

TDAH: Transtorno, Causa, Efeito e Circunstância

ADHD: Disorder, Cause, Effect and Circumstance

Cleonice Terezinha Fernandes^{a*}; Jeisa Fernandes Marcondes^b

^aUniversidade de Cuiabá, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino. MT, Brasil.

^bUNOPAR, Pós-Graduação *Lato Sensu* em Psicopedagogia. PR, Brasil.

*E-mail: cleo_terezinha@hotmail.com

Recebido em: 06/09/2016; Aceito em: 28/12/2016

Resumo

O Transtorno do Déficit de Atenção por Hiperatividade - TDAH é manifestado pela presença da tríade sintomatológica: elevados níveis de agitação motora, impulsividade e desatenção persistentes por um período mínimo consecutivo de seis meses, que tende a persistir durante toda a vida, com prejuízo substancial de áreas importantes do funcionamento. Segundo a Organização Mundial da Saúde OMS e a Associação Americana de Psiquiatria - APA cerca de 4% dos adultos e de 5% a 8% de crianças e adolescentes de todo o mundo sofrem de TDAH. Estudos de neuroimagem, genéticos e etiológicos não estabeleceram ainda uma gênese clara e determinante, não existindo consenso em um “defeito” psicológico nuclear, *locus* anatômico, padrão neuropsicológico, ou base neuroquímica ou genética, reconhecendo-se assim o TDAH como uma perturbação clinicamente heterogênea. Inexiste um marcador biológico para TDAH; apenas é possível fazer diagnóstico clínico/comportamental, sob análise do cotidiano. Atualmente, começam a surgir maiores cuidados dos profissionais com os fatores de risco na história da criança. Fortes evidências de equívocos nos diagnósticos, dado ao alarmante índice do uso do psicotrópico Ritalina por jovens com TDAH no Brasil, segundo maior país consumidor do mundo, depois dos EUA, que estimularam a montagem de uma entrevista semiestruturada para 3 das 5 psicólogas atuantes na cidade de Luziânia/GO. Conclui-se que se deve tentar determinar as razões psicossociais originárias do problema de comportamento e que “receitar uma pílula para o TDAH é muito mais rápido”, mas talvez não seja efetivo para o desenvolvimento do sujeito.

Palavras-chave: Transtorno/Dificuldades de Aprendizagem. Déficit de Atenção. Ritalina. Medicalização das Dificuldades. Hiperatividade.

Abstract

The Attention Deficit Disorder by hyperactivity disorder - ADHA is manifested by the presence of the symptomatology triad: high levels of motor excitement, impulsivity and inattention sustained for a period of at least six months in a row, which tends to persist throughout life, with substantial injury to important areas of functioning. According to World Health Organization WHO and the American Psychiatric Association - APA approximately 4% of adults and 5% to 8% of children and adolescents from all over the world suffer from ADHD. Neuroimaging, genetic and etiologic studies have not established yet a clear and decisive genesis, and there is no consensus on a nuclear psychological “flaw”, anatomical locus neuropsychological pattern, or neurochemical or genetic basis, recognizing ADHD as a clinically heterogeneous disorder. There is not a biological marker for ADHD; it is only possible to make clinical/behavioral diagnosis under everyday life analysis. Currently, greater care from professionals have emerged with the risk factors in the child's history. Strong evidences of diagnosis mistakes, given the alarming rate of use of psychotropic drug Ritalin by young people with ADHD in Brazil, the second highest consumer country in the world, after the United States, which stimulated the fitting of a semi-structured interview for 3 of the 5 psychologists working in the town of Luziânia/GO. It is concluded that reasons for psychosocial originating the behavior problem should be determined and that “prescribing a pill for ADHD is much faster, but it may not be effective for the development of the subject

Keywords: Disorder/Learning Difficulties Attention Deficit. Ritalin. Difficulties Medicalization. Hyperactivity.

1 Introdução

No Brasil denomina-se de TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção por Hiperatividade, a mais prevalente perturbação do desenvolvimento, manifestada por níveis de desatenção, hiperatividade e impulsividade inapropriados, que tende a persistir durante toda a vida, com prejuízo substancial de áreas importantes do funcionamento da pessoa; diferentemente de outros países falantes de Língua Portuguesa que a tratam por PHDA - Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção, como o caso de Portugal; DDA - Distúrbio do Déficit

de Atenção; em inglês - ADD, ADHD ou ainda de AD/HD.

No início dos anos 1990, o TDAH entrou ferrenhamente em um modismo no Brasil, sobretudo na área pedagógica, justificando a então recente dificuldade de convivência entre pais e filhos e a falta de disciplina, principalmente nos estudos, haja vista a nova configuração da família e a saída repentina da mãe da exclusividade nas tarefas/funções materna (cuidadora) e doméstica.

Não há dúvida de que há comprometimento, documentado na literatura, referente ao rendimento neuropsicológico, quando associado com a TDAH, sobretudo, em estudos da

área da Psicologia e Psicopedagogia, que utilizaram o DSM-IV¹ como sistema de diagnóstico, reafirmado pelo DSM-V (2013) no trato com TDAH.

A “nova” patologia foi descrita, pela primeira vez, na década de 1960 por Leon Eisenberg, um médico psiquiatra norte-americano, como “reação hiperkinética da infância”.

No Brasil, em 1999, é fundada a ABDA – Associação Brasileira do Déficit de Atenção, por um médico psiquiatra e um de seus pacientes e nela passam a se registrar histórias de vida acerca do “mal”, dar dicas a pais, professores, educadores e indicar tipos e locais de tratamentos, reconhecendo e legitimando a nova patologia. Eisenberg recomendara que poderia haver um tratamento para os alunos difíceis sob medicação com diferentes drogas psicotrópicas, tendo começado com a dextroanfetamina e, depois, o metilfenidato, que alcançou o seu objetivo e que prevalece hoje como um dos tratamentos mais populares, de nome comercial Ritalina², e cuja escolha está completamente a mercê da aceitação dos responsáveis, haja vista que não há exames que comprovem a patologia neurologicamente, estando ligada exclusivamente a diagnóstico comportamental. E, assim, as crianças agitadas, impulsivas e enérgicas passaram a ter a oportunidade de se transformarem em crianças dóceis.

O Brasil é o segundo maior consumidor do mundo do remédio tarja preta, perdendo apenas para os EUA. De acordo com uma pesquisa realizada em 2011 por USP, Unicamp e *Albert Einstein College of Medicine* quase 75% dos jovens brasileiros que utilizam Ritalina ou similares não foram diagnosticados corretamente.

Diagnósticos psicopedagógicos e a relativamente recente medicalização das Dificuldades/Transtornos de aprendizagem legitimaram, no Brasil, o metilfenidato, a já citada e “salvadora” Ritalina, cujo uso dependente de receita médica, faz nascer na América o “tráfico” da mesma, entre adolescentes e pessoas não diagnosticadas com o transtorno, entretanto, que desejam se manterem acordadas para estudos em véspera de provas, de exames e similares, por exemplo, ou simplesmente atravessar a noite em uma “balada”.

Entretanto, a novidade, na qual pauta-se este estudo é de que o seu “pai científico”, Leon Eisenberg meses antes de sua morte, em 2009, declara a provável imprecisão dos diagnósticos atuais, haja vista a supervalorização da predisposição genética em detrimento das causas socioambientais do transtorno. Esta revelação poderia fazer comparar, grosseiramente, a situação com a depressão e o estresse, vilões do novo século que, todavia, são males circunstanciais provocados, sobretudo, pelas novas configurações da vida moderna. Seriam afinal apenas efeitos e não causa.

Mediante este quadro de banalização da medicação, de equivocados diagnósticos de TDAH e queixa de pais e professores, e da própria reviravolta conceitual, após declarações do “pai científico” da patologia, este estudo pretende situar o atual estado da arte.

2 Material e Métodos

O presente estudo classificado como qualitativo, além de pesquisa bibliográfica, faz uma entrevista com roteiro semiestruturado com três psicólogas do Município de Luziânia, no Estado de Goiás, cidade onde a autora reside e atua como psicóloga institucional.

3 Resultados e Discussão

3.1 Transtorno do Déficit de Atenção por Hiperatividade - TDAH

Vários estudos mostram que a existência de déficits significativos no rendimento neuropsicológico, em função da presença de TDAH, demonstram um impacto negativo deste no rendimento acadêmico e executivo dos sujeitos.

A variabilidade experiencial conjugada a fatores bioecológicos, que caracterizam o desenvolvimento humano (BRONFENBRENNER, 1996), somada à inter-relação complexa que os diversos aspectos estabelecem entre si - motricidade, linguagem, cognição, aprendizagem e comportamento adaptativo - tornam-no, frequentemente, de difícil mensuração (AAP, 2001), o que acaba por limitar a distinção dicotômica exata entre desenvolvimento normal e anormal (BODAS, 2009).

As perturbações do desenvolvimento surgem, neste contexto, como um espectro de problemas de tipo e complexidade/níveis variados, passíveis de comprometer o desenvolvimento global e rendimento funcional do indivíduo em diferentes áreas cognitivas, acadêmicas e sociais. (ABDA, 2015; DSM-V, 2013; BRUNO, 2006)

Neste quadro conceitual, o TDAH exhibe um padrão comportamental particular, que surge na infância e se manifesta por níveis inapropriados ao desenvolvimento, de desatenção, de impulsividade e de hiperatividade (HEILIGENSTEIN *et al.*, 1999) e segundo ABDA (2015) trata-se de um transtorno neurobiológico de causas genéticas reconhecido oficialmente pela Organização Mundial da Saúde - OMS por meio da Classificação internacional de Doenças - CID -10.

O TDAH está associado a custos elevados em pesquisas da farmacologia e a desfechos negativos para a sociedade em geral, que envolvem comprometimento acadêmico: abandono, absenteísmo, reprovações, suspensões e até expulsões (ERTHAL, *et al.*, 2016).

1 A versão do DSM-V – Manual de Estatística e Diagnóstico de Transtornos Mentais, parâmetro internacional de diagnósticos na temática – teve sua quinta edição lançada no Congresso de Psiquiatria em São Francisco/EUA em maio de 2013, e esta passa a ser utilizada em publicações substancialmente, portanto, somente a partir de 2014, com poucas alterações para a condução do diagnóstico de TDAH, que serão apresentadas neste estudo.

2 Metilfenidato - estimulante do grupo dos anfetamínicos. Principais indicações TDAH em crianças, depressão no idoso e narcolepsia, sonolência excessiva. Efeito dura quatro horas. (Informações retiradas da bula.

Porém, desde 2009 paira um dilema entre os estudiosos da área: o pai científico do TDAH (AD/HD no original) o psiquiatra Eisenberg (JALOWITZKI, 2014) afirmou que a influência de predisposições genéticas para o TDAH - ao invés de fatores de risco sociais/ambientais - foram vastamente superestimadas: um em cada dez meninos de 10 anos de idade já toma um medicamento TDAH diário (AD/HD no original da entrevista); e que ele seguia a explosão de prescrições atuais mundiais, com crescente horror. Isto foi dito sete meses antes de falecer em uma entrevista com 87 anos, em 2009, para o jornal alemão *Der Spiegel*³. O cerne da entrevista teria sido que Eisenberg era contrário à supervalorização da ideia de que uma criança tem TDAH desde o nascimento, o que significa na prática o conceito de que algumas crianças nascem muito agitadas e “problemáticas”, diferentemente de seus pares, questionando claramente a supremacia da predisposição genética.

O próprio Eisenberg acrescenta que um psiquiatra infantil deve tentar determinar as razões psicossociais originárias do problema de comportamento de determinada criança. Condição *sine qua non* seria a verificação se há problemas com os pais, discussões familiares, separação conjugal, problemas com a escola, dificuldade para se adaptar e a motivação disto.

A literatura conceituada na atualidade traz identificadas as características, denominadas nucleares da TDAH e que compõem uma tríade sintomatológica típica: elevados níveis de: i) atividade/agitação motora (hiperatividade); ii) impulsividade e iii) desatenção (HEILIGENSTEIN *et al.*, 1999; GAUB; CARLSON, 1997), muito embora não sejam completamente compreendidos os déficits neuropsicológicos, que obstruem a completa expressão da potencialidade dos sujeitos, está clara a implicação desta perturbação em nível executivo.

Ainda que as estimativas da prevalência mundial da TDAH sejam muito heterogêneas, os dados apontam que esta afete entre 3 a 5%-7% das crianças em idade escolar (APA, 2002),

A literatura atualizada consultada traz que sujeitos com TDAH podem ter déficits de memória operacional e manutenção da atenção, se comparados a sujeitos sem o transtorno; comprovados apenas por exames clínicos – pois não há um *locus* da perturbação em nível neurológico - como: déficits de memória operacional, de velocidade psicomotora, de vigilância e de controle inibitório, demonstrando a impulsividade como um dos grandes fatores de risco para desfechos negativos, que envolvem comportamento disruptivos e transtorno do uso de substâncias, dependência de

internet, maior comprometimento acadêmico entre crianças e adolescentes com o transtorno, por exemplo (ERTHAL, *et al.*, 2016; COUTINHO, MATTOS; MALLOY-DINIZ, 2009).

Em suma, vale apontar que as características clínicas são demarcadas por diferentes níveis de comprometimento/severidade dos sintomas; pesquisas atuais mostram o transtorno de oposição desafiante e o transtorno de conduta como as comorbidades mais comuns e graves do TDAH, podendo quase sempre ocorrer simultaneamente (MIRANDA; COELHO, 2016).

3.2 Discussão

Os autores consultados alegam que existe muita heterogeneidade e incertezas nos grupos de sintomas e idealizações interpretativas.

Portanto, estudo leva a crer no TDAH como um conjunto sintomático provocado por fatores exógenos e, em alguns casos, talvez associados a alguma predisposição genética. Isto, posto com base:

Na declaração do “pai científico do TDAH”, seu identificador nos anos 1960 (com o nome “reação hiperkinética da infância”), Leon Eisenberg, sete meses antes de falecer aos 87 anos, dado ao já referido jornal alemão *Der Spiegel* em 2009.

No trabalho de uma pediatra, pesquisadora e professora da UNICAMP, Maria Aparecida Moyses (2011), com base em suas palavras em uma entrevista em 2011: “Se tem tanta gente deprimida ou desatenta, temos que entender que elas estão sendo produzidas pelo modo que a gente vive. Nunca se tomou tanto remédio e nunca houve tantas pessoas doentes. Isso não pode estar certo. O que eles fazem é uma biologia de um corpo morto, de um cérebro sem vida, sem afeto, isolado do meio em que vive”;

Em Marilene Proença, psicóloga e membro do Instituto de Psicologia da USP, que claramente se opõe a ABDA, dizendo o TDAH não existe. O que existe são crianças diferentes, com formas de aprender diferentes. Algumas são mais focadas, outras mais dispersas. Não há um padrão de aprendizado e que nenhum medicamento no mundo daria conta da complexidade que é o processo de atenção e aprendizado da criança, que envolve afetividade, desejo, representações que a criança cria;

Em uma pesquisa que envolveu cerca de seis mil crianças e jovens, de 4 a 18 anos, efetuada em 16 Estados brasileiros e mais o Distrito Federal em 2012, realizada em coautoria por Ricardo Santana, neurologista e Doutor em Ciências Médicas pela USP, na qual alcinha a TDAH como a “doença da moda” e traz resultados impressionantes: só 23,7% das 459 crianças

3 Semanário alemão *Der Spiegel* (O Espelho) - Dr. Eisenberg é apresentado na reportagem original, na Alemanha, em 2009, como o “pai do TDAH”, o texto relata que entrevista, na ele afirma que o TDAH é um excelente exemplo de uma doença fictícia. No entanto, quando se permite considerar os caprichos da tradução do idioma alemão para inglês e lê a declaração no contexto, o Dr. Eisenberg não estava afirmando que o TDAH não é um transtorno real, mas sim que a influência de predisposições genéticas para o TDAH (em vez de fatores de risco sociais/ambientais) foram vastamente superestimadas: Um em cada dez meninos de 10 anos de idade já toma um medicamento TDAH diária. *Der Spiegel* teria seguido a explosão de prescrições mundiais, com crescente horror. Leon Eisenberg assumiu a gestão da psiquiatria no prestigiado Massachusetts General Hospital em Boston e se tornou um dos psiquiatras mais famosos do mundo. Ler mais em <http://www.snopes.com/politics/quotes/adhd.asp#zXF3PAwvRjxOX7LC.99>

com diagnóstico realmente tinham o transtorno; e segundo os critérios do manual DSM-IV, das 128 que tomavam remédios para tratá-lo, somente 27,3% tinham efetivamente o problema.

Um dos principais grupos de pesquisa em TDAH, o MTA – *Multimodal treatment Study of Children with ADHD* (TDAH) em 1999 iniciou estudos multicêntricos para comparar o tratamento medicamentoso com o tratamento comportamental; ao todo foram 579 crianças nos mais diversos tratamentos como: terapia comportamental, apenas medicação, terapia combinando ambas e apenas cuidados na comunidade (não tratamento formal), sendo que as terapias combinadas e medicamentosas tiveram os melhores resultados em relação às demais. Porém, a terapia combinada tem uma vantagem em relação à medicamentosa devido ser a que mais apresenta continuidade, adesão e satisfação dos familiares e população alvo (MIRANDA; COELHO, 2016).

Em 2008, as pesquisas do NANI – Núcleo de Atendimento Neuropsicológico Infantil testou tratamentos combinados e isolados usando: medicação, TCC, treino de atenção, treino de memória operacional e intervenção familiar, cujos resultados apontaram para diminuição de sintomas e, principalmente, nos comportamentos ansiosos/depressivos, de quebras de regras e de agressividade (MIRANDA; COELHO, 2016).

No Brasil, o estudo de Bellé e Caminha (2005), o único estudo de intervenção encontrado no país, segundo Miranda e Coelho (2016), avaliaram a eficácia da TCC – terapia cognitivo comportamental sem uso de remédios para o TDAH (constituiu-se em um estudo quase-experimental com vinte crianças, incluindo dezessete sessões com os sujeitos, nove com os pais e comunicação com os professores). O resultado da pesquisa foi redução da maioria dos sintomas, alterações positivas nas condutas dos pais, e na redução das queixas da escola.

Em 2009, Fabiano e colaboradores apontam, claramente, para eficácia de tratamentos comportamentais para TDAH, estimulando a divulgação de pesquisas que aperfeiçoem e melhorem o envolvimento da comunidade, da escola e dos profissionais da saúde envolvidos como resultado de uma metanálise (síntese estatística de 174 trabalhos entre estudos, teses e capítulos de livros) (MIRANDA; COELHO, 2016).

Vale ressaltar que não há um marcador biológico que

identifique a “doença” TDAH, apenas é possível fazer o diagnóstico clínico, baseado em análise do cotidiano, no caso de crianças e jovens, confirmando com os pais e professores as presenças da tríade sintomatológica típica: elevados níveis de atividade/agitação motora (hiperatividade), impulsividade e desatenção.

Há um projeto de lei institucionalizando o diagnóstico e o tratamento de TDAH nas escolas, que foi aprovado no Senado Federal, apresentado pela comissão CSSF – Comissão de Seguridade Social e Família, tendo sido aprovado o parecer por unanimidade nas comissões: CE – Comissão de Educação em 2013; na CFT - Comissão de Finanças e Tributação em 12 de agosto de 2015; faltando apenas a última comissão, a CCJC – Constituição, Justiça e Cidadania, na qual o projeto deu entrada em 14 de agosto de 2015.

Segue a título de ilustração, na íntegra, o referido projeto de lei, cuja última tramitação em meados de 2016 foi sem manifestação contrária pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania - CCJC, cujo projeto segue sem emendas e com prazo expirado para fazê-las:

Art. 1º O Poder Público deve manter programa de diagnóstico e tratamento de estudantes da educação básica com Dislexia e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

Art. 2º O diagnóstico e o tratamento de que trata o art. 1º devem ocorrer por meio de equipe multidisciplinar, da qual participarão, entre outros, educadores, psicológicos, psicopedagogos, médicos e fonoaudiólogos.

Art. 3º As escolas de educação básica devem assegurar às crianças e aos adolescentes com dislexia e TDAH o acesso aos recursos didáticos adequados ao desenvolvimento de sua aprendizagem.

Art. 4º Os sistemas de ensino devem garantir aos professores da educação básica cursos sobre o diagnóstico e o tratamento da dislexia e do TDAH, de forma a facilitar o trabalho da equipe multidisciplinar de que trata o art. 2º.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor em 1º de janeiro do ano subsequente ao de sua publicação. Acesso em 10 out 2015. (BRASIL, 2010).

Estas fortes evidências listadas anteriormente, estimularam a montagem da entrevista semiestruturada que foi respondida por três psicólogas dentre as cinco atuantes na cidade de Luziânia, interior de Goiás, distante 50 Km de Brasília/DF, cujos resultados estão no Quadro 1.

Quadro 1: Resultado entrevista com Psicólogas sobre TDAH/ Luziânia /GO, 2015

Participante	Clientela	Tempo de atuação	Pacientes Atuais (N)	Recebem apoio psicopedagógico	Medicação
1	Crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, em situação de acolhimento Institucional	3 anos	3 – entre 11 e 13 anos.	Não	Sim, Ritalina.
2		10 anos	12 pacientes, com diagnose de Neuropediatra; faixa etária - 06 e 09 anos. Queixas: agitação, dificuldade de concentração agressividade, baixo rendimento escolar	Não	Sim, Ritalina.
3	Muitos chegavam com a queixa de TDAH, mas poucos foram realmente diagnosticados;	10 anos	3 pacientes. A faixa etária que mais procura é entre 6-10 anos e a principal queixa é hiperatividade.	Em geral não recebem apoio psicopedagógico	S i m , Ritalina.

Fonte: Dados da pesquisa.

Vale ressaltar que as respostas das psicólogas entrevistadas para este estudo, demonstram o caminho profissional que se elege diante da questão: não que se ignore o fato de existirem sintomas denominados de TDAH, porém a causa ainda é desconhecida, e a fácil medicalização está longe de parecer algo imparcial e ideal, do ponto de vista daquele que o toma, considerando, principalmente, a saúde e a qualidade de vida.

Destacam-se abaixo as respostas das três psicólogas participantes, quando questionadas acerca da sua posição sobre o uso de medicação para pacientes com TDAH:

Entrevistada 1 (três anos de profissão): “Acredito que antes de tudo, cada caso diagnosticado com TDAH deve ser criteriosamente estudado, como é a vida dessa criança? Quais são os tipos de estímulos que ela recebe? Como é a escola dessa criança? Essa criança recebe carinho, atenção de seus pais? Como é o ambiente familiar? Essa criança tem fome? Essa criança tem amigos? Tudo isso deve ser questionado, pois muitas dessas perguntas revelam um motivo para criança não conseguir concentrar-se e que, muitas vezes, são ignorados por médicos. A medicação é importante, mas, não só ela.”

Entrevistada 2 (10 anos de profissão): “Acho que medicação traz grandes prejuízos à saúde da criança e só está mascarando o que está por trás da agitação toda, é cômodo para os pais e para a escola a criança estar “dopada” e “obediente”, porém um dos casos que atendi a criança teve um problema no fígado devido ao uso da Ritalina e precisou suspender a medicação e a meu ver não trouxe mudança em seu comportamento, conseguiu tirar boas notas na escola assim mesmo, é apenas uma criança ansiosa.”

Entrevistada 3 (10 anos de profissão):

Sou a favor da medicação só quando realmente é necessária, muitos tomam sem necessidade e como todo medicamento faz bem p/ uma coisa mal p/ outra. Houve uma “banalização” da Ritalina, muitos são medicados sem nenhuma necessidade.

4 Conclusão

Todas as questões/dúvidas/certezas ora postas neste estudo, tanto a favor da medicalização do TDAH, quanto de suas supostas causas de origem genética/bioquímica e cerebral, quanto a causas socioambientais de nuances macrosociológicas, bem como a falta de exames e bases diagnósticas objetivas, para firmar uma posição ou outra são, todas elas, de um lado ou de outro, meras hipóteses, teorias.

Muitos profissionais, especialmente, de outros ramos da medicina, questionam a causa, o diagnóstico, o tratamento com remédios e a utilização do transtorno como justificativa para desempenhos fracos na escola. Alguns, mais radicais, duvidam até da própria existência do TDAH, enquanto fato clínico.

Conclui-se dizendo que, nesta lacuna, sedenta de respostas, aberta entre uma posição e outra, ambas as autoras - a primeira, enquanto psicóloga institucional do IFG de Luziânia/GO; a segunda experiente por trinta anos em inclusão, deficiência e dificuldades de aprendizagem- se inscrevem como educadoras

e crentes na potencialidade do jovem, sobretudo e apesar deste também fazer parte da sociedade de consumo e imediatista a que se reduz a sociedade.

Referências

- AAP - American Academy of Pediatrics. Committee on children with disabilities. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics*, v.108, n.1, p.192-196, 2001.
- APA - American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4a Lisboa: APA, 2002).
- ABDA. *Associação Brasileira do Déficit de Atenção*. 2015. Disponível em: <http://www.tdah.org.br/> Acesso em: 5 out. 2016.
- BELLÉ, A.H.; CAMINHA, R.M. Grupo-terapia cognitivo comportamental em crianças com TDAH: estudando um modelo clínico. *Rev. Bras. Ter. Cogn.*, v.1, n.2, p.103-114, 2005.
- BODAS, A.R.S. *Meta-análise - relação entre perturbação de hiperatividade com déficit de atenção e rendimento neuropsicológico*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal, 2009.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Saberes e práticas da Inclusão*. Introdução. Educação Infantil. Brasília: MEC/ Secretaria de Educação Especial, 2006.
- BRASIL. Senado Federal. 2010. Projeto de Lei 7081 - *Dispõe sobre o diagnóstico e o tratamento da dislexia e do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade na educação básica*. Acesso em 10 out 2015. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=472404>
- BRONFENBRENNER, U. *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- BRUNO, M.M.G. *Educação infantil: saberes e práticas da inclusão: introdução*. Brasília: MEC, 2006.
- COUTINHO, G; MATTOS, P; MALLOY-DINIZ, L.F.; Neuropsychological differences between attention deficit hyperactivity disorder and control children and adolescents referred for academic impairment. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.31, n.2, p.141-144; 2009. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000200011>.
- ERTHAL, P. *et al.* Transtorno do Déficit de Atenção por Hiperatividade: aspectos neuropsicológicos e de neuroimagem e sua relação com a vida real. In: SALLES, J.F.; HAASE, V.G.; MALLOY-DINIZ, L.F. *Neuropsicologia do desenvolvimento: infância e adolescência*. Porto Alegre, Artmed, 2016.
- GAUB, M.; CARLSON, C. L. Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *J. Abnormal Child Psychol.*, v. 25, n. 2, p.103-111, 1997.
- HEILIGENSTEIN, E. *et al.* Psychological and academic functioning in college students with attention deficit hyperactivity disorder. *J. Am. College Health*, v.47, n. 4, p.181-186, 1999.
- JALOWITZKI, M. *TDAH: crianças que desafiam*. Porto Alegre: Pallotti, 2014.
- MIRANDA, M.C.; COELHO, L.F. Intervenção neuropsicológica no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: SALLES, J. *et al.* *Neuropsicologia do desenvolvimento: infância e adolescência*. Porto Alegre, Artmed, 2016.
- MOYSES, M.A. *Entrevista a revista TRIP*. 2011. Disponível em: <http://revistatrip.uol.com.br/revista/203/reportagens/geracao-ritalina.html> Acesso em: 5 out. 2016.