANDEIRA, D. R. & DELL'AGLIO, D. D. **Avaliação neuropsicológica dos transtornos psicológicos na infância: um estudo de revisão.** *PsicoUSF*, 13 (1), 125-133, 2008.

BRZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. **Transtorno do Déficit de atenção com hiperatividade: classificação e classificados.** *Physis (on line)*. Rio de Janeiro, vol. 19, n. 4, 2009.

CARREIRO, L. R. R. et al. **Importância da interdisciplinaridade para avaliação e acompanhamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.** *Psicologia: teoria e prática*, 10 (2), 61-67, 2008.

CATELAN-MAINARDES, S. C. **Transtorno de Déficit de Atenção e hiperatividade na infância e adolescência pela perspectiva da neurobiologia.** *Saúde e Pesquisa*, 3 (3), 385-391, 2010.

CHARACH, A. **Crianças com Distúrbios de Hiperatividade de Déficit de Atenção: Epidemiologia, Comorbidade e Avaliação.** *Enciclopédia do Desenvolvimento Infantil*, 1-11, 2010.

CONDEMARÍN, M. al. **Transtorno do Déficit de Atenção: Estratégias para o diagnóstico e a intervenção psico-educativa.** São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2006.

DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

EFRON, D. et al. **Os resultados diagnósticos de crianças com suspeita de transtorno de déficit de atenção / hiperatividade após avaliação multidisciplinar.** *Pediatria e saúde infantil*, 46(7-8), 392-397, 2010.

3709

ELLISON, P. et al. **Neuropsicologia Infantil: Avaliação e Intervenções para os Transtornos do Neurodesenvolvimento.** New York: Springer Science + Business Media, p. 300, 2007.

FAGALI, E. Q. **Encontros entre Arteterapia e Psicopedagogia: a relação dialógica entre terapeuta e cliente, educador e aprendiz.** In CIORNAI, S. (org.), *Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, Df. Percursos em Arteterapia: Arteterapia e Educação*. Vol. 64. São Paulo: Summus, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, R. **Neuropsicologia.** São Paulo: Editora Santos, 2002.

GLASS, K. et al. **TDAH e comorbidade na condução de problemas entre adolescentes: associações com auto-estima e uso de substâncias no Transtorno da Déficit de Atenção e Hiperatividade,** 3(1), 29-39, 2011.

GRAEFF, R. L. e VAZ, C. E. **Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).** *Psicologia USP (on line)*, vol. 19, n.3, pp. 341-361, 2008. ISSN 0103-6564, <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642008000300005>.

HALDER, A.; PERGHER, A. **O uso da brincadeira na terapia cognitivo- comportamental.** In. WAINER, R.; PICCOLOTO, N. M.; PERGHER, G. K. *Novas temáticas em terapia cognitiva.* Porto Alegre: Sinopsys, 2011, p. 417-439.

HESSLINGER, B et al. **Psicoterapia do deficit de Atenção/ Hiperatividade em adultos** – Um estudo piloto usando um programa estruturado de tratamento em Terapia Cognitivo comportamental. *Arquivos Europeus de Psiquiatria e Neurociências*, 252(4), 177-184, 2002.

KNAPP, P. et al. **Abordagens Psicoterápicas e Psicossociais do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. In: Neto, Mario L. e cols. *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade ao Longo da Vida*. 1ª edição. Porto Alegre: Artmed, p. 305- 335, 2010.

MALLOY-DINIZ, L. F. et al. **Neuropsicologia no transtorno do déficit de atenção/hiperatividade**. In: FUENTES, D. et al. *Neuropsicologia: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, p. 241-255, 2014.

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos DSM-5**. American Psychiatric Association. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento; (et al).; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli; (et al). Artmed. Porto Alegre, 5º edição, p. 100-107, 2014.

MC.CONE, D.S. **Medicação estimulante e tratamento comportamental para TDAH: Avaliação de efeitos separados e combinados usando metodologia única**, (Dissertação de doutorado), Universidade de Oregon, 1993), *Dissertation Abstracts Internacional*, DAI-B 54/10, p. 5396, n AAT 9405203.

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

MESQUITA, C. M. et al. **Terapia cognitivo-comportamental e o TDAH subtipo desatento: uma área inexplorada**. *Rev. bras.ter. cogn.*, vol.5, no.1, p.35-45. ISSN 1808-5687, jun 2010. 3710

MONTEIRO, B. C. **TDAH: Proposta de tratamento clínico para crianças e adolescents através da terapia cognitivo-comportamental**. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, v. 2, n.1, p. 101-108, 2014.

NIGG, J. T. **Déficit de atenção e hiperatividade-impulsividade: o que temos aprendido, quais os avanços?** *Desenvolvimento e Psicopatologia*, 25(4), 1489-1503, 2013.

ONDREJKA, I. et al. **Um estudo prospectivo observacional do transtorno de déficit de atenção / hiperatividade na Europa Central e Oriental e na Turquia: gravidade dos sintomas e opções de tratamento em uma população pediátrica**. *Internacional. Jornal de Psiquiatria na Prática Clínica*, 14(2), 116-126, 2010.

REITMAN, d. et al. **A influência de uma economia simbólica e metilfenidato no comportamento atento e disruptivo durante esportes com crianças diagnosticadas**. *Modificação comportamental*, 25 (2), 305-323, 2001.

ROHDE, L. & MATTOS, P. **Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ROHDE, L. A. & HALPERN, R. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Atualização**. *Jornal de Pediatria*, 80, S61-S70, 2004.

ROSTAIN, L. A. & RAMSAY, J. R. **Uma abordagem de tratamento combinado para adultos com TDAH - Resultados de um estudo aberto de 43 paciente.** *Jornal de desordens da atenção*, 10 (2), 150-159, 2006.

RUBIO, B. et al. **Um estudo piloto: efeitos diferenciais do metilfenidato-OROS na memória de trabalho e funções de atenção em crianças com transtorno de déficit de atenção / hiperatividade com e sem alterações comportamentais e comorbidades.** *Déficit de Atenção/ Hiperatividade do TDAH*, 2011.

SAGVOLDEN, T. et al. **Uma teoria dinâmica de desenvolvimento do TDAH predominantemente com subtipos hiperativos / impulsivos e combinados.** *Ciências Comportamentais e do Cérebro*, 28 (3), 397-419, 2005.

SEGENREICH, D. & MATTOS, P. **Eficácia da bupropiona no tratamento do TDAH.** Uma revisão sistemática e análise crítica de evidências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(3), 117-123, 2004.

SEVERA, M. et al. **Hiperatividade Infantil: Conceitualização, Avaliação e Tratamento.** In: Caballo, Vicente E. et Al. *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente: Transtornos Gerais*. 1ª edição. São Paulo: Livraria Santos Editora, p. 401- 433, 2005.

SOBANSKI, E. et al. **Labilidade emocional em crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (ADHD): correlatos clínicos e prevalência familiar.** *Diário de Psicologia Infantil e Psiquiatria*, 51, 915-923, 2010.

SOUZA, I. G. S. de et al. **Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (supl. 1), 14-18. 305-323, 2007. 3711

WENDER, P. H. et al. **Adutos com TDAH. Uma revisão.** *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931(1), 1-16, 2001.

WRIGHT, J. et al. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado.** Porto Alegre: Artmed, 244, 2008.