

SOCIEDADE INTERNACIONAL DE PSICANÁLISE DE SÃO PAULO

CURSO DE DOUTORADO LIVRE EM PSICANÁLISE

RONALDO JOSÉ DE MENEZES

JOSÉ SAMUEL TEIXEIRA DANTAS

TDAH E AUTISMO UMA ANÁLISE PSICANÁLITICA

CARUARU-PE

2023

**RONALDO JOSÉ DE MENEZES
JOSÉ SAMUEL TEIXEIRA DANTAS**

TDAH E AUTISMO UMA ANÁLISE PSICANÁLITICA

**Tese apresentada à Banca Examinadora do
Curso de Doutorado Livre em Psicanálise da
Sociedade Internacional de Psicanálise de São
Paulo para efeito de conclusão de curso e título de
Doutor em Psicanálise.**

Orientadora: Prof.^a Rejane Maia

CARUARU-PE

2023

MENEZES Ronaldo José, 1971

DANTAS, José Samuel Teixeira, 1979

TDAH E AUTISMO UMA ANÁLISE PSICANÁLITICA – Ronaldo José de Menezes e José Samuel Teixeira Dantas.

65f. : Il color.: 30cm

Orientador: Prof. Dr. Edson Pintor

Trabalho de Conclusão de Curso de Doutorado em Psicanálise – Sociedade Internacional de Psicanálise de São Paulo.

- 1- Introdução. 2-Entendendo TDAH. 2.1-Surgimento do TDAH. 2.3-Sintomas do TDAH. 2.4-Diagnóstico do TDAH. 2.5- Tratamento para TDAH. 2.6-Medicamentos. 2.7- Prevalência do TDAH. 2.8- Mitos Referentes ao TDAH. 2.9- TDAH ou indisciplina?
 - 2.9.1- Tratamento do TDAH na escola. 2.9.2- Formas de Encaminhamento.
- 3- Relação entre TDAH e Autismo. 3.1 – Diferença entre síndrome de Asperger e Autismo, ou Autismo com alto grau de funcionamento. 3.2 – Quais os sintomas do autista? 3.3 – Quais são as suas causas? 3.4 – Semelhanças entre os sintomas do Autismo e TDAH. 3.5- As crianças com TDAH. 3.6- Tendências compartilhadas entre autistas/TDAH Infantil.
 - 3.7- Autista na fase adulta.

SOCIEDADE INTERNACIONAL DE PSICANÁLISE DE SÃO PAULO
CURSO DE DOUTORADO LIVRE EM PSICANÁLISE

TDAH E AUTISMO UMA ANÁLISE PSICANÁLITICA

RONALDO JOSÉ DE MENEZES
JOSÉ SAMUEL TEIXEIRA DANTAS

Data: ____ / ____ / 2023

Banca Examinadora

Presidente: _____
Professor Dr.

1º Examinador: _____
Professor Dr.

2º Examinador: _____
Professor Dr.

3º Examinador: _____
Professor Dr.

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a todas as pessoas que estão próximas de nós as quais consideramos as mais importantes em nossas vidas, eu Ronaldo José de Menezes dedico: minhas irmãs Maria Renailda de Menezes e Maria Aparecida de Menezes Vieira, meu sobrinho Wallysson de Menezes Vieira e meu cunhado Luiz Cícero Vieira. Eu José Samuel Teixeira Dantas dedico: minha mãe Inês Teixeira da Silva e irmãos. A todos citados nesta dedicatória dedicamos as nossas vidas e todos os nossos profissionalismos diante desse novo desafio.

HOMENAGEM POSTUMA

Eu Ronaldo José de Menezes, dedico aos meus pais tão queridos Sebastião José de Menezes e Josefa Antônia da Conceição que sempre estiveram presentes na minha vida demonstrando ser excelentes pais, amigos e companheiros em todas as horas que mais precisei. Obrigado papai e mamãe por se tornarem para mim os meus anjos da guarda e minha base, pois sei que onde estejam estarão orando por mim e por toda a sua família, livrando-nos de todos os males e nos dando força para progredir nessa vida terrestre. Agradeço a todo o momento pelo dom da vida que me concederam e pela educação familiar, colegial e universitária que me foram dadas.

Eu José Samuel Teixeira Dantas, dedico ao meu eterno e sempre amado pai Acácio Paulino Dantas e as minhas tias, destaco aqui Maria Argentina Dantas e Eronice Dantas e a todos os desencarnados que direto ou indiretamente fizeram parte do meu círculo fraterno e de minha formação humana.

A todos os professores

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos docentes e funcionários do curso de Doutorado da Sociedade Internacional de Psicanálise de São Paulo por transmitir segurança e dedicação no decorrer do curso para que nós pudéssemos elaborar este trabalho de grande relevância para a conclusão do curso.

"Ousamos tudo que possa vir em nossa vida, pois se formos determinados nada nos abaterá e sim conquistaremos novos horizontes. " (Ronaldo Menezes)

RESUMO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é considerado pelos educadores um fator preocupante, principalmente na fase escolar. Caracterizado pelos sintomas de desatenção, impulsividade e hiperatividade, afeta de 3 a 5% das crianças. É um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Apesar de não existir cura, sua manifestação tende a diminuir com a idade e com o uso de medicação. Quando a criança inicia seu contato com a leitura e escrita, é necessário que mantenha sua atenção e concentração sustentada, a fim de que os objetivos pedagógicos possam ser alcançados. Este trabalho teve como principal objetivo a pesquisa bibliográfica para o conhecimento de educadores, gestores, médicos, pediatra, psicólogos e psicanalistas sobre o TDAH. Foram realizados vários estudos bibliográficos cujas fontes foram relevantes, cada tópico abordado considerando-se a importância desse conhecimento para atuação profissional dos educadores para que possam assim ajudar aos familiares a lidar com o assunto tratado minimizando a problemática. Concluímos que, apesar do professor não ter conhecimento teórico suficiente para discorrer com propriedade sobre o TDAH e Autismo, sua prática escolar lhe permite observar, analisar, levantar hipóteses e adaptar sua metodologia independente do que o sistema lhe oferece; possibilitando que esse aluno tenha suas diferenças respeitadas e seja realmente incluído na sala de aula dentro de um convívio social prazeroso e confortável. A conclusão apresentada acima pode gerar condutas diferenciadas, condutas estas que dependerá da implicação do educador, que poderá estar de acordo com o discurso médico ou com a construção educacional.

Palavras-chave: Transtorno do déficit de atenção / hiperatividade – autismo-psicanálise – discente – docentes.

ABSTRAT

The Deficit Disorder Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is considered by educators a worrying factor, especially during school. Characterized by symptoms of inattention, impulsivity and hyperactivity, affects 3-5% of children. It is a neurobiological disorder, genetic causes, which appears in childhood and often accompanies the individual throughout his life. Although no cure exists, its expression tends to decrease with age and with the use of medication. When the child starts his contact with reading and writing, it is necessary to keep your attention and sustained concentration, so that the educational objectives are achieved. This work has as main objective the literature to the knowledge of educators, managers, physicians, pediatricians, psychologists and psychoanalysts about TDAH. Several bibliographical studies whose sources were relevant, each topic approached considering the importance of this knowledge for professional practice of educators to help the family so to give you with the subject matter minimizing the problems were conducted. We conclude that although the teacher did not have enough time to discuss with property on ADHD and Autism theoretical knowledge, their school practice allows you to observe, analyze, hypotheses and adapt their methodology regardless of what the system offers; enabling this student has met their differences and be really included in the classroom within a pleasant and comfortable socializing. The conclusion presented above can generate different behaviors, these will depend on the involvement of the educator, who may be in accordance with the medical discourse or the educational pipeline construction.

Keywords: Disorder Attention deficit / hyperactivity disorder - autism-psychoanalysis - student - teacher.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASRS	Adult Self Report Scale
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças (na sigla em inglês).
CID	Classificação Internacional de Doenças
DCM	Disfunção Cerebral Mínima
DDA	Distúrbio do Déficit de Atenção
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais
QI	Quociente de Inteligência
QIE	Quociente de inteligência executivo
QIV	Quociente de Inteligência verbal
SA	Síndrome de Asperger
SSS	Sujeito, suposto, saber
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
TEA	Transtornos do Espectro Autista
TGD	Transtornos globais do desenvolvimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/tratamento.html
Figura 2	http://bebefeliz.com/files/2012/04/0116.gif
Figura 3	http://lougeempreendedor.com.br/wp-content/uploads/file/louge-empendedor-amor-a-vida2.jpg .
Figura 4	http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a14.pdf
Figura 5	http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/diagnostico-adultos.html
Figura 6	http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/diagnostico-criancas.html
Figura 7	http://universoautismo.blogspot.com.br/2012/02/sintomas-e-caracteristicas-comuns-do.html
Figura 8	http://universoautismo.blogspot.com.br/2012/02/sintomas-e-caracteristicas-comuns-do.html

SUMÁRIO

1. Introdução.....	15
2-. Entendendo TDAH	17
2.1 Surgimento do TDAH.....	19
2.2. Sintomas de desatenção / hiperatividade e impulsividade.....	21
2.3. Diagnostico do TDAH.....	22
2.4. Tratamento para TDAH.....	25
2.5. Medicamentos.....	26
2.6 Prevalência do TDAH.....	30
2.7 Mitos referentes o TDAH.....	31
2.8 TDAH ou indisciplina?.....	32
2.9 Tratamento do TDAH na Escola.....	35
2.9.1 Formas de Encaminhamento.....	37
3. Relação entre TDAH e Autismo.....	40
3.1- Diferença entre síndrome de Asperger e Autismo, ou Autismo com Alto Grau de funcionamento.....	41
3.2 Quais os sintomas do Autista?	43
3.3 Quais as suas causas?	44
3.4 Semelhanças entre os sintomas de Autismo e TDAH.....	44
3.5 As crianças com TDAH.....	44
3.6 Tendências compartilhada entre Autistas / TDAH infantil.....	45
3.7 Autismo na Fase Adulta.....	46
Conclusão.....	48

Referências	50
Anexo 1.....	54
Anexo 2.....	55
Anexo 3.....	56
Anexo 4.....	57
Anexo 5.....	58
Anexo 6.....	59
Anexo 7.....	60
Anexo 8.....	61

1- INTRODUÇÃO

Dentro da realidade do espaço do professor que é a sala de aula, a permanência de um aluno com TDAH é assiduamente acompanhada de perturbações e desconforto, onde pode levar ao professor a adotar e criar atitudes autoritárias e punitivas dentro do trabalho pedagógico na forma desagradável e penoso. O professor vai se identificando e apresentando grande interesse pelos seus alunos de ajuda-los e que sejam respeitadores de regras, para que só assim possam participar das tarefas em sala e com o convívio com os demais colegas. Mas lembrando de que diante de tudo isso deve tratar com estado restritivo nos que não seguem as devidas instruções passadas pelo professor. Do qual para que tudo flua bem o ambiente escolar, a criança com TDAH poderá ser rotulada como: lenta, relaxada, incompetente, desinteressada, inquieta, agressiva, bagunceira ou realmente problemática, o que poderá comprometer o aprendizado.

Sam Goldstein e Goldstein (1994) descrevem que durante a idade escolar a pessoa com TDAH apresenta baixo rendimento, dificuldades no âmbito emocional e de relacionamento com os demais amigos de sala. Os sintomas são o que tornam as crianças muito mais vulneráveis ao fracasso nas áreas que são de suma importância para o desenvolvimento dentro do celeiro escolar e no relacionamento com os demais colegas. Já para Bromberg (2002) diz que ao ter ciência do conhecimento das dificuldades que ocorrem dentro do seio familiar com portadores de TDAH, é possível que o professor inicie um entendimento com atitudes aos pais, dessa mesma forma os pais poderão se sensibilizar e se abrir com a situação gerada pelo professor, onde eles terão a plena dificuldade de externar à problemática que o aflige por ter um filho com TDAH, dessa forma o deixará forte para superar e poder ajudar o filho. Daí o professor começa a externar as dificuldades que a criança tem na escola, objetivando e criando várias situações fazendo com que ambos professores e pais possam compreender que deverão ser parceiros diante dessa situação. Lembrando que deverá culpar o comportamento do aluno, pois o principal objetivo de todos os envolvidos no processo educacional é o de proporcionar um futuro de qualidade para essas pessoas com TDAH, mantendo um excelente relacionamento familiar e escolar. O portador de TDAH, é inteligente, criativo e intuitivo,

mas não consegue realizar todo o seu potencial em função do transtorno que tem 3 características principais: desatenção, impulsividade e hiperatividade (ou energia nervosa). Tem dificuldade em assistir uma palestra, ler um livro, sem que sua cabeça, ou melhor, seu pensamento fique voando para bem longe num turbilhão de pensamentos. Comete erros por falta de atenção a detalhes, faz várias coisas simultaneamente, ficando com vários projetos, tarefas por terminar e a cabeça remoendo todos os “tenho que”. Quando motivado e/ou desafiado, tem uma hiperconcentração. Tem dificuldade de organizar-se tanto internamente (mil pensamentos e ideias ao mesmo tempo). A impulsividade domina seu comportamento. Pode falar, comer, comprar, trabalhar, ficar em salas de bate papo da internet, beber, jogar... compulsivamente. Fala e/ou faz o que lhe vem na cabeça sem pensar se é adequado ou não, podendo causar muitos estragos. Costuma ser impaciente, irritadiço, “pavio curto” e com alterações de humor. Muda com facilidade de metas, planos é comum ter mais de um casamento ou relacionamento estável.

O TDAH como já se sabe é um transtorno neurobiológico crônico, em sua grande maioria de origem genética. Apesar do TDAH atingir até 6% da população, é até hoje muito desconhecido, inclusive por muitos profissionais da saúde, que tratam apenas de suas conseqüências. A falta do diagnóstico e tratamento correto gera imenso prejuízo na vida profissional, social, pessoal e afetiva do indivíduo sem que ele mesmo saiba o porquê. Sem um tratamento adequado, outros distúrbios vão se associando (comorbidades), a autoestima fica cada vez mais comprometida, e a pessoa vai se isolando do mundo, sentindo-se muitas vezes como um estranho.

2- ENTENDENDO TDAH

Por denominação o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade TDAH é a nomenclatura da concordância de ideias apresentadas em 1994, pelo Manual diagnóstico e estático de desordens mentais da DSM IV, pela Associação Psiquiátrica Americana, descrevendo problemas caracterizados pelos sintomas de distúrbio de atenção, hiperatividade e impulsividade.

O que foi citado logo acima parece ser um conceito mais seguro, apesar de vários especialistas no assunto (BARKLEY, 2002; BENCZIK, 2000; RODHE & MATTOS et al.,2003) que afirmaram com segurança, amplitude, consideravelmente tempo e processo de pesquisas, seus aspectos problemas da entidade que continuam debilitando a elevada forma confiante diagnosticamente apontada. “A fragilidade do TDAH tem por costume surgir indiretamente, dentro da necessidade que afirma como tal” (LIMA, 2005, p.72). Observando alguns dos transtornos mais bem pesquisados com sua avaliação superior à maioria dos transtornos mentais e de muitas condições médicas, de acordo com a Associação Médica Americana (GOLDMAN et al apud ROHDE & MATTOS et al, 2003). Evidenciando como questão não solvida mais pertinaz uma vez que é inveterado, e comum na fase da infância, sendo uma das justificativas hodierna para encaminhamento aos serviços especializados (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996, p.19-20: ROHDE & MATTOS et al, 2003, p.12).

Esses relatos são repetidos estereotipadamente em leituras destinadas aos especialistas e educadores que tentam afirmar o TDAH como entidade neurológica que merece tratamento. Surgindo como se a exposição médica fosse indefinida e a única a ter direito ao estatuto de veracidade científica (LIMA,2005, p.73). Esse mesmo relato, todavia, nos mostra de modo constante sua impossibilidade quando nos referimos à história da doença, a diagnose, á superioridade ao tratamento e principalmente à sua responsabilidade. Assim, de acordo com o que foi dito, a descrição mais prudente do TDAH é o de tornar saliente a sua tríade assintomática.

De acordo com Rita Nelson (2002), subsisti dificuldades em dar sentido ou formar conceitos acerca do TDAH, uma vez que trata de uma forma concreta, porém clínica de

natureza de modo aparente muito variada, o que tem a sua justificação mediante o fato de não se saber com exatidão o que pertence a essa categoria, havendo maior consenso nos sintomas do que a própria causa.

Vários autores asseguram (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996; HALLOWELL & RATEY, 1999; NELSON, 2002) que o obstáculo e a complexidade da diagnose, por não existirem medição ou os famosos testes específicos. A diagnose é baseada no critério da veemência e persistência dos sintomas que são comuns a pouco menos, no destino da vida em seus portadores e em sua compilação de informações referentes ao envolvimento do TDAH. Um diagnóstico precisamente neurológico realizado em bases subjetivas e com os critérios que acentuam diferencialmente através dos observadores, causando significadamente confusões para a compreensão do assunto tratado.

Tal enleio surge na diversidade dos transtornos, evidenciando como uma resultante das variabilidades metodológicas dos estudos (GOLFETO & BARBOSA, 2003, p. 15-16) e no estudo do TDAH, não-havendo, para esta última, uma causa definida e sim várias outras possíveis causas diante de vários estudos, porém, ainda existem causas ainda não definidas e sim desconhecidas. (BENCZIK, 2000 a; KAPLAN & SADOCK, 1997; RAMAN et al., 2003). Conforme declaração de Benczik (2000 a, p. 30), “temos mais hipóteses do que a própria certeza sobre o assunto”. Do qual está em ponto de vista o tratamento, pois, afinal, como tratar, com efeito, o que se desconhece como causa? Pergunta essa que surge uma polêmica e abre um leque para várias formas de tratamento. O ato de não reconhecer etiologicamente é indicado como justificativa para várias tentativas sucessivas de categorizar e entender essa síndrome que é de natureza tão desvanecedora e complicada, história essa que pode tornar-se evidente mediante todas as transformações de nomenclatura (NELSON, 2002).

Para o Dr. Russel Barkley, que é conhecido como sendo a maior autoridade no assunto tratado, a respeito da incerteza da entidade, que declara ainda: “[...] mesmo que o transtorno TDAH esteja em meios dos transtornos psicológicos infantis mais estudados/pesquisados, ainda assim há muito que pesquisar pelo visto é interminável sabemos que cada ser humano age de uma forma diferente mesmo sendo com o mesmo transtorno. O TDAH continua mal-entendido havendo controversa nas mentes do público e das autoridades da educação” (BARKLEY, 2002, p.15).

2.1 – Surgimento do TDAH

Sabemos que o TDAH é uma nomenclatura surgida precisamente no ano de 1990, que com essa descoberta tem uma vasta história ao longo dos anos onde tiveram período de observação dos sintomas referente a esse tipo de transtorno (Transtorno de déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH).

De acordo com Cypel (2001) onde ele afirma que para as crianças hiperativas e ainda por cima desatentas sempre existiu na fase da terra, onde foram constituídos grupos conhecidos por demonstrarem alterações diversificadas de comportamento.

Já Benezik (2000) relata que nas grandes civilizações nas quais eram feita as alusões dessa problemática no período da infância, era observado pelo médico grego Galeno que foi um dos primeiros a prescrever ópio para as pessoas que tinham impaciência bem como prescrevia também para as cólicas da fase infantil. Os primeiros surgimentos referenciais à hiperatividade dentro do conceito da medicina surgiram no decorrer do século XVIII, porém em 1902, o médico pediatra de origem inglesa por nome George Frederick Still descreveu o quadro clínico bem minuciosamente e lhe foi dado nome de “Defeito na conduta moral”. Still ordenou de antemão, de acordo com as condições médicas, as condutas infantis que eram procuradas para tratamento como, por exemplo: “maus comportamentos. (LIMA, 2005). Dessa forma ele foi cada vez mais estudando as crianças que de qualquer maneira tenham sido criadas em ambientes correspondentes ao que se desejava, apresentavam ser incapazes para interiorizar regras, onde eram indisciplinadas, agressivas, inquietas, impulsivas, desatentas e voluntariosas. Porém observou-se também que, nos ambientes que eram satisfatórios, tinha vários membros da família que foram diagnosticadas patologias psiquiátricas como, por exemplo, o alcoolismo, a depressão ou o próprio quadro de comportamento que era visivelmente revelado pelas crianças, que levava a hipótese da hereditariedade genética. Já o próprio Still acreditava que as mencionadas crianças não podiam ter o seu ajustamento e que deveriam ser institucionalizadas como idade precoce (BENCZIK, 2000; HALLOWELL & RATEY, 1999; LEITE, 2002; LIMA, 2005).

No período de 1917 e 1918, depois do surgimento de uma grande pandemia de encefalite, foi investigado e diagnosticado que as crianças atingidas transpareciam como seqüela, hiperatividade, desatenção e impaciência. Diante desse fato foi denominado por

Holman, em 1922, de “Desordem pós-encefálica”, que teve contribuição reforçando a suposição de uma plena causa biológica para os distúrbios de conduta infantis (LIMA,2005). Várias outras contribuições para essa diagnóstica hipótese, foram os experimentos de Charles Bradley no ano de 1937, que pela forma medicamentosa estimulantes nas crianças comovidamente perturbadas e a chegada da segunda guerra mundial, do qual essa última contribuição como grande conseqüência e um leque de prejuízos cerebrais, que foram resultando em comportamentos de inquietação, desatenção e de inúmeras impaciências. Todos esses casos que em seu apogeu de categoria de “Lesão cerebral mínima” por Strauss e Lehtinem em 1947, que, num raciocínio inverso, tinham a certeza que as crianças que desenvolvia a hiperatividade, desatenção e alterações comportamentais, deveriam ter algum tipo de lesão no cérebro (BENCZIK, 2000; LIMA, 2005; MOYSÉS & COLLARES 1992).

No decorrer do ano de 1962, as suposições de lesão cerebral não haviam se confirmado e, depois uma grande reunião de cientistas promovida pela “Spastic Society”, em Oxford, Londres, com o intuito de promover a concordância de idéias referente a situação do tema, foi alterado a denominação de “disfunção cerebral mínima” (DCM). Dessa forma, se configurou que o comprometimento cerebral não se tratava de lesão e sim de disfunção (BENCZIK, 2000; CYPEL, 2001; LIMA, 2005). O modo DCM estava ligado a uma grande falta de rigor, uma vez que abraçava um leque diversificado de manifestações clínicas. A criança que era diagnosticada, mantinha a sua inteligência intacta com os distúrbios de aprendizagem e / ou comportamental em diversos graus, nivelado a esses desvios de funcionamento do sistema nervoso central. Sendo esses desvios que se manifestavam mediante o déficit da percepção, conceituação, linguagem, memória e do controle de atenção, dos impulsos ou da função motora.O interesse eram hipotético e diversos, porém todos com conseqüências funcionais, e não anatômicas para o cérebro. De acordo com o espaço escolar oferecido pela instituição de ensino, pode surgir uma variedade de incapacidades na aprendizagem que podem ser consideradas as mais importantes manifestações dessa nosológica (LEFEVRE, 1978; LIMA, 2005; MOYSÉS & COLLARES 1992).

Nesse âmbito em que se descreveu configura-se um acontecimento histórico de imensa importância, individualizada para a pesquisa, uma vez que a DCM ofertou o grande encontro entre neurologia e escola. Dessa forma entendemos que o neurologista

clínico passa a adentrar num local que não era o seu hodierno e passa a intervir nas questões surgidas na aprendizagem, atenção, linguagem, que vai dando sua característica de discretas alterações juntamente às atividades nervosas superiores e tendo como cobertura a forma terapêutica medicamentosa (CYPEL, 2001; LIMA, 2005; MOYSÉS & COLLARES 1992).

Mediante a compreensão do DCM, que o TDAH originou-se dos EUA, difundiu-se espetacularmente na área médica e no meio dos leigos, entre 1960 e 1970. Tudo isso mediante as causas histórico-sociais, na medida que o surgimento e a aceitação foram rápidos do diagnóstico de DCM foram com concomitância as formas dos abalos dentro dos valores da vida social americana, principalmente dentro da classe média, no final da década de 1960, dessa forma se fixou os conflitos sociais e a minoria das disfunções biológicas, difundindo-se um processo de biologização da sociedade. No ano de 1987, o DSM III recuperou a ênfase na hiperatividade onde foi alterado o nome para “Distúrbio de Hiperatividade com Déficit de Atenção” (BENCZINK, 2000a). Por fim em 1990 ficou definitivamente a nomenclatura que hoje a temos como “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade” (TDAH) e teve sua divisão em três subtipos, um predominantemente desatento, outro hiperativo-impulso e um terceiro, o combinado. Segundo Barkley (2002, p. 13), outra linha de pesquisa realizada nos anos 90 só fortaleceram que o TDAH como um problema genético do controle inibitório, uma desordem da auto regulação.

2.2 – Sintomas de desatenção/hiperatividade e impulsividade

A hiperatividade se apresenta através de alguns comportamentos como: agitar as mãos ou os pés remexer-se na cadeira, abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações que das quais se espera que permaneça sentado, correr em momento inoportuno, falar demais e em hora inadequada, dificuldade para brincar ou ficar em silêncio em atividade de lazer, parecendo estar totalmente elétrico com pilhas novas. Os sintomas de impulsividade que, em geral são observados juntamente com a hiperatividade, são: dificuldade em aguardar a sua vez (seja em fila e hora de falar), falar antes de a outra pessoa ter concluído à fala, interromper conversa dos outros. Já os sintomas de desatenção

apresenta-se na dificuldade de prestar atenção em detalhes, cometer erros por descuido em atividades escolares, não conseguir acompanhar as instruções principalmente as longas, não conseguir organizar suas tarefas por simples que seja, perder com facilidade as coisas, distrair-se no geral com facilidade. Todas essas características estão listadas no Manual Estatístico e Diagnóstico das Desordens Mentais. Para Barkley relata que:

É um transtorno de desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com períodos de atenção, com o controle de impulso e com o nível de atividade. (BARKLEY,2002, p. 35).

Para que o médico possa diagnosticar os sintomas se faz necessário observar, ler e entender para ajudar as pessoas que nos procuram a levar uma qualidade de vida melhor perante a sociedade que ainda tem um imenso leque de discriminação, diante de tudo isso nós enquanto sociedade esquecemos que pode acontecer algo igual ou semelhante dentro da nossa própria família que também é sociedade independente do nível socioeconômico, pois quando surge alguma doença ou distúrbio não surge apenas para os de classes baixa,média ou alta e sim para todos os filhos de Deus que convive e compõem uma sociedade.

2. 3 – Diagnostico do TDAH

Para que possamos entender um pouco o diagnóstico do TDHA refletimos um pouco do pensamento de Benzick que nos mostra:

A característica essencial no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mas freqüente e severo do que aquele tipicamente observado em crianças da mesma idade que estão no nível equivalente de desenvolvimento. (BENZICK, 2002, p. 25).

O TDAH se define por características de comportamento observável que incluem duração curta de atenção, distração, fácil, impulsividade e de hiperatividade. Para o diagnóstico deve-se levar em consideração o nível de intensidade dos sintomas e do grau associado de comprometimento funcional. Inicia-se na infância e, embora os sintomas observados mudem em quantidade e qualidade ao longo do desenvolvimento, a maioria dos indivíduos com TDAH continua a apresentar algum sintoma na idade adulta. Para que se obtenha um diagnóstico clínico do TDAH, é necessário avaliar os critérios do DSM-5 a CID-10 (Organização Mundial de saúde, 1993). O Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais, o DSM-5 em 2013, determinou o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, utilizando como critérios dois grupos de sintomas de mesmo peso para diagnóstico: a desatenção e a hiperatividade/impulsividade. A forma de diagnóstico do TDHA é um processo de múltiplas facetas, pois pede uma avaliação ampla. Dessa forma enfatizamos também que não podemos deixar de considerar e avaliar outras causas para o problema, assim precisamos estar atento à presença de outros sintomas.

Para que tudo isso aconteça se faz necessário uma avaliação aprofundada para examinar o desenvolvimento da criança ou do adolescente para que, na existência do transtorno, avalie a extensão do problema para que inicie o tratamento específico. A hiperatividade infantil exige uma abordagem interdisciplinar para ser diagnosticada e para que essa diagnose aconteça com sucesso se faz necessário um profissional competente que deve ser conhecedor do desenvolvimento normal da criança ou adolescente. Normalmente é um neuropediatra, neurologista ou psiquiatra desde que tenha especialidade sobre as características da hiperatividade infantil. Essa avaliação se dá através de uma entrevista com o paciente, pais/responsáveis e professores, para que só assim possa dar início ao máximo de coleta de dados, analisando minuciosamente todas as informações para detectar os sintomas do TDAH.

Barkley (2002) quando iniciava sua entrevista com pais, perguntava sobre o desenvolvimento da criança em relação à saúde física, às habilidades sensoriais e motoras, à linguagem, o pensamento, o intelecto, suas conquistas, à forma da capacidade da autoajuda como o tomar banho, se vestir, seu comportamento perante a sociedade, o fator emocional e todo o sistema relacional familiar. Quando o transtorno se manifesta em um adolescente, se torna possível realizar perguntas que se relacione à percepção sobre o comportamento, se estiver consciente de que tem dificuldades em sua casa ou na própria

escola, o que ele pensa sobre seus pais, sua própria escola, seus amigos, e o que ele está realizando para que no seu dia a dia possa conseguir lidar com os problemas gerados. Diante desses vários problemas citados se faz necessário que realize um exame clínico para que possa ser evidenciados a possibilidade dos problemas ou auditivos, ou outro problema que possa ser diagnosticado no âmbito neurológico, e vários outros sintomas que tenha relacionamento com o TDAH.

Sabemos que nos tempos atuais não existem exames laboratoriais de valor diagnóstico para o TDAH e exames radiológicos devem ser evitados em crianças que tenham TDAH. É afirmativo que o diagnóstico através dos critérios do DSM-IV, com testes, (WISC, Cambraia, Toulouse), de observação direta, onde visa um diagnóstico global que inclui habilidades cognitivas gerais, bem como o raciocínio verbal, abstrato, visual, memória e atenção. “a ausência de sintomas no consultório médico ou psicológico não exclui o diagnóstico” (BENCZIK, 2002,p.60). Durante o período avaliativo o profissional também formula possíveis recomendações de tratamento, que serão apresentadas junto ao diagnóstico.

O hipofuncionamento do córtex pré-frontal tem características que podem estar presentes em pessoas isto é com TDAH:

- Dificuldade de concentração;
- Distração;
- Dificuldade de ouvir;
- Falta de controle dos impulsos;
- Desorganização;
- Tendência ao adiamento de tarefas;
- Sonhar acordado;
- Falta de perseverança;
- Tendência a executar várias tarefas ao mesmo tempo, deixando muitas inacabadas;
- Falha na organização de tempo e espaço-dificuldade de planejamento;
- Problemas de memória em curto prazo;
- Dificuldade para lidar com regras sociais;
- Falhas de julgamento, interpretações errôneas;

- Dificuldade em expressar os sentimentos;
- Ansiedade crônica;
- Tédio, apatia e falta de motivação;
- Hiperatividade;
- Dificuldade em aprender com a experiência.

2.4- Tratamento do TDAH

Há vários tipos de tratamentos para portadores de TDAH um deles é baseado na terapia para todos, mesmos que alguns estudiosos cuidadosos indiquem particularidades do famoso pacote terapêutico que consiste na prescrição medicamentosa para estimular o paciente ou o uso de antidepressivos, de terapia cognitiva comportamental e de orientação, ou seja, de treinamento familiar e escolar. Existem lacunas nas hipóteses das causas dos transtornos, contradições se alojam entre qualquer profissional envolvido, mas mesmo assim não impede o tratamento com medicamentos.

A aquisição de estimulantes para crianças foi um grande marco na psicofarmacologia infantil, para os efeitos terapêuticos de anfetaminas no tratamento de crianças com as alterações em seus comportamentos (CORREIA FILHO & PASTURA, 2003). Não se deve concluir um diagnóstico de TDAH simplesmente porque houve melhora dos sintomas pelo lado medicamentoso. Parece reverter o processo aceito pela medicina, onde consiste o aceite pela medicina na busca do tratamento, após vários estudos que delimitaram a etiologia e, conseqüentemente, o diagnóstico (MOYSÉS & COLLARES, 1972^a). Os psicofármacos que usamos no tratamento de TDAH intervêm em metabolismos dos neurotransmissores, onde estimula parte do cérebro que são responsáveis pela inibição e pelo autocontrole do comportamento. São resultados de altos índices favoráveis, onde cerca de 70 a 90% dos portadores apresentam melhoras com a medicação (DUPAUL & CONNOR, 2002; CORREIA FILHO & PASTURA, 2003).

Os acervos da medicina mostram que o uso de medicamentos não satisfaz as necessidades terapêuticas de quem é portador de TDAH. A medicação é concebida como importante onde é considerada a correlação do custo e benefício. Estudiosos na área advertem sobre a importância dos cuidados médicos na hora de prescrever o tratamento

medicamentoso. Mediante Silva e Rohde que relata não a existência de portadores de TDAH::

Sem comorbidades que não respondem bem aos estimulantes, e com transtornos ansiosos, transtornos de Tourette, entre outras, que apresentam melhoras significativas com outros fármacos. Os antidepressivos tricíclicos são medicações indicadas como segunda opção para o tratamento do TDAH e devem ser utilizados somente depois de pelo menos dois estimulantes diferentes terem sido testados ou em casos de comorbidades específicas. (SILVA E ROHDE,2003,p.175).

Sabemos que esse transtorno não é benigno, seus problemas são sérios, pois ele pode ser o grande responsável pelo aumento da mortalidade e da morbidade, e diante de vários prejuízos na vida social, familiar e escolar do portador, inclusive é um obstáculo a sua independência. Todos os portadores desse transtorno estão vulneráveis a acidentes, a deixar os estudos, a insucessos no trabalho, gravidez precoce, a doenças sexualmente transmissíveis, a multas de trânsito, a conflitos matrimoniais e a depressão. Temos informações que menos da metade das pessoas com TDAH estão em tratamento principalmente as crianças que com a ignorância de informações dos pais por não procurar ajuda deixam as crianças crescerem com esse transtorno. Existe ameaça mediante o fato de não tratar medicamentosamente o transtorno é a sua associação ao uso de drogas. Consideradamente como comorbidade, o abuso de substâncias psicoativas como automedicação por parte dos portadores de TDAH em busca de efeitos que os deixem calmos. Diante desse fato surgiu polêmica que tem mobilizado pesquisas onde acreditam que o uso de medicamentos durante o tratamento de TDAH leva a dependência e ao grande risco de abuso de drogas, dessa forma o TDAH não tratado com estimulantes coloca o portador vulnerável a esse risco.

2.5- Medicamentos

O uso de medicamentos para portadores de TDAH ainda é discutido por estudiosos que comprovaram que as medicações podem ajudar as crianças que possuem o transtorno a se manterem mais atentas, a serem mais sociáveis e a deixarem sobressair suas habilidades, pelo fato de conseguirem fazer as suas atividades com mais concentração. O tratamento medicamentoso para eles é primordial, a psicoterapia é uma

das alternativas para ser tentada antes do uso dos medicamentos, ela pode estar indicada com o objetivo de diminuir as conseqüências do TDAH na vida do indivíduo. A psicoterapia seja qual for o tipo dela não interfere nos sintomas primários do TDAH (desatenção, hiperatividade e impulsividade), ela ajuda nos sintomas chamados secundários (as conseqüências dos sintomas primários na vida do indivíduo como dificuldades de relacionamento e desorganização). A psicoterapia não é trata as causas do TDHA . Muitos pacientes necessitarão da psicoterapia em função de uma multiplicidade de problemas em diferentes áreas da vida.

Sabemos que não são todas as crianças que respondem bem à medicação, pois ela apresenta alguns efeitos colaterais como a diminuição do apetite, diminuidores da velocidade do crescimento, perda de peso, insônia, cefaléia e dores abdominais. Pode também ocorrer que estimulante como metilfenidato (ritalina), antidepressivos tricíclicos, clonidina (droga usada para tratar hipertensão em adultos) pode ajudar paciente com TDAH. O metilfenidato, também conhecido como ritalina, tem ajudado os pacientes a controlar a inquietude, a manter a atenção, e atua como inibitório, favorecendo o relacionamento social.

Os estimulantes têm a função de aumentar o nível de atividade do cérebro, principalmente na área responsável pela inibição do comportamento e manutenção da atenção. Esses estimulantes ativam certas substâncias químicas no cérebro, algumas atualmente comprovadas como a noradrenalina e a dopamina, concentrando essas substâncias a região frontal. O Tratamento do TDAH deve ser multimodal, ou seja, uma combinação de medicamentos, orientação aos pais e professores, além de técnicas específicas que são ensinadas ao portador. A medicação, na maioria dos casos, faz parte do tratamento. O tratamento com fonoaudiólogo está recomendado em casos específicos onde existem, simultaneamente, Transtorno de Leitura (Dislexia) ou Transtorno da Expressão Escrita (Disortografia). O TDAH não é um problema de aprendizado, como a Dislexia e a Disortografia, mas as dificuldades em manter a atenção, a desorganização e a inquietude atrapalham bastante o rendimento dos estudos. É necessário que os professores conheçam técnicas que auxiliem os alunos com TDAH a ter melhor desempenho. Em alguns casos é necessário ensinar ao aluno técnicas específicas para minimizar as suas dificuldades. Conforme informação abaixo referente aos medicamentos para tratamento do TDAH informamos outros medicamentos que ainda não existem no Brasil:

Focalin – um “derivado” do metilfenidato (na verdade, uma parte da própria molécula); Daytrana – um adesivo (para colocar na pele) de metilfenidato; Dexedrine – uma anfetamina (Dextroanfetamina); existe a formulação de ação curta e de ação prolongada; Adderall – uma mistura de anfetaminas; existe a formulação de ação curta e de ação prolongada.

OBS: Os tratamentos acima descritos possuem caráter meramente informativo e não substituem a consulta ao seu médico de confiança.

Para podermos ter um entendimento dos resultados medicamentosos se faz necessário compreender que: O [TDAH](#) não é considerado uma doença, assim não se pode falar em cura. Uma doença é um estado do corpo, causado por uma situação ou agente específico, que pode ser eliminado para que se retorne ao estado inicial. O TDAH é uma síndrome - [um conjunto de sintomas, com causas múltiplas, incluindo fatores neurobiológicos, pessoais e ambientais](#).

Quando se usa medicação, seu efeito é provisório - permanece pelo tempo que a substância estiver no organismo. Quando o efeito do remédio acaba, todos os sintomas retornam. Se a escolha pelo tratamento é baseada exclusivamente em [drogas psicoestimulantes](#) (o caso da Ritalina), não há perspectivas em abandonar a droga. Ou seja, um tratamento com remédio - ritalina ou outro - é um tratamento para o resto da vida. Esta é a principal razão pela qual muitas pessoas são contra a alternativa medicamentosa - há o desejo de libertar-se, a si ou a seus filhos, de um tratamento com droga psicotrópica sem prazo para terminar. A medicação normalmente traz um efeito de curto prazo e bastante eficaz. Entretanto, ela não ensina nada à pessoa – quando seu efeito acaba, tudo volta ao estado inicial. Várias alternativas, como o [Neurofeedback](#), a [Psicoterapia Comportamental-Cognitiva](#) e o [Coaching Comportamental](#) levam a ganhos permanentes, pois envolvem processos de aprendizagem e, desta forma, preparam a pessoa para lidar melhor com as limitações do TDAH ou até mesmo a superá-las. É preciso ressaltar que o fato da medicação produzir efeitos limitados não significa que ela não deva ser usada como parte de um plano de tratamento, quando corretamente indicada. Significa, antes, que qualquer modalidade de tratamento deve levar em conta tanto o alívio dos sintomas quanto a necessidade de desenvolver novas competências, habilidades e padrões de comportamento.

Para melhores resultados, os tratamentos devem levar em conta as deficiências e necessidades específicas do caso, aliando formas de educação, treinamentos e terapias, além

de medicação. Considerar apenas o fator orgânico - cerebral - normalmente leva à frustração e à desistência do tratamento. De acordo com Aristides Volpado relata que:

É bem estudado em crianças com mais de 6 anos de idade. Administrar a dose imediatamente antes das situações mais críticas de dificuldades de atenção ou hiperatividade, como, por exemplo, antes de ir a escola. (ARISTIDES, 2011,p.226).

Diante de todos os custos e riscos apresentados pela literatura médica, a medicação mostra-se uma medida que é rápida e viável para lidar com o portador de TDAH. No livro de Barkley (2002), influente literatura recomendada a pais e educadores, todos os questionamentos contrários à imediata são tratados como “mitos”, situados na oposição ao saber científico que pertence aos que acreditam nos consensos médicos. No Brasil, o metilfenidato (Ritalina de ação curta – 4h) é a droga mais conhecida, embora já tenha outra mais recente, os demais metilfenidato tem suas ações prolongadas da seguinte forma: (Ritalina LA – 8h e Concerta de 12h). Essas são drogas estimulantes que tem venda controlada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a ANVISA; porém, a mídia revela que, em apenas quatro anos, de 2000 até 2004, a venda dessas drogas aumentou 940%, os dados são do Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos e são confirmados pela ANVISA. Segundo Stiglitz (2006) que questiona:

O uso de metilfenidato que, descoberto na década de 1940 tem multiplicado assustadoramente seu consumo, mesmo sem apresentar evidências claras da relação entre intervenção neuroquímica e seus efeitos clínicos. O autor cita uma publicação inglesa – New Scientist de 28/11/1998 que relata ser o uso da Ritalina um dos fenômenos farmacêuticos mais extraordinários de nosso tempo. (SITIGLITZ, 2006, p.37).

A literatura medicinal relata o aumento do uso de psicotrópicos, principalmente o metilfenidato, mas diz que isso se deve a maior informação diagnóstica do transtorno que mais acomete a infância, como justificativa desse aumento, o fato dessas drogas serem perigosas e não viciarem, além de terem mínimos efeitos colaterais. Ouvimos falar sobre os efeitos colaterais do tratamento medicamentoso por alguns especialistas como leves e graves. Efeitos esses como: anorexia ou perda de apetite, insônia, ansiedade, irritabilidade, emocional, cefaléia e dores abdominais. Em menor frequência observam-se alterações de humor, tiques, pesadelos, isolamento social e, raramente, psicose. Existe também informações de outros efeitos colaterais do metilfenidato em longo prazo, como: perda de peso, desaceleração da curva de crescimento, alterações cardiovasculares e uso abusivo do

fármaco. Entendemos também a importância da terapia cognitivo-comportamental ser uma escolha no geral, esse tipo de terapia busca um controle e uma mudança de comportamentos via reforço educativo. A criança com TDAH é trabalhada para reorganizar e reestruturar a própria vida internamente e externamente, mas a importância dos pais é muito importante durante o tratamento.

2.6- Prevalência do TDAH

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, mediante o DSM-5, intercorre em diversas culturas, e o seu índice de percentual da prevalência tem variação mediante a forma como é feito o diagnóstico. A prevalência descrita para esse transtorno depende de vários fatores, inserindo a população, métodos de avaliação, os critérios de diagnósticos empregados e a fonte de informação utilizada pelos especialistas para poder medicar e acompanhar o paciente vendo o grau de positividade e o retorno desejado de quem procura ajuda.

Conforme DSM-IV, é difícil realizar um diagnóstico em crianças menores de 4 ou 5 anos, pois, normalmente, para essas crianças, não se exigem situações em que elas precisem ficar por muito tempo com a atenção prolongada. O grau de superioridade de o TDAH estar estimada em 3% a 5% entre as crianças na idade escolar. No âmbito dos especialistas sabemos que existem pouquíssimos dados sobre a prevalência na adolescência e na idade já adulta. Outro diagnóstico que nem todo mundo sabe que esse tipo de transtorno é muito mais frequente no sexo masculino, podendo ter a prevalência de 4 a 9 meninos para uma menina. O esclarecimento de uma incidência maior em meninos do que em meninas é pelo fato deles serem mais encaminhados para tratamento do que as meninas, por apresentarem mais problemas de conduta, pois o sexo feminino aduz mais falta de atenção do que a hiperatividade propriamente dita. Segundo Rodhe e Mattos (2003, p.79), “Nota-se que o tipo com que prevalecem os sintomas de desatenção é mais frequente no sexo feminino e parece apresentar com o tipo combinado, um índice mais elevado do grau de comprometimento acadêmico”.

Os autores que foram citados, Rodhe e Mattos(2003), esclarecem que, normalmente os pais não tem conhecimento sobre o transtorno e desdenham a prevalência. Mediante essas informações os educadores, geralmente cifram o número de crianças com

TDAH na idade escolar em torno de 15% a 20%, independente do sistema escolar e do nível socioeconômico.

2.7- Mitos sobre o TDAH

Mediante a Associação Brasileira de Déficit de Atenção, foram levantadas inúmeras questões sobre o TDAH, do qual muitas não foram confirmadas. Acreditava-se que corantes conservantes e excesso de açúcar propiciavam crianças com TDAH; porém nenhum comprovou haver ligação com o transtorno. Feingold (apud BARKLEY, 2002, p.94) descreve que a metade de todas as crianças hiperativas está relacionada ao fato de comerem alimentos contendo aditivos e defensivos químicos. Do qual essa teoria não foi comprovada Barkley(2002). Defendeu sua teoria de que o portador de TDAH era decorrente de um problema no sistema vestibular e em suas funções do cérebro, afetando o equilíbrio, o senso de gravidade e a posição da cabeça. Samuel Goldstein e Bárbara Ingersoll concluíram, seguramente, que a teoria não é consistente com o que se sabe sobre o TDAH(BARKLEY, 2002,p.94).

Barkley (2002) relata que Willian Crook, pediatra e alergista, foram defensores da teoria dos fungos. :Acreditava, assim, como Feingold, que aditivos e outros produtos químicos de alimentos poderiam contribuir para os problemas dos fungos e, conseqüentemente, o TDAH, porém sua teoria não foi comprovada. Benzick (2002, p. 33), relata que:

No início da década de 70, um pesquisador pensou na possibilidade de que a radiação proveniente das lâmpadas fluorescentes pudesse ter alguma influência no comportamento das crianças na sala de aula. Estudos bem feitos mostraram que aquela idéia não tinha sentido. Na atualidade, as investigações cobrem um amplo e interessante campo que vai desde aspectos bioquímicos até neurológicos e neuropsicológicos. (BENZICK.2002,p.33).

O conhecimento acerca do TDAH tem sido circunvalado de idéias falsas, desprovidas de embasamento científico. A ciência, pesquisa pelo conhecimento da natureza, onde se faz exigência de alguns critérios usando de inflexibilidade para assegurar que um determinado acontecimento seja uma verdade científica. Diante dessas informações não podemos pensar que as informações científicas são definitivas. Neste caso sabemos que elas são passageiras, pois crescem à medida que os instrumentos e

métodos e técnicas de observação também se desenvolvem e que os fenômenos observados também se transformam. Vale salientar que diante de algum fato isolado e que foi caso de observação, não se deve apressadamente inferir que o fato antecedente gerou o fato posterior até que várias repetições do fenômeno em circunstância iguais que tenham se reiterado, e que se estabelece um vínculo lógico entre os acontecimentos surgidos. Deve ficar visivelmente para os pais e docentes que o simples fato de identificar um comportamento hiperativo em uma criança não é o suficiente para se diagnosticar o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e, pelo menos para que só assim possa recomendar um tratamento medicamentoso.

2.8- TDAH ou indisciplina?

O ponto proposto da indisciplina é uma das dificuldades encontradas pelos professores dentro da sala de aula, onde na maioria das vezes causa stress nas relações interpessoais. Ela está ligada à falta de respeito e à falta de limites de cada criança. Segundo o dicionário Ferreira (1999), o termo disciplina pode ser definido como:

Regime de ordem imposta ou livremente consentida. Ordem que convém ao funcionamento regular de uma organização (militar e escolar). Relações de subordinação do aluno ao mestre ou ao instrutor. Observância de preceitos ou normas. Submissão a um regulamento. E, disciplinar é ato de sujeitar ou submeter à disciplina, fazer obedecer, acomodar, sujeitar, corrigir. Procurou disciplinar o instinto selvagem da criança. E ainda, disciplinável como “aquele que pode ser disciplinado”. (FERREIRA 1999; p.595).

A indisciplina alusiva ao procedimento, que é o ato ou dito de forma contrária à disciplina como: desobediência, desordem, rebelião segundo Ferreira (1999;p.85). A indisciplina na escola poderá estar ligada unicamente à falta de limites, ao não cumprimento das regras pré/estabelecidas, nas condições ofertadas para uma aprendizagem. Se define também segundo La Taille (2002;p.60), por uma “[...] ação moral executada pelo sujeito e que está em desacordo com as leis impostas construída coletivamente, tendo o indisciplinado sua consciência ou não deste processo de elaboração. Distingue como lúcido reflexo de uma grande indisciplina social. Diante dessas informações, é fundamental uma ação de parceria com vários segmentos que estão

comprometidos com a vida plena de todos e para todos. Se faz necessário superar o clima de guerra gerado muitas vezes no ambiente escolar.

A razão que as crianças são frutos de suas relações, é importante estabelecer limites para elas. A palavra “limite” tem um grande peso para elas, pois é muito usada nas salas de aulas e os professores relatam “[...] essas crianças não tem limites” ou “[...] os pais não dão limites dentro de casa.” Este desejo de “limite” ou de “implantar limites” é deixar claro para às crianças o que não é proibido e o que é proibido ou o que pode fazer e o que não pode fazer. “O limite remete a idéia de fronteira, de linha que separa certos territórios, e também tem o significado daquilo que pode ou deve ser transposto segundo o autor” (La Taille 2002;p.12). Há alguns pais que não se preocupam com nenhum problema que o filho venha a ter, só as mães mais preocupadas que relatam: não tem qualquer apoio do marido, que nega tudo e continua a insistir que TDAH não é uma desordem real. "O que a criança precisa", insisti-o, "é uma mão de ferro!" Ele, como ocorre com muitos pais, tinha dificuldade em admitir o fato de que seu filho não era como todo mundo.

Sabemos que os limites devem ser constituídos dentro das relações, à medida que surgem várias situações se apresentam. Segundo La Taille (2002 p.42), “Uma boa educação deverá estimular a criança a transpor seus limites, seja aqueles próprios de sua idade, para se tornar o adulto, seja aqueles de seu desempenho para aperfeiçoá-lo e dar o melhor de si”. Fixar limites valorizando a disciplina é essencialmente importante para uma forma positiva do relacionamento social e pedagógico dentro da escola e fora dela. Para Zagury (2001) relata:

Bater nos filhos para que eles se comportem. [...] Fazer só o que [...] pai ou mãe, querem ou estão com vontade de fazer. Ser autoritário [...], deixar de explicar o porquê das coisas, apenas impondo a lei do mais forte. Gritar com as crianças para que ela atenda. Deixar de atender as necessidades reais [...] dos filhos, porque você está cansado. Invadir a privacidade a que todo ser humano tem direito. Provocar traumas emocionais [...].(ZAGURY, 2001, P. 56).

A criança, ao longo de seu desenvolvimento, necessita de atenção, de ser ouvida, compreendida e esclarecida sobre seu comportamento perante a sociedade, Sabemos que a criança precisa ser ensinada desde cedo a estabelecer limites, para que, quando estiver envolvida nas relações sociais, saiba aprender a perder, a esperar e entender situações. A falta de limites, a indisciplina são fatores que contribuem para as dificuldades de

aprendizagem e relacionamento social dentro da escola, pois geram obstáculos entre professor e aluno. Dentro da socialização, a criança se defronta com questões de ordem emocional, afetiva e intelectual. (Stoner; Dupal, 2007).

A ausência de informações sobre o que realmente seja a hiperatividade leva a escola a cometer grandes erros quanto aos métodos que utiliza tanto no diagnóstico quanto no modo de lidar com essas crianças, pois diagnosticar o TDAH não é tão simples, requer uma observação minuciosa que, na maioria das vezes, começa nos primeiros anos de vida e se estende pela fase adulta. Escolas e professores que tem esse desafio de terem crianças com TDAH precisam urgentemente se adaptar a realidade do seu hodierno as suas peculiaridade, modificando a estrutura da sala de aula e de suas lições de modo que o ambiente possa ficar mais tranquilo. O portador de TDAH tanto na vida acadêmica da criança quanto em sua vida social (Mattos, 2003, p. 111). Algumas pessoas podem ter esses sintomas, mas isso não quer dizer que elas são portadoras do TDAH. Para ser considerada hiperativa, a pessoa precisa apresentar alguns dos sintomas já citados com certa frequência. A criança portadora do TDAH não é preguiçosa e muito menos incapaz, a criança tem sua inteligência na faixa normal para a sua idade. Infelizmente, sabe-se mais sobre o que não causa o TDAH do que sobre as reais causas do transtorno. Se o diagnóstico TDAH estiver a luz as realidade, ou seja, se existe desatenção, hiperatividade e impulsividade que causam problemas significativos na escola, no ambiente familiar, no trabalho e no convívio social com outras pessoas em geral, isso significa que a criança é portadora de TDAH. (Barkley, 2002).

A identificação da indisciplina nos alunos é complexa, e depende do contexto em que estão inseridos. Pode ter origem em um descontentamento da criança com o meio (Garcia, 2008) ou até mesmo num desconhecimento de normas (La Taille, 2002). Há também de se ressaltar a questão da falta da construção adequada da moral da criança. Em um contexto construtivista, a indisciplina pode ser vista como uma falha na formação moral da criança. A criança tem na família a primeira fonte de educação e aprende com ela através de imitações, conforme expõe Gasparin:

Fica evidente, desta forma, que antes de a criança se apropriar de um conhecimento, de um conteúdo, de um conceito, eles são apropriados segundo uma determinada forma que lhe é passada por outra pessoa. Isto é, o primeiro passo do ensino e da aprendizagem é a imitação. (GASPARIN, 2002,p.88).

No contexto atual, e por fatores socioeconômicos, é comum que pais e mães trabalhem fora de casa e tenham cada vez menos tempo para cuidado de seus filhos, fator esse que prejudica a criança em todo segmento seja escolar, alimentar, saúde e principalmente no fator psicológico. Estes acabam ficando cada vez mais tempo de atenção de terceiros no tempo reduzido que tem contato com seus pais (geralmente à noite), acabam encontrando-os em estado de estresse, agitação e irritação motivada pelo dia de trabalho. A indisciplina e a agressividade constituem um desafio para os docentes, representam um dos principais obstáculos ao trabalho pedagógico, demonstrando a ausência de regras e limites por parte da criança. Necessitando de uma postura compartilhada em relação à disciplina, investindo-se na prevenção dela. O ideal é que a escola funcione em espaços e tempos geridos com critérios adequados à participação e ao diálogo entre os alunos e, destes, com os professores. O problema deve ser contextualizado a fim de analisar as suas causas e favorecer a mobilização de ações alternativas.

2.9- Tratamento do TDAH na escola

O tratamento de crianças com TDAH requer muito esforço coordenado entre os profissionais das áreas: médicas, saúde mental, psicopedagoga, psicologia, em conjunto com os pais. Essa combinação de tratamentos oferecidos por diversas fontes é denominada intervenção multidisciplinar. É possível relatar algumas ações de intervenção, tais como:

- a) O acompanhamento e o esclarecimento aos pais e ao adolescente quanto à natureza do TDAH e o desenvolvimento de estratégias e formas de controlar o comportamento, com um programa pedagógico adequado para cada indivíduo;
- b) Acompanhamento na escola;
- c) Aconselhamento individual e familiar quando necessário, para evitar o aumento de conflitos na família;
- d) Uso de medicação, quando necessário.

A interação entre os pais, responsáveis, a escola/professor é fundamental para o tratamento de TDAH, respeitando as diferenças da criança, reforçando os pontos fortes e

superando os pontos fracos. Sendo necessário à disposição das necessidades da criança. O início do tratamento deveria ser precoce. Acontece que a maioria dos familiares protela muito o tratamento por preconceito e por razões culturais, ou por simplesmente ignorância. De qualquer maneira, os pacientes acabam procurando um médico, geralmente um neurologista, quando a professor reclama do rendimento escolar. Portanto, em geral, o tratamento começa por ocasião da idade escolar. A principal questão no tratamento é o reconhecimento e a aceitação da família quanto a essa necessidade; não só para o bom desenvolvimento da criança, mas também para maior conforto dos pais e para a socialização adequada do paciente. (Stoner; Du Paul,2007).

De acordo com a associação Brasileira de Déficit de atenção, “O tratamento do TDAH envolve alguns aspectos complementares entre si”. O transtorno tem causa biológica e sofre forte influência genética. Dentro do referencial cognitivo comportamental para o tratamento do TDAH, os principais elementos técnicos utilizados fazem uma distinção entre abordagens cognitivas e comportamentais em abordagens mistas para o tratamento das patologias na área da saúde mental de crianças e adolescentes. (Stoner; Du PAUL, 2007).

Outras pesquisas e respostas dos pesquisadores estão relacionadas ao fato de o aluno com TDAH não respeitar regras ou não ter paciência. Sobre isso, Rodhe e Mattos afirma explicam:

Os sintomas de impulsividade, que em geral, são observados em coexistência com os de hiperatividade, a dificuldade em guardar a vez (por exemplo, em filas), a emissão de resposta sem que o interlocutor tenha terminado a pergunta e a interrupção das conversas dos outros. (RODHE E MATTOS, 2003, p. 77).

O metilfenidato, medicamento indicado para o tratamento do TDAH, pode ter alguns efeitos colaterais. Segundo (Rodhe e Mattos, 2003, p. 168), ele pode causar anorexia, insônia, ansiedade, irritabilidade, labilidade emocional, cefaleia e dores abdominais. E com menor frequência poderá ocasionar alteração de humor, tiques, pesadelos e isolamento social. A medicação deverá ser observada quando se é ingerida pela criança para verificar se a dose diária está compatível com a necessidade da criança, bem como se interfere no seu processo de aprendizagem.

Sabemos que a criança traz muitas falas de fora da escola, em vários momentos durante a aula, ou durante a fala do professor. As características do DSM – 5 confirmam essa afirmação, sendo uma das características a impulsividade. Dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas, tem dificuldade para guardar sua vez e intromete-se ou interrompe as outras pessoas e assim eles vão se desenvolvendo dentro da sua própria maneira de ver e ouvir as coisas.

2.9.1 – Formas de Encaminhamento

Também é de suma importância para este trabalho bibliográfico identificar os procedimentos dos professores e de outros profissionais quando observam que um aluno parece apresentar as características de TDAH. O aluno com TDAH é encaminhado para a direção da escola, esta encaminha para o psicólogo e este chama os pais e normalmente encaminha para um neurologista. Com alguma pequena variação, esse parece ser o procedimento básico que acontecem nas escolas; é o que podemos observar nas falas dos professores que vão para a direção, expondo os pais, para que investiguem se realmente tem esse diagnóstico que a escola suspeita, com os médicos e psicólogos. A equipe gestora tem um acompanhamento com o professor, que vai até o setor pedagógico (coordenação), chama os pais e encaminha para o psicólogo da escola ou o da família ou se não tiver plano de saúde para um do posto de saúde.

Todo esse cuidado demonstrado pelos sujeitos envolvidos mostra em conformidade com a explicação dada por Benczik que:

O objetivo da avaliação diagnóstica do TDAH não é de qualquer forma rotular crianças, mas sim avaliar e determinar a extensão na qual os problemas de atenção e hiperatividade estão interferindo nas habilidades acadêmicas, afetivas e sociais das crianças, e na criação e no desenvolvimento de um plano de intervenção. (BENCZICK, 2002, p. 55).

Para se investigar uma criança com TDAH, ela deve se enquadrar na definição descrita no Manual Estatístico e Diagnóstico das Desordens Mentais – DSM – 5. Principalmente, devemos investigar a própria criança, os pais e a equipe multidisciplinar (psicólogo, professor, psicopedagogo e médico). Pode acontecer que alguns pais, por não

terem a informação do que seja o DAH, acreditem que seu filho é desinteressado, preguiçoso e não se interessa para nada, e culpam o professor ou a própria escola pelos insucessos escolares do seu filho. Segundo Benzick (2002), a partir do momento que os pais passam a identificar o motivo pelo qual o seu filho tem atitudes diferentes do normal, poderá ajudar a compreender seus insucessos e unir-se aos profissionais que estão envolvidos, mas infelizmente poucos pais tem a decisão de querer aceitar o problema e contar para os profissionais é o primeiro passo para um retorno positivo do trabalho que poderá vir a desenvolver.

A intervenção do professor neste processo também é de suma importância, pois ele precisa ter algumas noções do TDAH para poder diferenciar uma criança incapacitada de responder às solicitações escolares (em função do transtorno), de uma criança mimada ou desobediente. Os profissionais envolvidos devem desenvolver uma avaliação sintetizada dos problemas específicos apresentados, onde inclui uma avaliação funcional, que servirá para guiar o planejamento e a seleção de componentes de intervenção como, por exemplo, comportamentos-alvo e suas funções, estratégia de instrução e programa motivacional que motive a criança ela estando motivada é um meio de ter bons resultados. DuPaul (2007, p. 131-133) sugere algumas formas de intervenções baseadas em princípios do comportamento humano, como forma de otimizar o processo de ensino e aprendizagem de crianças com o diagnóstico de TDAH são elas:

- a) Crianças com diagnóstico de TDAH normalmente necessitam de um feedback com mais assiduidade e específico que seus colegas onde irá otimizar o desempenho. Isso significa que o professor deve averiguar com frequência se essa criança está absorvendo o conteúdo que lhe é passado. Os reforços dos conteúdos devem ser dados de forma lenta (gradativa), porém constante, uma vez que certas evidências laboratoriais indicam que crianças com TDAH têm mais dificuldades que os seus colegas para manter o comportamento sob quadros de reforços intermitentes.
- b) O reforço contingente positivo deve ser o componente principal de um programa de intervenção baseada no comportamento para problemas relacionados ao TDAH, porém, esse reforço em alguns casos, pode ser combinado com o uso de consequências negativas leves, com repressões leves.

DuPaul adverte que: tanto quanto possível, as reprimendas devem ser feitas em particular, olhando diretamente nos olhos de cada criança.

- c) O volume de tarefas e das instruções deve ser equilibrado para alguns casos, as tarefas devem ser reduzidas e o professor deve trabalhar as dificuldades de conteúdos em etapas, de forma gradativa. A extensão e a complexidade da carga de trabalho deve sim ter aumento, porém aos poucos vendo o desenvolvimento da criança, mediante o desenrolar da criança demonstrando a finalização das unidades cada vez mais. Solicitar materiais repetitivos onde solicita que o aluno complete novamente as folhas dos exercícios em que cometeu erros e que deverão ser evitados.
- d) Havendo atividades preferidas ai sim que deve ser usadas como reforço e já mais como recompensa.
- e) Para que tenha uma excelente melhora o valor de incentivo positivo dos privilégios na sala de aula, empregue um procedimento de preparação com a criança antes dos períodos de instrução na sala de aula. Essa preparação está envolvida a revisão conjunta pelo professor e pela criança, de onde aplica possíveis privilégios em sala de aula, quando o estudante escolhe a atividade da qual gostaria de participar.
- f) A integridade ou a fidelidade com a qual um programa de intervenção é implementado e deve ser monitorada e avaliada.

Sabemos que os sintomas de desatenção e hiperatividade podem promover grandes dificuldades específicas na aprendizagem. O acompanhamento psicopedagógico é importante para uma criança com TDAH, já que atua diretamente sobre a dificuldade escolar. Para DuPaul relata que:

Nenhuma modalidade isolada de tratamento, incluindo medicamentos psicoestimulantes, é suficiente para aliviar os múltiplos problemas ao TDAH. A natureza crônica e potencialmente debilitante exige o uso de múltiplas intervenções ao longo do período de tempo e concentrar-se em múltiplos comportamentos alvo para terem o máximo de impacto sobre o funcionamento da criança. (DuPaul, 2007,p.206).

3- Relação entre TDAH e Autismo

O Autismo é um termo geral usado para descrever um grupo de transtornos de desenvolvimento do cérebro, conhecido como “Transtornos do Espectro Autista” (TEA). O TEA é um conjunto de manifestações que afetam o funcionamento social, a capacidade de comunicação implica em um padrão restrito de comportamento e geralmente vem acompanhado de deficiência intelectual. O TEA é constituído pelo Autismo, a síndrome de Asperger e pelo transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação. Nos manuais de classificação esses quadros estão localizados dentro do capítulo dos transtornos globais do desenvolvimento (TGD), que inclui além dos TEA, a síndrome de Rett e o transtorno desintegrativo. Em comum, as pessoas que fazem parte do TEA apresentam dificuldades em entender as regras de convívio social, a comunicação não verbal, a intencionalidade do outro e o que os outros esperam dela. Com essas dificuldades funcionais, o impacto na eficiência da comunicação é muito grande, fazendo com que o desenvolvimento do cérebro social mantenha-se cada vez mais insuficiente para exercer as funções necessárias para a interação social.

Os sintomas do autismo normalmente permanecem com a pessoa durante toda a sua vida. Uma pessoa pouco afetada pode parecer apenas um tanto diferente e ter uma vida normal. Uma pessoa gravemente afetada pode ser incapaz de falar ou cuidar de si mesma. A intervenção precoce pode fazer uma grande diferença no desenvolvimento da criança. A maneira como seu filho age e se comporta atualmente pode ser muito diferente de como ele agirá e se comportará no futuro. Atualmente não existe um teste médico específico para o diagnóstico de autismo. O diagnóstico baseia-se na história de vida do paciente, no comportamento observado em diversas situações e em testes educacionais e psicológicos. Como os sintomas do autismo variam as vias para a obtenção do diagnóstico também variam. Em algumas crianças são identificados atrasos no desenvolvimento antes delas serem diagnosticadas com autismo e assim podem receber intervenção precoce ou serviços de educação especial. Evidências recentes sugerem que os primeiros sinais do autismo podem ser vistos em crianças bem novas, com 8 a 10 meses de idade: podem ser mais passivas, mais difíceis de acalmar ou não reagem quando alguém chama seu nome. Algumas crianças com autismo apresentam, por volta de um ano de idade, prejuízos de orientação ao estímulo social (ex: orientação social, de atenção compartilhada, de interação

social e de antecipação, de balbuciar, de gestos, de pronúncias de palavras e de imitação). Alguns desses primeiros sinais podem ser notados pelos pais, outros podem apenas ser observados com a ajuda de um clínico especialista.

Os diagnósticos de TGD e autismo baseiam-se, atualmente, nos critérios internacionais propostos pelo CID (*Classificação Internacional de Doenças*) e pelo DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). A inclusão do diagnóstico de autismo, como um transtorno de desenvolvimento, ocorreu somente na terceira edição do DSM, em 1980, definindo o autismo como um “grave distúrbio do desenvolvimento, que compromete diferentes áreas do comportamento de forma difusa e em caráter permanente”.

3.1- Diferença entre síndrome de Asperger e Autismo, ou Autismo com alto grau de funcionamento.

O autismo se mostra um prejuízo marcado e fixo na interação social, alterações de comunicação e padrões limitados ou estereotipados de comportamentos e interesses, que se apresentam às vezes antes dos três anos de idade. A síndrome de Asperger (AS) distingue-se por danos na interação social, interesses e comportamentos limitados, porém não apresenta atraso no desenvolvimento da linguagem que é falada ou na percepção da linguagem. É peculiar o desjeito motor, determinados interesses que lhe ocupam toda a atenção, tendência a falar sobre o que sentem sem se dar conta do interesse do outro. De maneira geral admite-se que no autismo as condições viso-espaciais e o quociente de inteligência executivo (QIE > QIV) sejam superiores. A síndrome de Asperger, pelo oposto, as capacidades verbais são superiores, assim como o quociente de inteligência verbal (QIV > QIE). Dados recentes do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, na sigla em inglês) relatam que uma em cada 88 crianças nos Estados Unidos são diagnosticadas com autismo. Os números configuram um aumento de 23% nos casos entre 2006 e 2008 e 78% de aumento desde 2002. Ainda assim, é possível que o estudo esteja desdenhando números reais. Um estudo publicado em outros anos mostrou a incidência de autismo de um em 38 crianças na Coreia do Sul. É possível que os números no Brasil não sejam muito diferentes dos Estados Unidos, mas ainda não existe um estudo formal feito no país. O autismo não é um transtorno que deriva de uma só causa. Na verdade, esta condição engloba um grupo de transtornos relacionados, com diferentes causas.

Na maioria das vezes, designa incerteza, o autismo resulta de uma combinação de fatores de risco genéticos que interagem com os fatores de risco ambientais. Foram constatados diversos genes de exaltação da sensibilidade nervosa ao autismo, o que significa que há maior probabilidade do indivíduo desenvolver autismo se ele possui uma variante deste gene, ou, em alguns casos, uma mutação rara. Há uma grande probabilidade que diversos genes contribuem para o autismo. Acreditamos que esses genes específicos interagem com determinados fatores ambientais. A maior parte da pesquisa atual busca identificar a contribuição dos fatores genéticos e ambientais para o autismo. Muito embora alguns fatores genéticos tenham sido identificados, sabemos pouco sobre a contribuição dos fatores ambientais, ainda. A exposição a agentes ambientais, tais como os agentes infecciosos (**rubéola da mãe**, ou o **citomegalovírus**), ou a agentes químicos (**talidomida** ou **valproato**) durante a gravidez podem surgir o autismo.

Aproximadamente, de 10 a 15% dos casos tem uma causa genética específica, do tipo **Síndrome do X-Frágil**, **Esclerose Tuberosa** e a **Síndrome de Angelman**. O tratamento para o autismo normalmente é um programa abundante e abrangedor que envolve a família da criança e um grupo de profissionais. Alguns programas podem ser feitos em casa e incluir profissionais especialistas e terapeutas treinados. Alguns programas são colocados em prática dentro de um determinado local especializado, seja na sala de aula ou no círculo escolar de educação infantil. Não é invulgar uma família optar por combinar mais de um método de tratamento. Os programas de intervenção intensivos para os sintomas principais do autismo abordam as questões sociais, de comunicação e questões cognitivas centrais do autismo. O programa de tratamento depende dos obstáculos (inabilidades) e dos pontos fortes (habilidades) da criança. Cada etapa do desenvolvimento apresenta necessidades peculiares. Na fase pré-escolar, o crescimento da coordenação motora e a capacidade de adaptação ao grupo são fundamentais.

Na fase de alfabetização, dificuldades surgem e requer intervenções de fonoaudiólogo e psicopedagogo. Já a entrada na adolescência, pode trazer novas dificuldades e requerer outras prioridades de intervenção.

A intervenção comportamental, a terapia ocupacional e a terapia fonoaudiológica normalmente estão integradas ao programa. Para DSM-5 que descreve sobre a comorbidade como:

O transtorno do espectro autista é frequentemente associado com comprometimento intelectual e transtorno estrutural da linguagem (i.e., incapacidade de compreender e construir frases gramaticalmente corretas), que devem ser registrados conforme os especificadores relevantes quando aplicáveis. Muitos indivíduos com transtorno do espectro autista apresentam sintomas psiquiátricos que não fazem parte dos critérios diagnosticados para o transtorno (cerca de 70% das pessoas com transtorno do espectro autista podem ter um transtorno mental de comórbido, e 40% podem ter os dois ou mais transtornos mentais comórbidos). Quando critérios tanto para TDAH quanto para transtorno do espectro autista são preenchidos, ambos os diagnósticos devem ser dados.(Manual Diagnóstico – DSM-5, 2014,p.50).

3.2- Quais os sintomas do Autista?

Citamos alguns sintomas que ajudará no hodierno de cada profissional da área educacional, para que possa desenvolver um trabalho que tenha um respaldo em favor da criança.

- Isolamento do mundo exterior e recusa do contato com os outros. (Tanto no nível da voz quanto no do olhar).
- Alterações da linguagem que podem ir desde uma ausência total da fala até uma verbiagem ininteligível. Em algumas ocasiões, repetição de fragmentos de frases retiradas de filmes ou que foram escutadas de alguém, estabelecendo verdadeiros solilóquios.
- É uma fala que não se dirige a ninguém, que não é usada nem para comunicar nem para estabelecer um diálogo mínimo.
- Ausência de interação com os outros.
- Ausência de jogo simbólico.
- Estereotípias.
- Rituais.
- Temor das mudanças e insistência em manter uma imobilidade naquilo que o rodeia.

3.3- Quais as suas causas?

No contexto atual, as áreas de apuração científica sobre as causas do autismo são fisiológicas. Existem diferentes hipóteses sobre essas apurações em curso. As principais são: Afecção em áreas do cérebro, disfunções genéticas, consequências dos metais pesados no interior do organismo, intolerâncias alimentares assintomáticas. Entretanto, não há, até o momento, nenhuma causam determinante nem conclusiva que se derive do conjunto dessas investigações científicas, ainda que muitos recursos se destinem a buscar uma causa genética ou fisiológica. Quer dizer, nenhuma investigação científica pode, até agora, estabelecer a etiologia do autismo. O ato de posicionar-se da psicanálise lacaniana é claro nesse sentido: a pergunta pela causa não explica em quê consiste ser um indivíduo com autismo. Tampouco apreciamos que os sintomas do autismo sejam a ilação de um déficit que deva ser reeducado, nem a expressão de uma doença. Para a psicanálise lacaniana, a pergunta fundamental visa saber um pouco mais sobre o que implica ser uma pessoa com autismo.

3.4 – Semelhanças entre os sintomas de Autismo e TDAH

TDAH ou Déficit de Atenção e Hiperatividade compartilha várias características do autismo. Devido a isso, é fácil de ser confundido. É importante que os pais se certifiquem de que eles falam para os educadores, médicos e outros indivíduos envolvidos nos seus cuidados da criança para garantir a sua criança recebe uma avaliação adequada antes de serem rotulados como ADD ou autista. Os sintomas da ADD/Autismo. Muitas vezes a criança é vista como portadora de TDAH, quando eles têm dificuldade em prestar atenção em uma sala de aula ou porque falar em demasia ou demonstra hiperatividade em sala de aula. É importante notar que várias causas podem refletir em tais comportamentos, incluindo a ansiedade, dificuldades de aprendizagem, o tédio, problemas em transtornos de depressão casa, ou do espectro do autismo, que está inserido o autismo.

3.5- As crianças com TDAH

1. Ter dificuldade em focar a atenção em tarefas específicas.
2. Não pode ser impulsivo associada com desatenção comum.

3. Pode, frequentemente, se mover sobre a sala de aula.
4. Muitas vezes, demonstram comportamentos ansiosos.

Crianças com autismo muitas vezes mostram muitos dos mesmos comportamentos, inserindo a ansiedade. Eles também podem deslocar ao redor da sala de aula e têm dificuldade de foco. As argumentações para isso são muitas vezes diferentes, normalmente uma criança com autismo tem habilidades sociais pobres ou subdesenvolvidos habilidades social. Uma criança com TDAH podem ter normal ou acima da média capacidade social. Crianças com autismo podem ter déficit em interpretar a linguagem corporal bem não e muitos ser capaz de sentir empatia bem ou se relacionar com outras crianças. Isso pode resultar na identificação pobre com outras crianças, ou uma tendência a recuar a partir de outras crianças.

3.6 – Tendências compartilhada entre Austistas/TDAH infantil

1. Podem compartilhar a ansiedade/depressão.
2. Tendência a se mover.
3. Pode ter QI elevado ou capacidade mental.
4. Pode ser introvertido.

Uma criança com TDAH é geralmente disposta a superar sua condição de uma criança com autismo, mas isso não é sempre o caso. Mais frequentemente são vistos recentemente adultos com diagnóstico de ADD. Problemas de linguagem e sensorial são menos comuns em crianças com ADD/ADHD. Diagnóstico e Diferenciação ADD autismo vs. Para diagnosticar corretamente o autismo, a criança deve ser avaliada por um profissional. Isto pode incluir:

1. Pediatra de desenvolvimento.
2. Neurologista pediátrico.
3. Psiquiatra infantil.
4. Especialista outra criança comportamental.

3.7- Autismo na fase Adulta

Pouco pode se encontrar na literatura a respeito do assunto, e talvez essa falta de pesquisa sobre o autismo no adulto faça crescer o mito de que na idade adulta, a criança que foi diagnosticada com autismo necessariamente sairá no espectro. É real que existe uma grande carência da intervenção precoce para que a criança diagnosticada com autismo tenha maiores chances de se desenvolver e se tornar um adulto abundante e o mais independente possível. Porém, se o diagnóstico na fase da infância já é um desafio, na idade adulta é ainda maior.

O diagnóstico no adulto de modo frequente é realizado quando o indivíduo tem um filho que recebe o diagnóstico de autismo ou de outra perturbação do espectro e ao ponto de vista clínica é reconhecida como semelhante às que ele próprio apresentou na infância. (FOMBONNE, 2012). Do qual, muitas vezes isso não acontece, e pode ser por conta de inúmeros fatores, um deles a falta de preparo dos profissionais que poderiam fazer esse diagnóstico, ou do Estado que não oferta uma rede de atendimento para essas pessoas e suas famílias. Enfim, existem vários motivos. Diversos estudos feitos sobre o Estado intermediário da adolescência para a idade adulta provar de maneira incontestável que a resistência à mudança pode aumentar comportamentos agressivos também tendem a serem mais frequentes, os comportamentos sexuais inadequados, e por não serem mais crianças, as famílias tem mais dificuldade de lidar com o autista.

A superioridade de atraso mental ou estabilidade no nível de QI da infância para a adolescência ou idade adulta tem apresentado uma taxa de 70% a 80%. Além disso, a maioria dos adultos com autismo continua a apresentar dificuldade no discurso e na linguagem (VOLKMAR & Col., 2005). É importante enfatizar que os sintomas do autismo que surgem na infância preponderam até a idade adulta. Porém, por causa das experiências de vida, aprendizagem e o próprio crescimento, esses sintomas aparecerão de maneira diferente dos quais apareciam na infância. Também tem sido feita apreciação minuciosa aos manuais de diagnósticos, pois eles se arrolam em um quadro característico que é apresentado por crianças de idade escola, e como foram citados acima, os sintomas em adultos se dão de maneira diferente. Apesar de inúmeras vezes o autismo ser diagnosticado na infância ainda existe muitos casos de adolescentes e adultos que quando procuram um médico, psicólogo ou psiquiatra sem obter um diagnóstico de autismo fechado. E isso é uma gravidade profunda por

existir um interesse de pesquisa muito menor em relação ao autismo em adultos comparado ao autismo infantil.

Ainda não temos como falar em cura, pois não temos ciência ainda qual a causa do Transtorno de Espectro Autista, mas sabe-se que existem inúmeras técnicas para estimular o desenvolvimento das diversas áreas afetadas pelo autismo, essas técnicas e terapias são usadas desde o momento em que foi diagnosticado até o fim da vida dessas pessoas, por isso é tão importante o diagnóstico correto e mais ainda, persistir no tratamento até a vida adulta.

Existem dois tipos de autismo são eles: de alto funcionamento e baixo funcionamento. Adultos que estão em funcionando baixo necessitam de cuidados contínuos e na maioria das vezes vivem com os pais em casa ou em lares residenciais para que suas particularidades do que são necessárias possam ser satisfeitas. Como as entidades residenciais e grupos podem ser caros, as famílias muitas vezes cuidam de suas crianças e adultos em casa. Adultos com autismo de alto funcionamento são capazes de desfrutar de uma vida normal, cuidando de si.

CONCLUSÃO

O presente trabalho tem como objetivo mostrar e divulgar mais sobre o TDAH e Autistas para os profissionais de educação, áreas afins, pais, alunos e familiares no intuito de reduzir o baixo desempenho acadêmico e os altos índices de abandono escolar, dessas crianças, pois além de terem maiores chances de serem repreendidas e castigadas podem ter outros problemas ligados a essa situação que irão dificultar na leitura, na escrita, na comunicação e no relacionamento com os outros. O TDAH ainda é um assunto desconhecido pela maioria dos professores. As informações que necessitam de embasamento teórico, como causas, idade de manifestação, médico especialista, cura, tratamento e comorbidades, estão distantes dos docentes que, muitas vezes, lecionam exatamente para esse público. Já as questões que envolviam a prática de sala de aula, cujas respostas podiam ser resgatadas por acontecimentos do dia-a-dia, como prevalência, capacidade de concentração e manifestações comportamentais, foram corretamente assinaladas, demonstrando a sensibilidade do educador mesmo quando não houve a busca pelo assunto em específico.

As estratégias sugeridas visando ao progresso do aluno com TDAH são totalmente pertinentes; apesar de nem sempre serem aplicadas. Todas as adaptações citadas não dependem de um sistema e sim do próprio educador, que lançando mão dos seus recursos reúne condições para que, analisando sua classe, de que sua metodologia de maneira mais produtiva possível. Havendo variação de respostas dependendo do local de atuação do educador. Isso pode ocorrer porque suas constatações são formuladas a partir da faixa etária da população com que eles lidam.

Concluimos que apesar do educador não ter um conhecimento pleno, porém teórico suficiente para discorrer com propriedade sobre o TDAH, sua prática escolar lhe permite observar, analisar, levantar hipóteses e adaptar sua metodologia independente do que o sistema lhe oferece; possibilitando que esse aluno tenha suas diferenças respeitadas e seja realmente incluído na sala de aula regular. Os pais devem sim manter contato com a escola e a equipe: gestor, coordenador e professores para que só assim possam dirimir as questões surgidas e o principal aceitar que o filho é portador e que o encaminhamento aos devidos

profissionais é de suma importância para que a criança possa ter uma vida com que ela possa se comunicar e se adequar com a realidade do meio ambiente em que convive. O portador de TDAH na fase adulta consegue na maioria das vezes conviver normalmente na sociedade da mesma forma o adulto com autismo(depêdo do grau).

A pessoa autista nota e anota a diversidade dos comportamentos e a diversidade de expressões das pessoas não autistas; é fato, todavia, que parecem fazê-lo como quem pretende adotar esses comportamentos, como um ator representando em um palco, ou seja, para quando considerarem que precisam atuar

entre pessoas não-autistas e apenas isso. O transtorno do autismo é por excelência de contato e comunicação. Portanto, para ajudar essas pessoas a funcionar adaptativamente em nossa cultura, é necessário conceber programas tendo como base os pontos fortes e déficits fundamentais do autismo que afetam o aprendizado e a interação no seu dia-a-dia. A abordagem do autismo é relativa a diferentes formas de identificar déficits com objetivos diagnósticos. As características diagnósticas do autismo, tais como os déficits na área social e problemas de comunicação, são úteis para distingui-las de outras deficiências, mas são relativamente imprecisos na sua conceituação de como o indivíduo entende o mundo, como age e aprende.

O trabalho como educador de pessoas com autismo é fundamentalmente ver o mundo através de seus olhos, e usar esta perspectiva para ensiná-los a funcionar inserido em nossa cultura de forma mais independente possível. Enquanto não se puderem curar os déficits cognitivos subjacentes ao autismo, é pelo seu entendimento que é possível planejar programas educacionais efetivos na função de vencer o desafio desse transtorno do desenvolvimento tão singular que é o autismo.

REFERÊNCIAS

- BARKLEY, R.A. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: – TDAH – Guia Completo para pais, professores e profissionais de saúde**, Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BENCZIK, E.B.P. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Um guia de Orientação para Profissionais**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- BROMBERG, M. C. Aspectos Relevantes do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Jornal Paranaense de Pediatria**, v.3,n.1, Curitiba, Paraná. 2002.
- CORDIOLI, Aristides Volpato. **PSICOFÁRMACOS: Consulta rápida**, Porto Alegre: Artmed,2011.
- CORREIA FILHO, Alceu Gomes; PASTURA, Giuseppe. As medicações estimulantes. In: RODHE, Luiz Augusto; MATTOS, Paulo et al. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- CYPEL, Saul. **A criança com déficit de atenção e hiperatividade: atualização para pais, professores e profissionais da Saúde**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.
- DUPAUL, George J.; CONNOR, Daniel. Os estimulantes. In: BARKLEY, Russel a. **Transtorno de Déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo para os pais, professores e profissionais da saúde**. Tradução Luiz Sergio Roizmam. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- DUPAUL, George J.; STONER, G. **TDAH nas escolas: Estratégias de Avaliação e Intervenção**. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda, 2007.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio – Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Ed. Nova Fronteira, 1999.
- FOMBONNE, E: **Autism in adult life. Can J Psychiatry**. 2012; 57(5), 273-274.

- GARCIA, J. Indisciplina na escola: uma reflexão sobre a dimensão preventiva. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba, n. 95, p . 101-108, jan/abr. 1999.
- GOLDSTEIN, S.E.; GOLDSTEIN, M. **Hiperatividade**: Como Desenvolver a Capacidade de Atenção da Criança. Trad. Maria Celeste Marcondes. Campinas, SP: Editora Papyrus, 1994.
- GOLDSTEINS, Sam; GOLDSTEINS, Michel. **Hiperatividade**: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. Tradução Maria Celeste Marcondes. 2. Ed. Campinas: Papyrus, 1996.
- GOLFETO, José Hercules; BARBOSA, Genário Alves. Epidemiologia. In: RODHE, Luiz Augusto; MATTOS, Paulo et al. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- HALLOWELL, Edward M.; RATEY, John J. **Tendência à distração**: identificação e gerência do distúrbio de déficit de atenção da infância à vida adulta. Tradução: André Carvalho. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.
- KAPLAN, Harold J.; SADOCK, Benjamin J.; GREB, Jack A. **Compêndio de Psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Trad. Dayse Batista. 7. ed. Porto alegre: Artmed, 1997.
- LA TAILLE, Y. de. Cognição, afeto e moralidade. In: OLIVEIRA, M. K.; SOUZA, D.T.R.; REGO, M.C. (Eds). **Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea**. São Paulo: Moderna, 2002.
- LEFEVRE, Antônio B.(org). **Disfunção Cerebral Mínima**: estudo multidisciplinar. São Paulo: Sarvier, 1978.
- LEITE, Wellington Borges. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**: Estudo de prevalência em estudantes da primeira e quarta série do ensino fundamental do município de Inhaúma/MG. Monografia (Especialização)-Curso de pós-graduação em Neurociência e Comportamento, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

LIMA, Rossano Cabral. **Somos todos desatentos?** O TDAH/H e a construção de bioidentidades. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

MATTOS, P. Diagnóstico do Déficit de Atenção: Forma residual. Anais do I Congresso Brasileiro de Tecnologia e Reabilitação Cognitiva. **Anais...** São Paulo, 1998.

MANUAL DIAGNÓSTICO DE ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – **DSM-5**, editora Artes Médicas, Porto Alegre, 2014.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Diagnóstico da medicalização do processo ensino-aprendizagem na 1ª série do 1º grau do município de Campinas. **Revista Em aberto**, Brasília: [s.n], ano 11, n.53, jan/mar. 1992c.

NELSON, Rita Hilarina Gomes. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: panorama visto de longe e um caso visto de perto**. 2002. 65f. Monografia (Curso de Especialização em Neurociência e Comportamento) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

RODHE, Luiz Augusto; MATTOS, Paulo et al. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ROMAN, Tatiana; et. al. Etiologia. In: ROHDE, Luiz Augusto; MATTOS, Paulo et al. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SILVA, Fabiano B. Nascimento, RODHE, Luis augusto. As outras medicações. In: ROHDE, Luiz Augusto; MATTOS, Paulo et. al. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Arned, 2003.

STIGLITZ, Gustavo (org.). **DDA, ADD, ADHD**, como ustedes quieran: el mal real y la construcción social. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2006.

VOLKMAR, E, PAUL, R, KLIN, A, COHEN, D. **Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders: diagnosis, development, neurobiology and behaviour** (3ed). John Wiley & Sons, Inc: New Jersey, 2005.

ANEXOS

ANEXO 1 - MEDICAMENTOS

MEDICAÇÕES UTILIZADAS NO TRATAMENTO DO TDAH			
MEDICAMENTOS RECOMENDADOS EM CONSENSOS DE ESPECIALISTAS			
NOME QUÍMICO	NOME COMERCIAL	DOSAGEM	DURAÇÃO APROXIMADA DO EFEITO
PRIMEIRA ESCOLHA: ESTIMULANTES (em ordem alfabética)			
Lis-dexanfetamina	Venvarse	30, 50 ou 70mg pela manhã	12 horas
Metilfenidato (ação curta)	Ritalina	5 a 20mg de 2 a 3 vezes ao dia	3 a 5 horas
Metilfenidato (ação prolongada)	Concerta	18, 36 ou 54mg pela manhã	12 horas
	Ritalina LA	20, 30 ou 40mg pela manhã	8 horas
SEGUNDA ESCOLHA: caso o primeiro estimulante não tenha obtido o resultado esperado, deve-se tentar o segundo estimulante			
TERCEIRA ESCOLHA			
Atomoxetina (1)	Strattera	10,18,25,40 e 60mg 1 vez ao dia	24 horas
QUARTA ESCOLHA: antidepressivos			
Imipramina (antidepressivo)	Tofranil	2,5 a 5mg por kg de peso divididos em 2 doses	
Nortriptilina (antidepressivo)	Pamelor	1 a 2,5mg por kg de peso divididos em 2 doses	
Bupropiona (antidepressivo)	Wellbutrin SR	150mg 2 vezes ao dia	
QUINTA ESCOLHA: caso o primeiro antidepressivo não tenha obtido o resultado esperado, deve-se tentar o segundo antidepressivo			
SEXTA ESCOLHA: alfa-agonistas			
Clonidina (medicamento anti-hipertensivo) (2)	Atensina	0,05mg ao deitar ou 2 vezes ao dia	
OUTROS MEDICAMENTOS			
Modafinila (medicamento para distúrbio do sono)	Stavigile	100 a 200mg por dia, no café	

Figura 1: Fonte: <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/tratamento.html>

ANEXO 2 – AUTISMO NA FASE INFANTIL

O desenvolvimento no hodierno da criança autista



Figura 2: Fonte: <http://bebefeliz.com/files/2012/04/0116.gif>

ANEXO 3 – AUTISMO NA FASE ADULTA

Na novela Amor a Vida apresentada pela emissora TV Globo no horário das 21h no ano de 2014, conforme foto abaixo teve uma personagem que representou uma autista adulta, ainda que caricato e abordando apenas a questão do autismo severo, mostrou que um autista adulto merece a atenção de todos e um tratamento adequado e apoio familiar.



Figura 3: Fonte: <http://lougeempreendedor.com.br/wp-content/uploads/file/louge-empreendedor-amor-a-vida2.jpg>.

ANEXO 4 – Diagnóstico

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TDAH SEGUNDO O DSM-IV

A. Ou (1) ou (2)

(1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:

- (a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras
- (b) com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
- (c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra
- (d) com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)
- (e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades
- (f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)
- (g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)
- (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa
- (i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

- (a) freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
- (b) freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado
- (c) freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)
- (d) com freqüência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer
- (e) está freqüentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"
- (f) freqüentemente fala em demasia
- (g) freqüentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas
- (h) com freqüência tem dificuldade para aguardar sua vez
- (i) freqüentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo, intromete-se em conversas ou brincadeiras)

B. Alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por exemplo, na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo ou um transtorno da personalidade).

Figura 4: Fonte: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a14.pdf>

ANEXO 5 – ESCALA ASRS DE AVALIAÇÃO E TDAH EM ADULTOS

ASRS-18 (Adult Self-Report Scale) -Responda a TODAS as perguntas abaixo, marcando um (x) no espaço que melhor descreve seu comportamento nos últimos SEIS (6) meses. Marque apenas uma resposta por linha).					
PARTE A					
1. Com que frequência você comete erros por falta de ATENÇÃO quando tem que trabalhar em um projeto chato ou difícil?					
2. Com que frequência você tem dificuldade para MANTER a atenção, quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?					
3. Com que frequência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem , mesmo quando elas estão falando diretamente com você?					
4. Com que frequência você deixa um PROJETO pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?					
5. Com que frequência você tem dificuldade para fazer um trabalho que exige ORGANIZAÇÃO ?					
6. Quando você precisa fazer algo que exige muita atenção, com que frequência você EVITA ou ADIA o início?					
7. Com que frequência você coloca as coisas fora do lugar ou tem dificuldade de encontra as coisas em casa ou no trabalho?					
8. Com que frequência você se distrai com atividades ou barulho à sua volta					
9. Com que frequência você tem dificuldade para lembrar-se de compromissos ou obrigações?					
ASRS-18 (Adult Self-Report Scale) -Responda a TODAS as perguntas abaixo, marcando um (x) no espaço que melhor descreve seu comportamento nos últimos SEIS (6) meses. Marque apenas uma resposta por linha).					
Parte B					
1. Com que frequência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou pés, quando precisa ficar sentado por muito tempo?					
2. Com que frequência você se levanta da cadeira em reuniões ou em outras situações nas quais deveria ficar sentado?					
3. Com que frequência você se sente INQUIETO ou AGITADO ?					
4. Com que frequência você tem dificuldade para sossegar e relaxar, quando tem tempo livre para você?					
5. Com que frequência você se sente ATIVO demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse com um MOTOR LIGADO ?					
6. Com que frequência você se pega falando demais em situações sociais?					
7. Quando você está conversando, com que frequência você se pega TERMINANDO AS FRASES das pessoas antes delas?					
8. Com que frequência você tem dificuldade para esperar em situações nas quais cada um tem sua vez?					
9. Com que frequência você interrompe os outros quando eles estão ocupados?					

Figura 5: Fonte: <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/diagnostico-adultos.html>

ANEXO 6 – ESCALA DIAGNÓSTICO EM CRIANÇAS

ESCALA PARA DIAGNÓSTICO DE TDAH EM CRIANÇAS APLICADA AOS PAIS E PROFESSORES (MTA-SNAP-IV)					
	Em português*	Nada	Um pouco	Bastante	Demais
1	Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas .				
2	Tem dificuldade para manter atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3	Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.				
4	Não segue instruções até o fim e não termina os deveres da escola, tarefas ou obrigações				
5	Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.				
6	Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
7	Perde coisas necessárias para atividades (brinquedos, livros, deveres de escola, lápis...)				
8	Distrai-se facilmente com estímulos externos				
9	É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10	Mexe bastante com as mãos, pés ou na cadeira				
11	Sai dos lugares onde se espera que fique sentado				
12	Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações inapropriadas.				
13	Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.				
14	Não tem parada, freqüentemente está “a mil por hora”.				
15	Fala em excesso				
16	Responde as perguntas de forma precipitada, antes de terem sido terminadas.				
17	Tem dificuldade de esperar sua vez.				
18	Interrompe os outros ou se intromete (nas conversas, jogos, brincadeiras).				
19	Descontrola-se				
20	Discute com adultos.				
21	Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras dos adultos.				
22	Faz coisas que incomodam os outros de propósito.				
23	Culpa os outros pelos seus erros e mau comportamento				
24	É irritável ou facilmente incomodado pelos outros.				
25	É raivoso e ressentido.				
26	É rancoroso ou vingativo.				

A escala validada para português tem 26 quesitos, em inglês apenas 20.
A pontuação é a seguinte: nada = 0, apenas um pouco = 1, bastante = 2, e demais = 3. O escore calcula-se somando os pontos e dividindo por 26 (no. de quesitos).

Figura 6: Fonte: <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/diagnostico-criancas.html>

ANEXO 7

14 sintomas cardiais para o reconhecimento do Transtorno Autista.



Figura 7: Fonte: <http://universoautismo.blogspot.com.br/2012/02/sintomas-e-caracteristicas-comuns-do.html>

ANEXO 8

Autismo, suas características



Figura 8: Fonte: <http://universoautismo.blogspot.com.br/2012/02/sintomas-e-caracteristicas-comuns-do.html>

