

## TDAH e uma contraproposta no Município de Cambé

Maiara Franciele de Mello Barbosa<sup>1</sup>

Larissa Garib Amaral<sup>2</sup>

### RESUMO

O presente artigo é uma revisão bibliográfica que tem como objetivo esclarecer o que é o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), suas formas de tratamento e apresenta um contraproposta, que é realizada pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), que trabalha o sintoma sem rotular a criança, evitando assim, a medicalização sem necessidade. A pesquisa foi realizada por meio de observações e entrevista feitas no CAPSi em Cambé.

**Palavras-Chave:** TDAH. Educação. Saúde. CAPSi. Medicalização.

### ABSTRACT

This article is a literature review that aims to clarify what is TDAH (Attention Deficit Disorder Attention Deficit Hyperactivity Disorder), its forms of treatment and presents a counter-proposal, which is performed by the Children's Psychosocial Care Center (CAPSi), which it works symptom without labeling the child, thus avoiding medicalization unnecessarily. The survey was conducted through observations and interviews made in CAPSi in Cambé.

**Key Words:** TDAH. Education. Health. CAPSi. Medicalization.

### 1 O QUE É O TDAH

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é definido na Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), como transtorno biológico de participação genética que se inicia na infância e pode persistir até a vida adulta do indivíduo e é caracterizado por três grupos: hiperatividade, impulsividade e desatenção (RIBEIRO, 2014).

---

<sup>1</sup>Pedagoga, Pós-Graduanda em Educação Especial e Inclusão Educacional pela Faculdade Catuaí, Cambé-PR. Pós-Graduanda em Psicopedagogia pela Universidade Estadual de Londrina-PR.

<sup>2</sup> Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica- SP.

Para identificar se uma criança apresenta algum tipo de distúrbio é necessária uma atenção especial, sendo ela familiar ou educacional: conhecer o desenvolvimento da criança levando em conta variações de idade, sexo, contexto familiar e social nas quais está inserida; reconhecer a existência de padrões transitórios de conduta, que não envolvam evolução psicopatológica; avaliar até que ponto as alterações estão dificultando o desenvolvimento da criança, ter cautela no momento do diagnóstico para não rotular a mesma (ROSA, 2009).

Segundo Mora (2011), o TDAH é caracterizado por um nível de atividade motora excessiva e crônica da criança, definido como um distúrbio neurobiológico, associado a uma lesão cerebral (disfunção cerebral mínima), mas as dificuldades para objetivar se existe ou não lesão provocaram uma mudança no conceito do distúrbio.

O maior problema do transtorno é não ser tão conhecido pela população leiga e até mesmo pelos profissionais da área médica e psicológica. Muitas pessoas passam a vida sendo rotuladas como mal-educadas, desequilibradas, entre outros, mas a bem da verdade, elas têm uma síndrome que as fazem agir de forma impulsiva e desatenta (MORA, 2011).

### **1.1 Conceito (sintomas)**

Segundo Amaral (2009), o TDAH é um transtorno emocional, cognitivo e comportamental mais frequente em crianças em idade escolar, e para Arnold e Jensen (1999 apud AMARAL, 2009) é o transtorno que mais encaminha crianças aos serviços de saúde.

Tem como característica sintomas de impulsividade, desatenção e hiperatividade, é fácil de ser reconhecido na escola, em casa e nas clínicas, e isso aumenta o exagero nos diagnósticos, que é baseado na avaliação clínica e que muitas vezes, pode não ser adequado. Os sintomas hiperatividade, desatenção e impulsividade podem aparecer de formas isoladas, na presença de conflitos familiares e escolares relacionados à vida da criança não necessariamente com o transtorno (ROHDE; ANDRADE, 2000, apud AMARAL, 2009).

O TDAH está presente desde cedo na vida criança que são relatadas pelos pais como crianças que não param quietas, mexem-se o tempo todo, muitas vezes apresentam sono agitado, choro e irritação (AMARAL, 2009).

Andrade (2003 apud AMARAL,2009) afirma que as mães relatam desde a gravidez que a criança mexia muito, e, nos primeiros meses, apresentam agitação atípica, tendo maiores chances de se machucar ou sofrer acidentes.

Benczik (2000 apud AMARAL, 2009) cita entre os sintomas falta de persistência, não concluir tarefas, antecipar respostas, impaciência, agitação motora, dificuldade para manter-se sentada por longo período de tempo, impressão de não ouvir quando lhes fala, esquecer o que lhe foi dito, perdem coisas de uso diário com frequência.

Na primeira infância devido à pouca coordenação motora, a criança, apresenta comportamentos muitas vezes “rotulados” como desastrados, ela têm dificuldades na aquisição da fala o que pode confundir o diagnóstico (ANDRADE, 2003 apud AMARAL, 2009).

Para Barkley (2008 apud AMARAL, 2009), a etiologia do transtorno está relacionada a fatores neuroquímicos, genéticos e psicossociais, complicações na gestação, no parto, infecções, efeitos genéticos, entre outros fatores.

Assim, a pessoa com comprometimento das funções executivas normalmente terá: dificuldades para tomar iniciativas sem que haja um estímulo externo, para planejar, estabelecer prioridades, organizar-se para o trabalho, terá tendências à procrastinação (adiar), falta de monitoramento no tempo, prazos e finanças próprias, pode apresentar sonolência diurna, lentidão e inconsistência no desempenho, declínio de motivação após um rápido momento de entusiasmo, interrupção de tarefas antes de concluí-las, baixa tolerância à frustração e problemas com a memória. (AMARAL, 2009, p.22).

A desatenção (distração) aparece como: “vive no mundo da lua”, alunos não escutam quando chamados, assim os professores tendem a gostar mais dos desatentos do que dos hiperativos, pois são “obedientes” o que também contribui para que não sejam diagnosticados TDAH (AMARAL, 2009).

Para Barkley (2008 apud AMARAL, 2009), indivíduos TDAH são mais prejudicados em relação à persistência do esforço, mas em contrapartida esses indivíduos têm interesses em atividades novas. Barkley acredita que

indivíduos TDAH tem seu controle de comportamento inibitório afetados, tanto na impulsividade, hiperatividade e atenção (AMARAL, 2009).

Crianças com sintomas de TDAH na escola são tidos como “aluno problema”, pois não respeitam, atrapalham os colegas, são agressivos, frequentemente tem baixa autoestima, quando muito falantes acabam sendo rechaçadas pelos colegas, têm dificuldades para manter amizades. Os pais muitas vezes não sabem o que fazer, pois os filhos não seguem regras. Alguns especialistas afirmam que esse comportamento é falta de limites, e desta forma a criança exposta a tudo isso é cada vez mais prejudicada (AMARAL, 2009).

É no contexto escolar, por volta de seis a sete anos, que a agitação e a impulsividade começam a ser tornar preocupantes, embora o transtorno se manifeste antes, e isso é um dos critérios para o diagnóstico (AMARAL, 2009).

Existem estudos que afirmam que em 50% dos casos o TDAH permanece na vida adulta, acarreta problemas no trabalho, na família, e a alta incidência de concorrências poderão comprometer a vida com o transtorno. Entre as concorrências afetadas temos: Depressão, Transtorno Opositor Desafiante, Transtorno de Conduta, Transtorno Ansiosos, Transtorno Bipolar (SOUZA, 2003 et al apud AMARAL, 2009, p.24).

## 1.2 Diagnóstico

Segundo Mora (2011), o diagnóstico é feito a partir de uma consulta profissional, normalmente a percepção pela família da hiperatividade coincide com primeiro ano de escolarização da criança, isso é um traço importante que o distingue de outros problemas que podem ter começado em anos anteriores. Outro traço importante é se frequentemente a professora manda bilhetes aos pais relacionados ao mau comportamento, falta de atenção e descumprimento de deveres, isso também deve ser observado, pois pode contribuir com o diagnóstico.

A informação do eletroencefalograma (EEG) e um exame pediátrico-neurológico deverão confirmar posteriormente o primeiro diagnóstico, porque ainda que nas crianças hiperativas não costume existir lesão orgânica, será visível uma disfunção cerebral (que se atribui em alguns trabalhos de pesquisa a problemas de tipo metabólico com

determinadas substâncias neurotransmissoras que afetam o sistema de vigília da sensibilidade e dos reforços) e uma configuração psíquica particular (MORA, 2011, p.194).

De acordo com Amaral (2009), o diagnóstico do transtorno é fundamentalmente clínico, os critérios mais utilizados pelos médicos estão estabelecidos pelo DSM-IV-TR ou CID-10.

Os critérios estabelecidos pelo DSM-IV classificam o transtorno em três subtipos: TDAH **tipo combinado**, onde estão presentes tanto sintomas de desatenção quanto de hiperatividade; TDAH **tipo predominantemente desatento**, no qual os sintomas de desatenção são prevalentes e TDAH **tipo hiperativo** em que os sintomas se sobrepõem à desatenção (AMARAL, 2009, p.34).

Critérios de desatenção, impulsividade e hiperatividade segundo (MORA, 2011):

**Desatenção:**

- são menos capazes de manter o mesmo grau de comprometimento com as tarefas que as outras crianças.
- não conseguem prestar suficiente atenção aos detalhes.
- perdem a concentração em tarefas rotineiras.
- seus trabalhos costumam ser pouco limpos e desordenados.
- trocam de uma atividade para a outra sem terminar nenhuma delas.
- perdem matérias e esquecem as coisas.

**Impulsividade:**

- são impacientes, costumam muito a respeitar a sua vez e interromper constantemente os outros.
- sofrem acidentes ao realizar ações sem pensar nos perigos que existem.
- não refletem sobre as diferentes alternativas possíveis.
- a impulsividade não diminui com a idade, como ocorre com a hiperatividade.
- descumprimento de normas básicas do lar e da escola.

**Hiperatividade:**

- excessivo movimento corporal que se traduz em uma atividade quase permanente e descontrolada caracterizada por não ter meta concreta e por aparecer nos momentos menos oportunos.
- sua energia é dirigida a tarefas e objetivos diferentes dos solicitados por seus pais e professores.
- falta de flexibilidade e certo grau de rigidez.
- frequentemente sofrem quedas e tropeções.
- costumam ser lentos em qualquer atividade que requeira coordenação visio-motora. (MORA, 2011, p.194).

Para Fontana (2007 apud AMARAL, 2009), o tipo combinado de TDAH é mais comum 60% em relação aos outros tipos. O tipo desatento acomete mais meninas, apresentando maior comprometimento acadêmico e isolamento

social, os hiperativos-compulsivos tendem a ser mais agressivos e apresentam também altas taxas de concorrências (ANDRADE, 2003 apud AMARAL, 2009).

Embora a maioria dos autores aceite a classificação dos subtipos, alguns ainda questionam a possibilidade de existência do tipo predominante hiperativo-impulsivo, pois não acreditam na possibilidade do déficit de atenção estar ausente (AMARAL, 2009, p. 33).

Alguns cuidados devem ser tomados ao avaliar a criança como: duração dos sintomas, hiperatividade/impulsividade, frequência e intensidade, persistência dos sintomas em vários locais ao longo do tempo como casa, escola, igreja, por exemplo, causando assim, prejuízo significativo na vida da criança, tendo em vista que os sintomas podem caracterizar outro transtorno não o TDAH (AMARAL, 2009).

O diagnóstico do TDAH é realizado por meio de um questionário sobre a atenção, comportamento e organização da criança ou do adolescente, que é respondido pelos pais ou pelo professor. Chamado de SNAP-IV (Swanson, Nolan, and Pelhman Questionnaire, usado no Multimodality Treatment Study (MTA); questionário utilizado para diagnosticar o TDHA), esse questionário não considera as fases de desenvolvimento e nem as faixas etárias (BRASIL, 2011).

A avaliação clínica deve ser criteriosa antes da idade escolar, pois até os seis anos é esperada maior agitação psicomotora e impulsividade na criança (ROHDE, 2000 apud AMARAL, 2009).

Considerando que o TDAH é um transtorno neurobiológico é fundamental uma investigação diagnóstica no histórico familiar de doenças psiquiátricas, possibilidade de um dos pais ser TDAH (AMARAL, 2009). A entrevista não só com a família, mas com os professores e a criança em questão, são importantes para um diagnóstico eficiente, a criança tem condições de falar sobre seu sofrimento e seus sintomas (MARTINS, 2003 apud AMARAL, 2009).

### **1.3 Histórico**

De acordo com Amaral (2009), as primeiras referências médicas sobre hiperatividade foram feitas em 1902 pela pediatra George Still. Segundo

Barbosa (1995) e Barkley (2008) apud Amaral (2009), em 1845, o médico alemão Heinrich Hoffman descreveu em seus poemas sobre doenças infantis, uma criança com “transtornos hiperkinéticos”. Isso mostra quanto o TDAH não é novo, fruto da sociedade moderna (TIMIMI 2004 apud AMARAL, 2009).

Na década de 30, iniciaram os primeiros estudos com psicoestimulantes, na década de 40, surge a denominação Lesão Cerebral Mínima, que se referia a crianças com problemas comportamentais, em 1962, a nomenclatura foi modificada para (DCM) “Disfunção Cerebral Mínima”(POSSA et al. 2005 apud AMARAL, 2009). Em 1968, o DSM (Manual de Classificações de Doenças Mentais) propõe a nomenclatura “Reação Hiperkinética da Infância” (BARKLEY, 2008 apud AMARAL, 2009).

Segundo Barkley (2008), em 1980, o DSM propõe a nomenclatura “Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem hiperatividade”, em 1987, o DSM-III-R fez uma nova modificação para “Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade” como é reconhecido até os dias atuais (BARBOSA, 2005 apud AMARAL, 2009).

#### **1.4 Tratamento**

O tratamento psicofarmacológico é feito com o uso de estimulantes como dextroanfetamina (Dexedrina) e metilfenidato (Ritalina), porém, as ações dessas substâncias ainda não são totalmente conhecidas, pois atuam no sistema nervoso (ROSA, 2009).

Além do tratamento medicamentoso, é essencial o tratamento com a psicoterapia, que deve ser feito ao longo da vida, pois, principalmente antes de se fazer o diagnóstico, existem casos de crianças que se sentem isoladas pelos seus colegas, muitas vezes ‘rotuladas’ de “burras” (ROSA, 2009).

Muitos adolescentes entram em depressão por não se enquadrarem nos padrões impostos socialmente, a depressão pode levar às drogas e em alguns casos até ao suicídio. É importante o tratamento medicamentoso estar associado ao apoio psicoterápico (ROSA, 2009).

## 1.5 Implicações do TDAH na aprendizagem

Os prejuízos no âmbito acadêmico relacionados aos déficits de atenção interferem na capacidade de concentração da criança e tem como consequência um declínio no desempenho escolar (AMARAL, 2009).

O que não significa que haja um prejuízo da inteligência, as dificuldades são consideradas consequência da falta de atenção ou da hiperatividade, a não ser nos casos nos quais haja transtornos de aprendizagem associados.

Muitas vezes, com disciplina, atenção e envolvimento familiar nas atividades escolares e muito esforço, a criança consegue obter um desempenho razoável, ou mesmo satisfatório. O problema é que normalmente é necessário um esforço fora do comum, o que torna o aprendizado cansativo.

As dificuldades de aprendizagem que podem coexistir com o TDAH são: o Transtorno de leitura ou Dislexia. Existem vários graus de dislexia, no mais grave não é possível a alfabetização. As dificuldades de leitura são evidenciadas pela leitura em voz alta, em que ela é silabada, aos tropeços e hesitações e palavras são lidas de forma errada. A interpretação do que foi lido é muito ruim, tanto na leitura silenciosa, quanto em voz alta, a escrita também é prejudicada (MATTOS, 2013).

O Transtorno da Expressão Escrita, também chamado por alguns de Disortografia. Além de a grafia ser ruim (uma mesma letra variando de forma e tamanho, sobe-e-desce montanha, uso incorreto do espaço no papel, garranchos), há dificuldade em se expressar por escrito (frases muito curtas, sem sentido, por vezes sem conjunção ou preposição, com ordem invertida de palavras, dificultando a compreensão pelos demais). A expressão oral é absolutamente normal (MATTOS, 2013, p. 129).

Segundo Lobo e Lima (2008), os transtornos de leitura como decorrência do TDAH são de 15% a 30%, mas ainda não se estabeleceu uma relação de causalidade entre problemas de linguagem oral e os de linguagem escrita. Essas crianças apresentam desempenho bom para tarefas de processamento fonológico e ruim para tarefas de memória visual (LOBO; LIMA, 2008).



De uma forma geral, os erros que as crianças com TDA/H cometem no processo de leitura são indicativos de dificuldades no conhecimento fonológico e/ou na associação fonema/grafema. Estes erros podem ser explicados pelo fato de que a atenção e o seu direcionamento são pré-requisitos para a percepção e o processamento das informações, que dentre outras coisas, serão representadas nos léxicos fonológico, sintático, semântico, ortográfico e lexical (LOBO; LIMA, 2008, p.472).

Outra dificuldade de aprendizagem são os Transtornos da Linguagem que são geralmente mais graves, existem dois tipos:

O primeiro é o expressivo, quando há muita dificuldade de se expressar, tanto oralmente quanto por escrito. São crianças que, em geral, só aprenderam a falar muito tarde, usam frases curtas e, por vezes, apenas com substantivos e verbos, sem conjunção, preposição ou advérbios. Os adjetivos são usados muitas vezes com sentido diferente. O vocabulário é reduzido. A expressão por escrito (ditado ou redação) também é muito ruim, em geral tão deficitária quanto a expressão oral. A criança, entretanto, possui uma compreensão normal daquilo que lhe é dito. São crianças consideradas tímidas em geral.

O segundo tipo é o expressivo-receptivo. Neste caso, além das dificuldades de expressão mencionadas anteriormente, há dificuldade de compreensão. A ocorrência de problemas psiquiátricos é muito comum nesses casos. (MATTOS, 2013, p.129).

Ainda pode-se citar o Transtorno da Matemática ou Discalculia, dificuldade de operar conceitos matemáticos, tanto por escrito quanto, oralmente (MATTOS, 2013).

Segundo Silva (2009), a criança com o Transtorno da Matemática pode confundir números parecidos com 6 e 9 e ter dificuldades para memorizá-los, assim dificultando no entendimento sobre horas, números de telefone ou uma conta simples de somar, por exemplo.

De acordo com Carlson et al. (1986 apud PASTURA et al. 2005), pessoas com o tipo desatento de TDAH possuíam QIs maiores do que os de tipo hiperativo, porém apresentam pior desempenho em aritmética.

Crianças com TDAH e com Transtorno de Aprendizado, muitas vezes, não gostam de escola e nem de estudar, pois sabem que têm muita dificuldade e precisam se esforçar muito para ter um bom desempenho acadêmico, que nem sempre iriam alcançar (MATTOS, 2013).

É muito importante se ter em mente que um certo grau de desatenção e hiperatividade ocorre normalmente nas pessoas. Devidamente diagnosticada e encaminhada para um tratamento, o professor deve dispor de um atendimento especial e diferenciado ao aluno hiperativo, bem como avaliar seus pontos fortes e as dificuldades para que se faça um atendimento diferenciado aos seus déficits (BONOTO; ANSAI, 2008, p.77).

Se a criança não se concentra, vai mal em matemática, se não para quieta, não consegue ler um livro, se se distrai facilmente com algum barulho perde o 'foco' e se atrasa para copiar ou acompanhar a explicação do conteúdo.

É importante ressaltar que nenhum desses transtornos está relacionado à má vontade, situação econômica ou baixa inteligência das crianças, são problemas neurológicos, de origem hereditária que precisam de um acompanhamento multidisciplinar do aluno em sua rotina escolar, evitando a repetência ou o abandono precoce da escola pelo mesmo (SILVA, 2009).

### **1.6 Implicações do TDAH na socialização**

Segundo Amaral (2009), estudos sobre o impacto social do TDAH na vida da criança começam pelos prejuízos que o transtorno traz à mesma, sem dúvida a falta de concentração dificulta a adaptação da criança na escola e em segundo momento na vida social.

A vida social da criança tem início no âmbito familiar e posteriormente na escola, que normalmente é vista pela criança TDAH como ambiente chato (AMARAL, 2009).

Quando a hiperatividade/impulsividade for a característica mais acentuada do transtorno, possivelmente esta criança terá dificuldades no relacionamento social com os colegas, devido à incapacidade de esperar sua vez, por ser inquieta e perturbadora, o que a torna suscetível à rejeição por parte das outras crianças. Essas características predispõem a criança a comportamentos agressivos ou isolamento social, de qualquer forma, é evidente prejuízo para a autoestima (AMARAL, 2009, p. 41).

Na perspectiva social, o indivíduo com TDAH apresenta alto custo para a sociedade, pois tem mais chances de fracasso escolar, necessidades de

apoio psicopedagógico, são mais suscetíveis a acidentes domésticos ou de trânsito, na adolescência tem maior probabilidade de se envolver em comportamentos de risco como: atividades auto agressivas, dirigir de forma perigosa, comportamento sexual de risco, entre outros (AMARAL, 2009).

Embora não existam no Brasil, estudos específicos acerca do impacto econômico do transtorno, esses dados, apontam para gastos excessivos em Saúde e Educação o que coloca o TDAH entre os problemas de saúde coletiva, merecendo especial atenção do poder público (AMARAL, 2009, p. 42).

Principalmente por causa dos sintomas da hiperatividade e impulsividade, muitas vezes a criança terá dificuldades em estabelecer vínculos duradouros. Os amigos se cansam dele, por estar sempre passando na frente, falando muito e alto demais. Além disso, sua autoestima fragilizada e sua insegurança fazem com que ele pense que as pessoas só se aproximam dele pelo o que pode oferecer e não por ele mesmo, assim seus relacionamentos interpessoais são conturbados e as pessoas acabam se afastando, por não saber como lidar em determinadas situações.

Esses problemas podem continuar na vida adulta, com alto índice de casamentos desfeitos, maior dificuldade de adaptação no trabalho, na maior parte das vezes em decorrência da pouca habilidade social.

## **2 METODOLOGIA**

Nesta pesquisa foi utilizada a abordagem qualitativa, a pesquisa buscou descrever e apresentar a realidade do tema pesquisado e não se utilizou de instrumentos estatísticos. As informações foram levantadas por meio de observações e entrevista (GRESSLER, 2004).

Primeiramente foi realizada a pesquisa bibliográfica com a leitura e o fichamento de textos, artigos e livros, que falavam sobre o tema em estudo.

Em seguida, a pesquisadora observou três grupos mistos, entre os componentes dos grupos crianças que apresentavam sintomas de TDAH em idade escolar e entrevistou um profissional do CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial

Infantil), para conhecer como é realizado o trabalho com esses alunos.

## **2.1 Uma Contraproposta: os trabalhos com grupos terapêuticos (CAPSi)**

Para conhecer o trabalho realizado no CAPSi com crianças e adolescentes que apresentam sintomas de TDAH, foram observados três grupos mistos com crianças em idade escolar entre seis e doze anos, os grupos foram escolhidos por acessibilidade e horário.

Cada grupo é composto por no máximo seis crianças, o critério para a formação dos grupos é idade e o sintoma apresentado, pois eles não trabalham com diagnósticos para não rotular a criança, procuram trabalhar nos grupos os sintomas e as dificuldades de cada um.

Os grupos acontecem uma vez por semana com duração de uma hora. Cada psicóloga procura conversar com as crianças sobre a semana em casa, na escola, o que foi bom, o que não foi tão bom, em que melhoraram, fazendo sempre relação escola, família e CAPSi.

Aos que tomam medicação, a psicóloga pergunta se estão tomando todos os dias, em quais horários, o que melhorou, o que mudou com a medicação, e o que sentem quando tomam remédio.

A equipe tem todo um cuidado para saber as reações do medicamento, para ajudar o médico a regular a dosagem e evitar a toxicidade da criança.

Outro fator importante é que cada criança deixa sua característica pessoal no grupo, uns mais falantes, uns mais quietos, mas todos gostam de participar das atividades propostas pelas psicólogas. As psicólogas procuram ser amigas das crianças, percebe-se que elas se sentem “à vontade” no atendimento.

Periodicamente o CAPSi faz contato com a escola da criança, para saber como ela está nas aulas, o seu rendimento, e com frequência acontecem reuniões, palestras e assembleias com os responsáveis, o CAPSi procura atuar muito junto à família.

Em entrevista com um profissional do CAPSi fica bem claro que o CAPSi trabalha o sintoma e em último caso insere a medicação, seja qual for o caso.

“O CAPSi trabalha na contramão da sociedade” diz o profissional em entrevista.

O trabalho realizado pela equipe do CAPSi mostra que é possível trabalhar o sintoma e a dificuldade da criança ou do adolescente, sem muitas vezes a mesma ser medicada. O CAPSi trabalha contra a medicalização da educação e da sociedade, em entrevista o profissional diz “A escola no formato tradicional não acompanha mais o ritmo da criança e do adolescente e perdeu seu significado”.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio de observações e da entrevista com o profissional do CAPSi, conhecemos o trabalho que realizam nos grupos terapêuticos com crianças e adolescentes com sintomas de TDAH, nesses grupos, trabalha-se o sintoma de cada indivíduo em grupos mistos para evitar diagnósticos e rótulos. Um dos objetivos desses grupos é trabalhar a dificuldade de cada um aprendendo a conviver com ela, evitando a medicação sem necessidade e a patologia. O interessante nesses casos foi o fato de que nem todas as crianças que participam dos grupos são medicadas, e mesmo assim conseguem desenvolver suas potencialidades. Ao contrário do que muitos afirmam, que a medicação é essencial para evitar prejuízos ao indivíduo.

Além disso, por meio das respostas do profissional do CAPSi em entrevista, pudemos perceber quanto é importante o trabalho do mesmo em nossa região, o fato de não trabalharem com “diagnósticos” é o diferencial do serviço, todas as crianças que têm algum distúrbio comportamental e ou de aprendizagem deveriam ter a oportunidade de frequentá-lo, assim poderia diminuir os casos de crianças medicadas no município de Cambé, mas infelizmente não depende só do serviço acolher ou não e sim da família querer ser acolhida, conscientizando-se das melhorias na qualidade de vida de seus filhos, comprometendo-se com o trabalho do CAPSi.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

AMARAL, Larissa Maria Garib do. **Critérios diagnósticos do TDAH: uma revisão de literatura.** 2009. 122fls – Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2009.

BONOTO, Sandra Luiza Correia; ANSAI, Rosana Beatriz. Transtorno de déficit de atenção hiperatividade: um estudo da influência deste fator na aprendizagem na vida social. **Ensino e Pesquisa**, v.1, n. 5, p. 76-83, 2008. Disponível em: <<https://www.yumpu.com/pt/document/view/13742773/transtorno-de-deficit-de-atencao-hiperatividade-um-estudo-da->>. Acesso em: 28 jun. 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Subsídios para a Campanha Não à medicalização da Vida Medicalização da Educação**, 2011. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno\\_AF.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf)>. Acesso em: 06 de set. 2013.

GRESSLER, Lori Alice. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. 2.ed.rev.atual. São Paulo: Loyola, 2004.

LOBO, Priscila d'Albergaria de Souza; LIMA, Luiz Alberto de Mendonça. Comparação do Desempenho em Leitura de Palavras de Crianças com e sem Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. **Rev CEFAC**, São Paulo, v.10, n.4, 471-483, out-dez, 2008. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rcefac/2012nahead/67-11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2012nahead/67-11.pdf)> Acesso em: 9 jun. 2014.

MATTOS, Paulo. **No Mundo da Lua – Perguntas e respostas sobre Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em Crianças, Adolescentes e Adultos**. 14. ed.rev.atual. Associação Brasileira do Déficit de Atenção, 2013.

MORA, Estela. **Psicopedagogia infanto- adolescente guia de orientação para pais e educadores**. São Paulo: Cultural, 2011.

PASTURA, Giuseppe Mário C.; MATTOS, Paulo; ARAÚJO, Alexandra P. Q. Campos. Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 32, n. 6, dez. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832005000600003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000600003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jan. 2013.

RIBEIRO, Maria Izabel Souza. **A Crítica a medicalização do TDAH**, 2014. Disponível em: <<http://seminario.medicalizacao.org.br/trabalhos/7.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2014.

ROSA, Suely Pereira da Silva et al. **Educação Inclusiva**. Curitiba: IESDE Brasil, 2009.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes inquietas: TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.