

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE - UM OLHAR SOB A PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL INCLUSIVA

ALTHOUGH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER – UNDERSTANDING THE PERSPECTIVE OF INCLUSIVE SPECIAL EDUCATION

Cristina Lucia Maia Coelho ¹
Cristina Bruno de Lima ²

Resumo: O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é estudado há décadas, mas ainda persistem controvérsias sobre causas, consequências e tratamentos, contribuindo para sua estigmatização. A literatura confirma que o TDAH não é um transtorno originário da contemporaneidade, não se relaciona à culturas ou classes socioeconômicas específicas, derrubando mitos que circulam na sociedade e no meio educacional. Nesse sentido, o estudo objetivou identificar o conhecimento do professor sobre o TDAH. A pesquisa - realizada entre professores da rede pública através de um questionário on-line da plataforma SurveyMonkey - confirma que o conhecimento sobre o TDAH é superficial, ainda que 75% tenham uma formação entre a graduação e a especialização. Revelou-se que 52% dos professores identificam os sintomas clássicos (déficit de atenção, hiperatividade, impulsividade), mas sintomas relacionados à apresentação desatenta e características positivas são pouco observados. Comportamentos inadequados e dificuldades escolares são creditados por 23% dos professores à falta de educação no lar. Considerou-se que o desconhecimento sobre o TDAH por parte dos professores gera prejuízo ao aluno quanto aos seus direitos a uma educação inclusiva.

Palavras-chave: TDAH.EducaçãoEspecial.Aluno.Professor.

Abstract: Although ADHD is a disorder studied and endorsed in the DSM for decades, there are still some controversies about causes, consequences and treatments, fueling myths that have been contributing to the stigmatization of the disorder. This study aims to identify the teacher's knowledge about ADHD and to compile the respective academic production in the last 10 years. It has been confirmed that ADHD is not a disorder that originates from contemporaneity, is not related to specific socioeconomic cultures or classes, overcoming myths that circulate in the general population and also in the educational environment. The field research was carried out between teachers of Early Childhood Education and Early Years of Elementary School of the public network of the municipality of Cachoeiras de Macacu, in the State of Rio de Janeiro, in rural and urban areas. An online questionnaire, based on the Survey Monkey platform, was sent by text message after due clarification of the research and agreement with the proposed terms, according to the participants' desire and

¹ Professora-Associada IV do curso de Mestrado Profissional Diversidade e Inclusão (CMPDI) e de Psicologia da Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense. Email:crismaia84@gmail.com

² Mestre e Pesquisadora em Diversidade e Inclusão Universidade Federal Fluminense

availability. The results confirm the hypothesis that the knowledge about ADHD among teachers is superficial, although 75% has a formation between graduation and specialization. It was revealed that 52% of teachers identified classic symptoms (attention deficit, hyperactivity, impulsivity), but symptoms related specifically to inattentive presentation and positive characteristics are poorly observed. 23% credit for lack of education, inappropriate behavior and school difficulties; 41.24% admit to having many doubts on the subject. Research is still ongoing, but partial results - both qualitatively and quantitatively - indicate that there is substantial lack of knowledge about the disorder and, consequently, that it causes injury to the student who is not identified as such, has no rights to an inclusive education and are not fully met

Keywords:ADHD.Special Education.Student; Teacher.

Introdução

No contexto contemporâneo, o tema *Educação para Todos* tem sido recorrente em congressos, encontros pedagógicos e em pesquisas científicas. Porém, o real significado de “para todos”, passa pela interpretação e interesses específicos de determinados grupos/segmentos de acordo com cada sociedade. Nesta perspectiva, há ainda muitos aspectos a serem tratados, especialmente em relação à Educação Especial (EE) e ao atendimento de Necessidades Educacionais Especiais (NEEs), que ainda são negligenciadas na prática pedagógica e até mesmo em termos de legislação. Ainda que reconhecidos tratados e convenções ressaltem a importância da atenção à diversidade nas questões educacionais, os sistemas de ensino tendem a restringir seu olhar à deficiências e síndromes claramente observáveis, minimizando a visibilidade sobre os prejuízos acadêmicos e sociais que envolvem as pessoas com determinados transtornos.

O TDAH é um transtorno descrito, inicialmente, com foco nos sintomas motores, passando a considerar a desatenção a partir da 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM III) em 1980. Ainda que estudado desde o séc. XIX, não há unanimidade sobre o TDAH, especialmente a respeito das suas causas, consequências e tratamento, levando à controvérsias sobre o diagnóstico (BARKLEY, 2002; ROHDE et al., 2000). Estudos indicam que o TDAH, longe de se caracterizar como um transtorno surgido na contemporaneidade, já havia sido referenciado por autores desde o séc. XIX. Nesse sentido, argumentos de que o transtorno seria fruto da expansão tecnológica ou de um sistema educacional defasado perdem o sentido (AZEVEDO et al., 2010; BARKLEY, 2008; POLANCZYK; ROHDE, 2007).

O TDAH incide em 3 a 7% da população (BARKLEY, 2008; GOMES et al., 2007). Suas características podem contribuir com o fracasso escolar e problemas que ultrapassam esse universo. Dessa forma, a intervenção precoce é muito importante para minimizar os prejuízos subjacentes ao transtorno. A escola e especialmente o professor, tem relevante papel no que diz respeito a um melhor prognóstico para essa criança, uma vez que constitui um *locus* privilegiado para observação, suspeição e encaminhamento aos serviços necessários. Até o momento, podemos constatar que se mantêm as divergências em relação ao transtorno, tanto entre alguns teóricos quanto na comunidade escolar. Ainda há, por parte dos professores e do sistema educacional, uma rejeição ao diagnóstico e/ou um entendimento mistificado em relação ao TDAH. Prevalece à responsabilização da família e do aluno pelos fracassos escolares e comportamentos disruptivos.

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade vem sendo estudado ao longo do tempo passando por diferentes denominações e tratamentos, principalmente em função da inquietude, que é a característica mais evidente, inclusive do ponto de vista da justificativa para o fraco desempenho escolar. Chegou a ser considerado proveniente de dietas inadequadas, ambientes sócio-econômicos e culturais desprivilegiados, excesso de liberdade no lar, entre outras (BARKLEY, 2002; SENA; NETO, 2007). Porém, desde o início do século XX já se suspeita de uma base biológica para o mesmo. Em 1902, o pediatra George Frederick Still, em palestras realizadas no *Royal College of Physicians* relatou sobre um estudo que realizou com um grupo de 20 crianças “problemáticas”, cujos sintomas haviam surgido antes dos 8 anos de idade. Eram crianças desafiadoras, resistentes à disciplina, excessivamente emotivas e passionais, com pouca inibição à sua própria vontade, desatentas, hiperativas, propensas a acidentes, embora tenham sido criadas em um ambiente benigno. Assim, especulou-se sobre a possibilidade de uma base biológica para o comportamento inadequado fomentando estudos nesse sentido por décadas (HALLOWELL; RATEY, 1999).

Em 1937, Charles Bradley, como citado em Hallowell e Ratey (1999), também relacionou os sintomas do TDAH às origens biológicas, quando, acidentalmente, descobriu a influência de um estimulante (benzedrina) na mudança de atitude de crianças com distúrbios comportamentais. Em pouco tempo, essas crianças passaram a receber o diagnóstico de “disfunção cerebral mínima” sendo tratadas com Ritalina e Cylert (estimulantes), com bastante sucesso na alteração dos sintomas comportamentais e sociais.

Em suma, pesquisas confirmam que o TDAH está relacionado à uma deficiência de neurotransmissores (dopamina e noradrenalina), que, deixando de atuar satisfatoriamente no lobo frontal e suas conexões, afeta a capacidade de atenção, de auto-estimulação, de planejamento, de foco/filtragem de estímulos, do controle de impulsos, entre outros. Nesse sentido, as pessoas com TDAH apresentam sintomas como hiperatividade, baixa capacidade de atenção e impulsividade. Mattos (2003) destaca as singularidades dos sujeitos com TDAH:

São indivíduos com um determinado histórico pessoal, personalidades diferentes, estilos de vidas particulares, idiosincrasias, outros problemas associados, contextos familiares, etc. Os sintomas podem ser sempre os mesmos, mas a sua expressão vai depender de quem é o indivíduo que tem esse transtorno [...] (MATTOS, 2003, p.19).

Barkley (2002) credita todos os sintomas a um problema de atraso no desenvolvimento da inibição do comportamento que resultam numa dificuldade de auto-controle na criança. Assim, torna-a mais propensa a responder ao que lhe dá mais prazer imediato, ao que lhe desperta o interesse, a curiosidade, tendo pouca habilidade para pensar e agir em relação aos “prêmios futuros”. Consideremos as palavras do autor:

Encaro o TDAH como um transtorno da capacidade de regular o comportamento com um olho voltado para o futuro. Acredito que o transtorno tenha sua base numa área do cérebro com subatividade que, enquanto amadurece, fornece meios crescentes de inibição comportamental, de auto-organização, auto-regulação e previdência[...] (BARKLEY, 2002, p.40).

O transtorno consiste em uma combinação de dois grupos de sintomas: desatenção e hiperatividade/impulsividade, dividindo-o em predominantemente hiperativo, predominantemente desatento ou combinado. O DSM V insere a expressão “apresentação”, conforme a predominância dos sintomas, no sentido de denotar que esses sintomas de hiperatividade/impulsividade e desatenção podem se modificar com o tempo (MATTOS, 2013). A sintomatologia em relação ao diagnóstico, obedece a alguns critérios, elencados de A a E, e sintomas. São listados 18 sintomas: 9 de desatenção, 6 de hiperatividade e 3 de impulsividade. No caso de crianças e jovens, devem estar presentes pelo menos 6 sintomas de desatenção e/ou 6 de hiperatividade/impulsividade (computados juntos). O DSM V

estabeleceu um novo critério para adultos e adolescentes com mais de 17 anos, onde o ponto de corte são 5 sintomas. Além disso, precisam estar presentes por pelo menos 6 meses e serem incompatíveis com a idade do indivíduo. Esses aspectos compõem o critério A. O critério B foi modificado. Os sintomas passam a ter que estar presentes antes dos 12 anos, que já vinha sendo a prática em grupos de pesquisa. Até o DSM IV, a idade de referência era 7 anos, mas constatou-se a dificuldade de adultos se lembrarem de seu comportamento nessa idade e muitos já não podem contar com a colaboração de seus pais nesse sentido. Os critérios C e D referem-se respectivamente a necessidade de haver comprometimento de pelo menos duas áreas (casa, escola, trabalho, vida social) e a necessidade de haver claro e significativo prejuízo na vida acadêmica, social, profissional, ocupacional. No critério E, houve também modificação a partir do DSM V. Antes, no DSM IV, o quadro de autismo invalidava o diagnóstico de TDAH. Agora, considera-se a comorbidade (MATTOS, 2013). Introduz-se ainda, no diagnóstico, conforme o DSM V, a classificação em: leve, moderado e grave, conforme o grau de comprometimento do indivíduo.

O comportamento da pessoa com TDA/H

Segundo Barkley (2002), quando comparadas às crianças com TDAH, as crianças sem a hiperatividade (TDA), apresentam consideravelmente menos problemas de relacionamento em casa e na escola, porém, revelam maiores dificuldades em atividades que envolvem velocidade perceptivo-motora ou coordenação mão-olho e velocidade. Algumas são hipoativas (geralmente meninas). Apresentam mais erros em testes de memória e tem dificuldade de recordar consistentemente informações aprendidas com o passar do tempo. São menos sensíveis ao tratamento medicamentoso e terapêutico. Pessoas com TDAH têm dificuldade de fazer uma coisa de cada vez. Têm dificuldade de concluir, possuem humor instável, divagam muito e suas lembranças são cheias de lacunas. Conforme depoimentos, a vida dessas pessoas, é repleta de histórias de incompreensão, comunicação deficiente, auto-reprovação, baixo rendimento, comportamento arriscado... mas também de simpatia, intuição, solidariedade intensa, uma capacidade especial de ver o interior das pessoas e das situações (HALLOWELL; RATEY, 1999; VICTOR, 2009).

Em 2002, a “Declaração Internacional de Consenso sobre o TDAH” foi encabeçada por Russell A. Barkley, professor de psiquiatria e neurologia da Universidade *Massachusetts Medical School*, EUA, apresentando, entre outros, os seguintes pontos (BARKLEY, 2008): não existe dúvida que o TDAH é um transtorno genuíno; existe suficiente evidência científica que esse transtorno compromete mecanismos físicos e psicológicos que são comuns a todas as pessoas; as deficiências ocasionadas pelo TDAH podem acarretar sérios prejuízos na vida da pessoa; existe comprovação que o TDAH pode ser responsável por maior mortalidade, maior morbidade, prejuízos na vida social, no funcionamento familiar, nos estudos, e na aquisição de uma vida independente; a contribuição maior para a ocorrência desse transtorno se deve a fatores genéticos e neurológicos, sendo que o ambiente familiar contribui pouco para isso; menos da metade das pessoas com esse transtorno estão em tratamento.

Assim, diante de sintomas como a dificuldade para manter a atenção, controlar impulsos, seguir instruções, entre tantas outras características peculiares abordadas, não é de se admirar que as crianças com TDAH, vivenciem problemas na escola, desde a Educação Infantil. As dificuldades aparecem tanto em relação ao aprendizado quanto às relações sociais e "demandam uma abordagem realista e objetiva" (SENA; NETO, 2007, p.24).

Considerando que a sociedade contemporânea demanda cada vez mais atenção, memória, foco, objetividade, entre outras habilidades, em razão do dinamismo da informação e volatilidade do conhecimento, um indivíduo com TDAH, pode ficar em desvantagem em relação a outros que não tenham o transtorno, caso não desenvolva estratégias para superar suas dificuldades.

A capacidade atenta é um fator relevante nas questões de aprendizagem. Segundo Bastos (2005), a atenção tem profunda relação com a afetividade e a vontade, podendo ser voluntária ou involuntária. O autor admite que a atenção operacionaliza a sensopercepção e a cognição, influenciando a seleção de elementos perceptivos e os registros na memória. Assim, “o processo de registro só pode ser iniciado com a focalização da consciência no objeto. Sem isso, não há produção de memória, nem aprendizado” (BASTOS, 2005, p.74). Ser identificado e ter um tratamento adequado, clinicamente e/ou no âmbito escolar, pode ser a diferença entre o fracasso e o sucesso para além da escola, no indivíduo com TDAH.

Porém, Bastos (2011) alerta para o fato de que a maior parte dos transtornos psiquiátricos apresenta alterações na atenção. O foco no comportamento, e não nas funções

neuropsicológicas essenciais como memória, afetividade entre outras e no contexto, pode levar a erros no diagnóstico. Chama a atenção para a “essencialidade” da avaliação neuropsicológica adequada no diagnóstico do TDAH. Nesse sentido, destacam-se as palavras de Coelho e Bastos (2011):

O diagnóstico deve ser essencialmente clínico, o que significa que não pode ser feito isoladamente por nenhuma escala ou teste. Somente uma avaliação adequada, juntamente com os exames complementares e demais dados colhidos com o paciente pode constatar a existência ou não do transtorno. Mesmo sendo inegável que muitas crianças apresentam esse quadro - quando apropriadamente diagnosticado – devemos levar em conta que, numa visão psicopatológica mais ampla, o processo de atenção envolve uma interação complexa de funções, e que o déficit consiste num quadro sindrômico, e não em uma doença específica. Assim, o déficit de atenção pode se manifestar como um sintoma secundário a vários distúrbios e circunstâncias, e não apenas como um transtorno primário (AUTOR; BASTOS, 2011, s/p).

Os argumentos que vem sendo usados para questionar o diagnóstico do transtorno passam pelas características que são comuns a todas as pessoas, como a oscilação atenta, a impulsividade e a hiperatividade, em algum momento da vida. Esse questionamento é refutado pelos teóricos do TDAH que esclarecem sobre a importância do tempo e intensidade dos sintomas. "Todo mundo tem um pouco de desatenção, inquietude e impulsividade [...]. Mas quem tem TDAH, tem muito, muito mesmo", comprometendo alguns setores da vida do indivíduo (MATTOS, 2003, p.30).

Não se descarta que em muitas escolas há problemas de diversas naturezas que influenciam no comportamento dos alunos, seja na parte didático/pedagógica/relacional ou na estrutura física. Existem ainda diversos fatores externos ao ambiente escolar que influenciam a relação aluno/aprendizagem, além de outros transtornos e dificuldades de aprendizagem. O papel do professor é fundamental nesse processo de avaliação assim como também são essenciais profissionais como psicólogos, neurologistas, pedagogos e outros.

Com relação ao perfil cognitivo, Messina e Tiedemann (2009) confirmam a alta probabilidade de ligação entre a baixa memória de trabalho e o baixo desempenho atencional. Constataram ainda que as crianças com TDAH estabelecem menos associações, dificultando a integração de informações. Beneficiam-se menos de recursos verbais e mais de recursos visuais, o que pode acarretar dificuldades na habilidade de leitura (MESSINA; TIEMANN, 2009).

Conforme Feigin et al., citado em Alves et al., (2014), há uma prevalência entre 25-40% de associação entre TDAH e TA (Transtorno de Aprendizagem). Assim, é relevante a investigação da comorbidade com TDAH quando se identifica um TA na criança ou jovem com dificuldades escolares. Transtornos Específicos de Aprendizagem (TA) como: dislexia, discalculia, disgrafia, disortografia, entre outros, tendem a agravar os problemas gerados pelo TDAH (BARKLEY, 2002; DORNELES et al., 2014; SEGENREICH; MATTOS, 2007).

A criança ou jovem com TDAH passa por diferentes situações na escola, conforme a predominância das apresentações do transtorno. Pode ficar esquecida em um canto da sala acumulando dificuldades que só aparecem nas avaliações, ou pode ser o centro das atenções, na maioria das vezes despertando reações desfavoráveis à sua imagem, seja por manter-se em movimento em demasia, incomodando colegas e professores, por esquecer-se das tarefas escolares, entre outros aspectos (SENA; NETO, 2007).

O olhar atento do professor, comprometido com a educação como um todo, para além do currículo, faz uma grande diferença na efetivação da inclusão, que é também a efetivação da cidadania. Nesse sentido, a educação não pode prescindir de ser para todos, mas não igual para todos. A escola tem um papel fundamental na mudança de paradigmas, que contribuam para um melhor acolhimento do aluno, para um atendimento mais efetivo das NEEs de cada um e para que as intervenções ocorram com a precocidade necessária ao melhor resultado possível no seu desenvolvimento global.

Algumas características são marcantes no comportamento da pessoa com TDAH. Geralmente, em especial a criança/jovem, tem dificuldade de seguir uma sequência de instruções. Se o professor der três ordens, por exemplo, provavelmente só cumprirá a primeira e esquecerá as outras. Muitas vezes isso se dá pela perda da atenção por alguns segundos com algum estímulo externo ou com seus próprios pensamentos, fazendo com que se perca parte da informação. Nesse caso, vale o professor ter uma atitude diferenciada com esse aluno e dar uma ordem de cada vez, além de verificar se houve a compreensão da ordem, ao invés de esperar o fracasso na execução da tarefa para então punir (MATTOS, 2003; BARKLEY, 2008). Outra característica que costuma comprometer o desempenho escolar e provocar situações de stress entre criança, professor e família é a dificuldade para fazer anotações, e acompanhá-las. A coordenação visuo-motora costuma ser prejudicada na criança com TDAH, fazendo com que consuma muito mais tempo para copiar do quadro e até mesmo acabe

desistindo de fazê-lo. Assim, somando-se a isso a dificuldade de organização, não cumpre algumas tarefas, passando por displicente e desinteressado, e criando conflitos que extrapolam a escola, minando as relações familiares (BRACKLEY, 2002; SENA; NETO, 2007).

O aspecto físico da escola, também influencia na forma como esse aluno com TDAH vai responder as interações no espaço/tempo escolar. Para que as chances de que os objetivos acadêmicos dentro da perspectiva da inclusão sejam atendidos, alguns aspectos devem ser observados. O ambiente deve ser, antes de tudo, agradável e motivador, de acordo com a faixa etária da criança, sem exageros de informações, que acabam se configurando em distratores.

A criança com TDAH precisa de um apoio psicopedagógico mais intenso e demanda mais atenção do professor. Para tanto, é importante que a sala tenha um número reduzido de alunos, de forma que permita ao professor uma melhor gerência da turma, e ainda tenha condições de perceber as emoções envolvidas no processo de aprendizagem especialmente da criança com TDAH. Não raro, já chega à escola com uma carga negativa de emoções devido às frustrações e uma visão negativa de si mesma reforçada pelas demonstrações explícitas de descontentamento com suas atitudes e resultados (MATOS, 2013).

São muitas as nuances do TDAH conforme as particularidades de cada criança e os fatores ambientais que a cercam. Assim, pode-se depreender que há uma gama enorme de estratégias que podem funcionar com determinada criança, em dado momento e não funcionar com outra criança ou até com a mesma em outro contexto. Porém, há estratégias que são predominantemente positivas ao lidar com a criança com TDAH, como por exemplo, estabelecer um bom vínculo com a mesma; repetir as regras com clareza e objetividade, evitando o "discurso"; permitir que a criança se movimente, se levante de tempos em tempos, mesmo durante uma tarefa; elogiar os avanços; incentivar e auxiliar quando houver dispersão e procrastinação; usar marcadores de textos, gráficos, gravuras, listas de lembretes e também a tecnologia disponível, entre outras possibilidades (BARKLEY, 2002; SENA; NETO, 2007).

Para Barkley (2002), os professores tendem a responder negativamente quando os alunos não atendem suas expectativas, principalmente se forem opositores e/ou perturbadores da ordem em sala, tornando-se mais rigorosos e autoritários e, com isso, podem “piorar suas já tão pobres conquistas sociais e acadêmicas reduzindo sua motivação para aprender[...]diminuindo sua auto-estima[...]” (BARKLEY, 2002, p. 234). Nesse sentido, Hallowell e Ratey (1999), exaltam o aspecto emocional do aprendizado e afirmam: “essas

crianças precisam de ajuda especial para encontrar prazer em sala de aula, conhecimento em vez de fracasso e frustrações, estímulo em vez de tédio ou medo [...] é fundamental prestar atenção às emoções envolvidas no processo de aprendizagem” (HALLOWEL; RATEY, 1999, p. 205).

No Brasil a Resolução CNE/CEB 04/2009 institui as diretrizes operacionais para o Atendimento Educacional Especializado (AEE), definindo seu público alvo como pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação. (MEC/CNE, 2009), mas não há consenso sobre esse tema. O Senado Federal pela Comissão de Educação e Cultura aprovou um projeto de lei (PL nº 7.081), que obriga o Poder Público a manter programa de diagnóstico, tratamento e acompanhamento integral de dislexia, de transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) ou de qualquer outro transtorno de aprendizagem para estudantes do ensino básico da rede pública e privada por intermédio de equipe multidisciplinar, com a participação de educadores, psicólogos, psicopedagogos, médicos e fonoaudiólogos, entre outros. De acordo com a proposta, o acompanhamento integral inclui a identificação precoce, encaminhamento para diagnóstico e apoio educacional específico voltado para a sua dificuldade na rede de ensino, bem como apoio terapêutico especializado na rede de saúde. O Ministério da Educação (MEC) no documento *Política Nacional De Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva* reconhece o TDAH e outros transtornos e dificuldades de aprendizagem, incluídos na nomenclatura Transtornos Funcionais Específicos (TFEs), como passíveis de uma política pública especial para diagnóstico e tratamento. Assegura a importância do acesso a recursos didáticos e formação para o professor, de modo a garantir "identificação e abordagem pedagógica" que contribuam para a efetividade do trabalho realizado pela escola (MEC, 2007).

Assim, entendendo a influência do TDAH no processo de aprendizagem e o professor como agente de suspeição para os devidos encaminhamentos no sentido de melhorar os prognósticos para essa criança, a presente pesquisa teve como objetivo identificar a percepção e o nível de conhecimento de professores da Educação Infantil e Anos Iniciais do Ensino Fundamental sobre TDAH.

Metodologia

A pesquisa de campo foi realizada no município de Cachoeiras de Macacu, no Rio de Janeiro, em escolas de Ensino Fundamental e Pré-Escolas. Participaram 54 professores, que representam uma amostra de 15,42% dessa população. Através do questionário autoral na plataforma *Survey Monkey* identicamos o perfil dos professores e o entendimento dos mesmos quanto ao TDAH. A faixa etária abrangeu professores entre 22 e 55 anos. A maior parte 35,85%, com especialização completa, atuando no segmento da Educação Infantil e Anos Iniciais do Ensino Fundamental.

A pesquisa, em observância aos princípios e procedimentos propostos pelo Comitê de Ética, aprovada pela Plataforma Brasil conforme parecer nº: 1.799.634, foi autorizada pela Secretaria Municipal de Educação, de acordo com a Declaração de Anuência. A seguir, abordou-se o tema em questão, com listagem de características que poderiam ou não ser do TDAH, considerando a possibilidade de comorbidades com outros transtornos e síndromes, para que o professor marcasse as que considerasse estarem relacionadas ao TDAH, conforme seu conhecimento. As perguntas permitiram várias respostas e comentários. Foram ainda construídas questões partindo de casos que descreveram situações observadas em sala de aula, baseadas na experiência da pesquisadora como professora e orientadora e na literatura pesquisada, para que o professor indicasse as possíveis razões para determinados desfechos.

Resultados e Discussão

Os resultados da pesquisa reforçam a ideia da necessidade de proporcionar aos profissionais da educação acesso a informação sobre o TDAH de forma objetiva e clara, no sentido de desvendar mitos que se replicam, em relação ao transtorno e afetam o olhar do professor sobre a criança com comportamentos inadequados e mal interpretados. Os resultados identificaram que os professores demonstram conhecimento sobre o TDAH no que se refere à tríade de sintomas mais evidentes no transtorno (hiperatividade, desatenção e impulsividade) e situações claramente relacionadas a ela (tabela 1).

Tabela 1- Características relacionadas ao TDAH percebidas pelos professores

SINTOMAS DO TDAH	RESPOSTA
	%
Hiperfoco em alguns assuntos/coisas	20,37

Hiperatividade física	59,26
Dificuldade de se relacionar	27,78
Desatenção	61,11
Agressividade	22,22
Hiperatividade mental	29,63
Dificuldade de esperar	61,11
Pouca iniciativa	9,26
Impulsividade	61,11
Dificuldade de comunicação	14,81
Apatia	3,70
Dificuldade com conceitos matemáticos	11,11
Facilidade de comunicação	5,56
Atraso no controle motor	12,96
Sonolência diurna	1,85
Fala muito e rápido	31,48
Facilidade de concatenar idéias	7,41
Dificuldade na percepção do tempo	18,52
Isolamento	7,41
Dificuldade de terminar o que começa	50,00
Inconstância em tarefas	38,89
Fraca capacidade de organização	27,78
Criatividade	14,81
Não conheço TDAH	0,00
Já ouvi falar mas sei muito pouco sobre TDAH	11,11
Sei alguma coisa sobre TDAH mas tenho muitas dúvidas	40,74

Fonte: Questionário autoral na plataforma Survey Monkey sob o título TDAH: transtorno ou desculpa? Disponível em: <https://pt.surveymonkey.com/r/RRRJLMN>

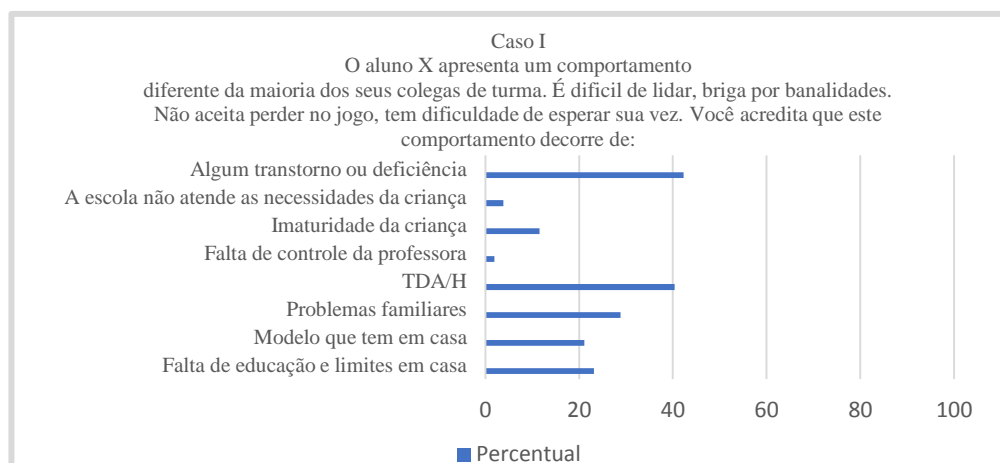
Como foi possível observar, os sintomas secundários, relacionados ou não à comorbidades com outros transtornos que podem ser um grande diferencial em relação aos processos de aprendizagem, sucesso acadêmico, comportamento social equilibrado, e que estão relacionados à atenção, são pouco identificados como pertinentes ao TDAH. Entre eles, o hiperfoco foi identificado como uma possibilidade no espectro do transtorno por 20,37% dos professores; a dificuldade com a percepção do tempo por 18,52% e a fraca capacidade de organização por 27,78%. Sintomas secundários específicos da apresentação desatenta, como a sonolência diurna, atraso motor, apatia e pouca iniciativa, passaram praticamente despercebidos em relação ao TDAH, sendo assinalados por um percentual de professores entre 1,85% e 12,96%. Normalmente crianças e jovens com esses sintomas são vistos como preguiçosos, desinteressados e desastrados. Tanto os sintomas em si, quanto a imagem social que tem (como são vistos pelos outros) e percebem ter (como acham que são vistos pelos outros), implicam no rendimento escolar e na imagem que fazem de si mesmos. Aspectos

positivos como as características como criatividade, facilidade de concatenar ideias e de se comunicar, também são pouco percebidos como parte do conjunto de características que podem estar associadas ao TDAH. Dificilmente são vistas como algo que compõe esse sujeito único, com todas as nuances possíveis dentro de um transtorno, que pode, inclusive, estar associado a Alta Habilidade/Superdotação (AHSD).

Nesse sentido, sintomas creditados a outros transtornos ou síndromes conhecidas, como, por exemplo, a dificuldade de comunicação no autismo, também não são percebidos como possíveis em um quadro de TDAH. Por outro lado, características que predominam em uma ou outra modalidade de TDAH (desatenta, hiperativa/impulsiva ou ambas) não são identificadas ou são generalizadas para todo TDAH, como é o caso da fala exagerada e rápida, que aparece na apresentação hiperativa/impulsiva. Entre os professores entrevistados, 40,74% dizem conhecer o transtorno, mas ter muitas dúvidas; 11,11% dizem que já ouviram falar ainda que saibam muito pouco sobre TDAH. Mas todos conhecem o TDAH de alguma forma.

Em uma segunda etapa do questionário perguntas foram realizadas sobre situações cotidianas e comportamentos que poderiam ter várias causas para o entrevistado avaliar. No Caso 1, referente a uma conduta agressiva, houve uma tendência maior a creditar o problema a um transtorno (40,38% TDAH e 42,32% outro transtorno ou deficiência) conforme figura. Observa-se ainda que 23,08% creditou à situação apresentada à falta de limites; 21,15% ao modelo que tem em casa; 28,85% à problemas familiares, ou seja, causas comportamentais envolvendo cuidados parentais. Na visão de 3,85% dos professores a escola e sua inadequação é responsável pelo comportamento desequilibrado do aluno. 1,92% entende que o problema é por falta de controle do professor e 11,54% responsabiliza a imaturidade da criança (gráfico 1).

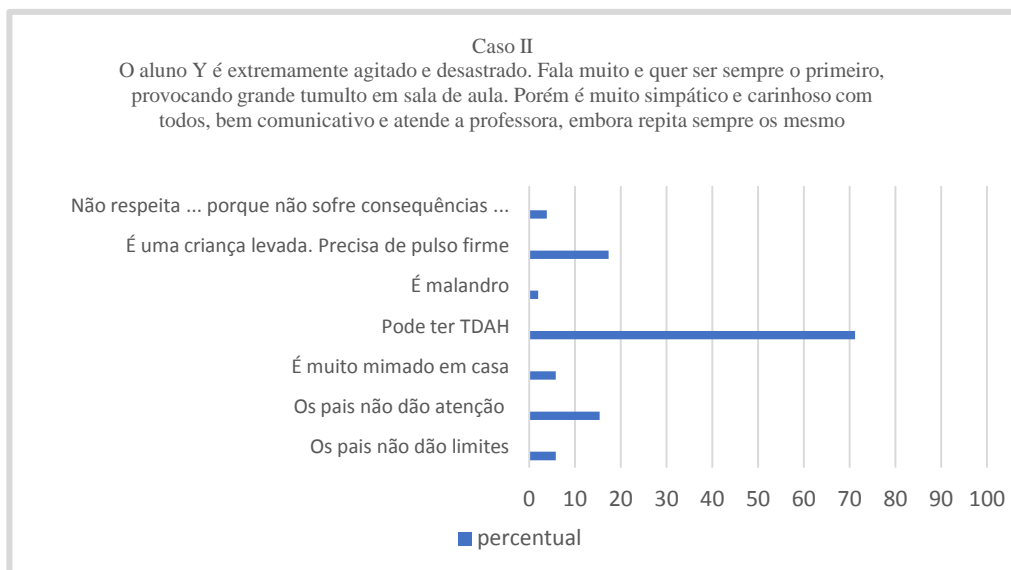
Gráfico 1 – Respostas dos professores sobre um caso de conduta agressiva



Fonte: Questionário autoral na plataforma Survey Monkey sob o título TDAH: transtorno ou desculpa? Disponível em: <https://pt.surveymonkey.com/r/RRRJLMN>

No caso II, manteve-se a tendência de crédito ao transtorno, culpabilizando menos a criança e a família. Alguns comportamentos relacionados são facilmente associáveis a hiperatividade, parte da tríade de sintomas clássicos do TDAH. As hipóteses que poderiam justificar o comportamento inadequado, além do transtorno, surgiram da fala dos professores no dia-a-dia da escolas, quando se reportam à crianças com comportamentos que trazem algum desconforto mas não um grande prejuízo nas relações escolares. Mas a perspectiva é outra quando o comportamento é disruptivo, quando vem com uma carga mais elevada de agressividade e/ou impetuosidade, provocando dificuldades no contexto da sala de aula. O gráfico 2 demonstra a visão do professor em relação ao comportamento do aluno, que remete a um caso clássico de hiperatividade, conforme a literatura pesquisada. A hiperatividade é um sintoma bastante conhecido pela comunidade e comumente relacionado ao TDAH.

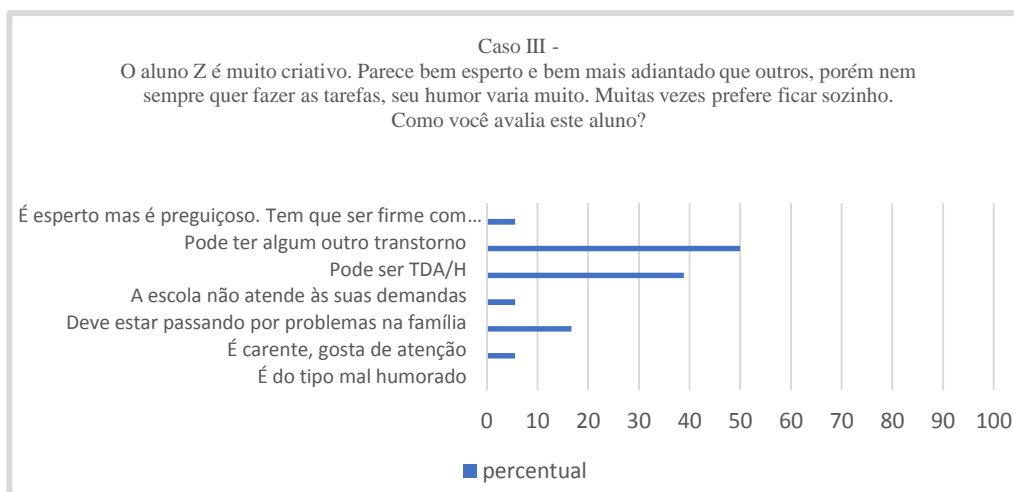
Gráfico 2 – Resposta dos professores sobre um caso de hiperatividade



Fonte: Questionário autoral na plataforma Survey Monkey sob o título TDAH: transtorno ou desculpa? Disponível em: <https://pt.surveymonkey.com/r/RRRJLMN>

No caso III, sobre problemas na gestão dos afazeres escolares, novamente houve uma tendência, por parte dos professores, a creditar o comportamento a um transtorno. Mas claramente observa-se a dúvida em relação a acharem ser TDAH ou outro transtorno, já que na situação descrita, não foi explicitado nenhum comportamento diretamente relacionado a tríade déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade (gráfico 3).

Gráfico 3 – Respostas sobre um caso de ingerência das tarefas escolares



Fonte: Questionário autoral na plataforma Survey Monkey sob o título TDAH: transtorno ou desculpa? Disponível em: <https://pt.surveymonkey.com/r/RRRJLMN>

Em relação ao conceito/definição do TDAH, 61,54% dos professores entrevistados identifica o TDAH como um transtorno real, de base neurobiológica, que interfere nas atitudes e formas de aprender de adultos e crianças. Apenas 28, 85% assinalou ser um transtorno causado por um desequilíbrio bioquímico que altera basicamente a atenção, a impulsividade e a atividade motora do indivíduo, ainda que essa tríade de sintomas tenha sido apontada por mais de 60% dos entrevistados como sintomas do TDAH (Tabela 2). Esse dado pode sinalizar o quanto é difícil para a população, compreender termos técnico/científicos, como neurobiológico e bioquímico, bem como a relação entre eles. Também é possível interpretar que há uma tendência a generalização com base em informações superficiais. Possivelmente essa tendência tenha levado o pesquisado a interpretar a frase "interfere na atitude e forma de aprender [...]" pelo lado do prejuízo, fazendo uma associação mais imediata com o TDAH já que são os problemas que chamam mais a atenção.

Os resultados também indicam que 1,92% acredita que o transtorno é inventado por laboratórios e/ou mídia com interesses financeiros; 3,85% acredita ser um problema do mundo contemporâneo devido a quantidade de informação a ser processada e ao excesso de acesso a tecnologias digitais e 9,62% não tem opinião sobre o assunto. 1,92% sinalizou que seria um transtorno passageiro e tratável com alimentação equilibrada ou um problema emocional devido à falta de limites. Configura-se assim uma situação de conhecimento parcial sobre o transtorno, com prevalência de alguns mitos e muitas incertezas.

Tabela 2 – Demonstração sobre o entendimento do conceito de TDAH pela amostra.

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS %
Uma invenção da mídia para vender livros e programas	1,92%
Uma invenção dos laboratórios para vender medicamentos	1,92%
Um problema neurológico que interfere nas atitudes e formas de aprender de crianças e jovens	61,54%
Um problema do mundo contemporâneo devido a quantidade de informação e tecnologia aos quais as pessoas estão sujeitas	3,85%
Um transtorno causado por um desequilíbrio bioquímico que altera basicamente a atenção, impulsividade e atividade motora do sujeito.	28,85%
Um transtorno passageiro que pode ser tratado com dieta adequada, com menos estimulantes	1,92%

Um problema emocional devido à falta de limites 1,92%

Não tenho opinião sobre o TDA/H 9,62%

Total de respondentes: 52

Fonte: Questionário autoral na plataforma Survey Monkey sob o título TDAH: transtorno ou desculpa? Disponível em: <https://pt.surveymonkey.com/r/RRRJLMN>

Considerações Finais

A pesquisa de campo para investigar o entendimento do professor sobre TDAH revelou que há um conhecimento significativo quanto ao conceito do transtorno e as características principais. Porém, ainda prevalecem alguns mitos e preconceitos, que restringem o acesso ao tratamento adequado a quem precisa. Os resultados convergem para as conclusões de Gomes et al. (2007) que revelam que tanto no meio acadêmico e profissional quanto na população em geral, além de pouco conhecimento sobre características e implicações do TDA/H na vida escolar e social, disseminam-se crenças não respaldadas cientificamente, contribuindo para diagnóstico e tratamento inadequados.

O fato de a maioria dos professores pesquisados compreender que o TDAH é um transtorno real, de base biológica, e não um problema gerado por falta de limites, alimentação inadequada ou uma invenção de laboratório, não significa que na sua *práxis* consiga perceber adequadamente as questões que deveriam ter um olhar especial por parte do sistema de ensino, sendo encaminhadas para uma avaliação multiprofissional.

Observa-se nas respostas aos três casos apresentados, que um percentual significativo de professores percebe os comportamentos fora dos “padrões desejados” para um bom andamento da aula, mesmo na EI, como falta de cuidados parentais adequados (falta de educação e de limites no ambiente familiar), algum problema na família ou ao “temperamento” da criança. É importante salientar que os referidos casos foram inspirados em situações reais encontradas na literatura e na vivência da pesquisadora (casos que chegaram aos consultórios médicos e tiveram diagnóstico positivo para TDAH após avaliação multiprofissional). Essa situação pode indicar que há mais uma descrença no diagnóstico do

que no transtorno em si, remetendo a uma fala recorrente, tanto no meio acadêmico quanto na população em geral, de que há hiperdiagnóstico/banalização do TDAH. Essa proposição, porém, se caracteriza como mais um mito baseado em generalizações apressadas e inconsistentes com as pesquisas científicas.

Para Rodhe (informação verbal)³, a gama de trabalhos publicados sobre TDAH não deixa dúvidas sobre a existência e consistência do transtorno. No caso das condições médicas dimensionais, aonde se situam as condições psiquiátricas, observa-se o que está fora da condição considerada ideal, normal, de modo que traga prejuízo para o indivíduo. É inegável que há um percentual da população situada no extremo dessa dimensão, que tem graves prejuízos. "Na minha opinião, essa discussão de que o TDAH não existe, está fora de foco [...], a grande questão é a banalização de onde tu colocas o ponto de corte[...]" (ROHDE, 2015. Grifo nosso). Essa reflexão é importante porque a suspeição do transtorno, por parte da família e da escola, é o indicativo para a avaliação. O diagnóstico depende de uma avaliação multiprofissional, por pessoas competentes, comprometidas com o seu trabalho. O fato de haver maus profissionais receitando medicação ou terapia indiscriminadamente, não comprova a inexistência do TDAH e não elimina os prejuízos daqueles que estão entre os 3-7% da população, que tem o transtorno, muitos deles sem qualquer identificação ou tratamento, essenciais para um melhor prognóstico escolar e social.

Embora o TDAH seja um transtorno estudado há décadas, ainda há uma grande dificuldade de convergência entre as opiniões sobre o mesmo, no meio acadêmico e nas comunidades escolares, refletidas nas políticas públicas e na forma como o sistema educacional lida (ou não lida) com a questão. Assim, entende-se que o melhor caminho é o conhecimento sobre o transtorno, de forma que se evite a perpetuação de informações equivocadas.

A presente pesquisa evidenciou que o professor conhece os sintomas principais do TDAH, mas não tem informações suficientes e consistentes. Esse conhecimento é o ponto de partida para um olhar diferenciado e atento em relação ao aluno que não corresponde ao esperado no âmbito escolar, acadêmica ou socialmente, respeitando-se as particularidades e a multiplicidade inerente a qualquer grupo social. A escola tem um papel fundamental no

³ Comunicação feita por Luís Rohde no TED x UFRGS (2015), sob o título TDAH: Mitos, Verdades e Impacto. Recuperado em 17 outubro, 2016 em <https://youtu.be/6Xzha28mfV0>

prognóstico para a criança com TDAH. Havendo a suspeição, o encaminhamento e a avaliação por profissionais adequados em conjunto com a escola, as perspectivas para uma educação inclusiva e igualdade de oportunidades, começam a ser favoráveis.

A família, especialmente nas classes menos favorecidas, geralmente não tem conhecimentos específicos sobre transtornos, e até mesmo sobre o desenvolvimento esperado para as diferentes faixas etárias da criança. Embora teoricamente haja um acompanhamento da evolução do desenvolvimento da criança nos Postos de Saúde, inúmeros fatores distanciam as famílias desse atendimento regular. A atenção, por exemplo, sendo fator relevante para o diagnóstico, requer muito cuidado na avaliação do comportamento do indivíduo em questão. Dificuldade nessa dimensão cognitiva pode ser um sintoma secundário. Só uma avaliação criteriosa, por profissionais adequados, poderá confirmar ou descartar a hipótese do TDAH (BASTOS, 2005; GOMES ET AL., 2007). Fica evidente, então, a importância da suspeição e devido encaminhamento para avaliação com profissionais como psiquiatra, psicólogo, psicopedagogo, compondo uma equipe multidisciplinar. Assim, mediante informações do professor, da família, além da observação direta, com base científica de investigação, entende-se que haverá um diagnóstico mais preciso.

As pesquisas teóricas e o conhecimento empírico demonstram a importância da inclusão no sentido do acesso às terapias fundamentais ao tratamento e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida para os alunos com TDAH, suas famílias e demais conviventes, seja no âmbito escolar ou fora dele. Como no Brasil o transtorno não figura entre o público alvo do Atendimento Educacional Especializado (AEE), conforme a Resolução CNE/CEB 04/2009, que institui as diretrizes operacionais para o AEE, definindo o público alvo como: pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, atender ou não esse aluno, conforme a dificuldade apresentada, em sala de recurso ou centro especializado, fica a critério de cada rede escolar, conforme a disponibilidade após o atendimento do público alvo.

A política de educação, na perspectiva da inclusão, contempla o TDAH e outros transtornos e dificuldades de aprendizagem enquanto Transtornos Funcionais Específicos (TFEs), objeto de uma política especial para diagnóstico e tratamento. Porém, excluí-lo do público alvo do AEE, que tem a prerrogativa de um trabalho especializado no contra-turno, em sala de recurso e/ou nos centros de atendimento especializados, significou o aumento do

abismo entre quem tem TDAH com uma condição socioeconômica desprivilegiada e quem não tem o transtorno e dificuldades inerentes a ele ou não dependem de políticas públicas para ter suas NEEs atendidas. Vale destacar que o fato de um transtorno não ser público alvo do AEE não significa que a escola, o professor, a comunidade escolar, não precisem estar preparados para atender a toda e qualquer NEEs que o aluno apresente, ainda que sejam temporárias por questões pontuais. O ensino tem que alcançar a todos, na sua diversidade de ser e estar no mundo, para cumprir o seu papel de formar cidadãos, no mais amplo sentido da palavra.

Longe de fazer apologia à medicalização ou à patologização da educação, o que se pretende aqui é propiciar a suspeição do transtorno, a partir de uma série de indicadores cientificamente comprovados. Dessa forma, os julgamentos morais a que são submetidos alunos com TDAH e seus familiares, e conseqüentemente um leque de problemas escolares e sociais geradores de bastante sofrimento, a curto, médio e longo prazo, poderiam ser substituídos pelo devido tratamento e um prognóstico mais promissor. Não há apenas um tipo de tratamento ou medicamento para o transtorno. Embora o tratamento de eleição da classe médica privilegie o metilfenidato, cada vez mais se busca um ponto de corte ideal para se evitar um uso indiscriminado de medicação. A Terapia vem ganhando espaço no tratamento do TDAH, combinada ou não com medicamento, outras vezes como opção ao tratamento medicamentoso, mas sempre visando à possibilidade de a pessoa com o transtorno aprender a lidar com suas características peculiares.

Referências Bibliográficas

ALVES, Luciana Mendonça et al . Processamento fonológico em indivíduos com transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 874-882, jun. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000300874&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2016.

AZEVEDO, Paulo Verlaine Borges et al. Sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças indígenas da Amazônia Brasileira. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** [online]. 2010, vol.68, n.4, pp.541-544. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2010000400012&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso: 10 mar. /2016.

BASTOS, Claudio L. Atenção. In: CAMARGO, Walter Jr; HOUNIE, Ana G. **Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. Nova Lima/MG: Editora Info, 2005. 1129, cap.2, p.55-98.

BASTOS, Claudio L. Pensando a Psiquiatria Avaliando o TDA/H. **Psychiatry [on line] Brasil**. Dezembro de 2011 - Vol.16 - Nº 12. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano11/clau1211.php> Acesso em: 15/03/2016.

BARKLEY, Russel A. **Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDA/H)**. Tradução Luís Sérgio Roigman. Porto Alegre/ RS: Artmed, 2002.

BARKLEY, Russel A. et al. **Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDA/H)**. Tradução Ronaldo Cataldo da Costa. 3ª ed. Porto Alegre/ RS: Artmed, 2008.

BRASIL, MEC/SEESP. Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria Ministerial nº 555, de 5 de junho de 2007, prorrogada pela Portaria nº 948, de 09 de outubro de 2007. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Disponível em: http://peei.mec.gov.br/arquivos/politica_nacional_educacao_especial.pdf>. Acesso em: 19 ago 2016.

BRASIL, MEC/CNE. **Resolução nº4 de 2 de outubro de 2009**. Institui as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 2009, Seção 1, p. 17. Disponível em: http://www.abiee.org.br/doc/Resolu%E7%E3o%204%20DE%202002%20out%202009%20EDUCA%C7%C3O%20ESPECIAL%20ceb004_09.pdf>. Acesso em: 09 set. 2016..

COELHO, Cristina e BASTOS, Claudio Lyra. **A AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA E O DIAGNÓSTICO DO TDAH**. *Psychiatry on line Brasil*. Dezembro de 2011 - Vol.16 - Nº 12. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano11/clau1211.php>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

DORNELES, Beatriz Vargas et al. Impacto do DSM-5 no diagnóstico de transtornos de aprendizagem em crianças e adolescentes com TDAH: um estudo de prevalência. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2014, vol.27, n.4, pp.759-767. ISSN 0102-7972. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.2014274167>>. Acesso em: 20 jan 2016.

GOMES, Marcelo et al. Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. *J. bras. psiquiatr.*, 2007, vol.56, no.2, p.94-101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a04v56n2.pdf>>. Acesso em: 09 jan 2016.

HALLOWELL, Eduard M.; Ratey, John J. **Tendência a Distração: identificação e gerência do distúrbio de déficit de atenção (DDA) da infância a vida adulta**. Tradução de André Carvalho. Rio de Janeiro/ RJ: Rocco, 1999.

MATTOS, Paulo. **No mundo da Lua**. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

MATTOS, Paulo. **Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA)**, 2013. Disponível em: <http://www.tdah.org.br/>> Acesso em: 13 ago. 2016.

MESSINA, Lucinete de Freitas e TIEDEMANN, Klaus Bruno. Avaliação da memória de trabalho em crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Psicol. USP** [online], v.20, n. 2, p. 209-228, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642009000200005>. Acesso em: 05 mar. 2016.

POLANCKZIK, Guilherme; ROHDE, Luis Augusto. Epidemiology of attention-deficit/hyperactive disorder across the lifespan. **Current Opinion in Psychiatry**, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Guilherme_Polanczyk/publication/6285994_Epidemiology_of_attention_deficithyperactivity_disorder_across_the_lifespan/links/0deec521683e2e062e000000/Epidemiology-of-attention-deficit-hyperactivity-disorder-across-the-lifespan.pdf> Acesso em: 28 ago. 2016.

ROHDE, Luis Augusto et al. Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. **Rev. Bras Psiquiatri**. 2000, São Paulo/RJ, vol. 22, s.2. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600003>>. Acesso em: 23 set. 2016.

SEGENREICH, Daniel; MATTOS, Paulo. Atualização sobre comorbidade entre transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtornos invasivos do desenvolvimento (TID). **Rev. psiquiatr. clín.** São Paulo , v. 34, n. 4, p. 184-190, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2016.

SENNA, Simone da Silva; NETO, Orestes Diniz. **Distraído e a 1000 por hora: guia para familiares, educadores e portadores de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VICTOR, Marcelo. TDAH ao longo da vida. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2009, vol.31, n.4, pp.397-397. ISSN 1516-4446. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000400025>>. Acesso em: 28 set. 2016.