

**CENTRO UNIVERSITÁRIO REDENTOR - UNIREDENTOR**  
**CURSO: PSICOLOGIA**

BRUNNA AMORIM ARANTES

**“PSICOLOGIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL E PSIQUIATRIA: UM  
TRATAMENTO COMBINADO NOS CASOS DE TDAH.”**

Itaperuna

2021

BRUNNA AMORIM ARANTES

**“PSICOLOGIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL E PSIQUIATRIA: UM  
TRATAMENTO COMBINADO NOS CASOS DE TDAH.”**

Monografia apresentada à  
UniRedentor como parte dos  
requisitos para a obtenção do título  
de bacharel em Psicologia.

**Orientador(a):** Camila Medina Nogueira Moço.

Itaperuna

2021

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Acadêmico/a:** Brunna Amorim Arantes

**Título:** “PSICOLOGIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL E PSIQUIATRIA: UM TRATAMENTO COMBINADO NOS CASOS DE TDAH.”

**Natureza:** Trabalho de Conclusão de Curso – TCC

**Objetivo:** Título de Bacharel em Psicologia

**Instituição:** UniRedentor

**Área de concentração:** Psicologia

**Aprovada em:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca Examinadora:**

---

Prof Esp. Camila Medina Nogueira Moço

Orientador/a

Instituição: UniRedentor – Itaperuna/RJ

---

Prof. Esp. Dura Ferrer de Menezes

Instituição: UniRedentor – Itaperuna/RJ

---

Prof. Me. Gleiciene Gomes de Araujo

Instituição:

Dedico este trabalho a Deus que me sustentou até aqui e aos meus pais que não mediram esforços para que concluísse essa etapa.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus e a Nossa Senhora por terem me guiado até aqui;  
Ao meu filho, Filipe Gabriel, e a todas as vezes que ele entendeu que meu tempo não pôde ser somente dele;

Aos meus pais Ailton e Rozeni por todo esforço dedicado a mim;

Ao meu amor, Guilherme, pelo carinho e companhia ao longo dessa jornada;

Aos meus amigos Carlos Henrique e Letícia pelo apoio e suporte que me deram durante o curso;

À minha orientadora Camila que foi uma fonte inesgotável de apoio técnico durante todo o trabalho.

Obrigada a todos!

## RESUMO

Esse trabalho visa analisar como os pacientes com TDAH em tratamento psicofarmacológico reagem à psicoterapia e quais são os progressos advindos dessa. O objetivo é investigar as diferenças de resultados em dois perfis de tratamento, um em que o paciente receba apenas medicamentos e outro em que receba medicação juntamente com a terapia cognitivo comportamental. Para a elaboração desse projeto será realizada uma pesquisa exploratória, de caráter quantitativo e por meio de levantamento de dados bibliográficos.

**Palavras-chave:** Psicofarmacologia; terapia cognitivo-comportamental; ADHD.

## **ABSTRACT**

This work aims to analyze how ADHD patients undergoing psychopharmacological treatment react to psychotherapy and what progress has been made. The objective is to investigate the differences in results in two treatment profiles, one in which the patient receives only medication and the other in which he receives medication along with cognitive behavioral therapy. For the elaboration of this project, an exploratory research will be carried out, of a quantitative character and through the collection of bibliographic data.

**Keywords:** Psychopharmacology; cognitive behavioral therapy; TDAH.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	5
ABSTRACT .....	6
INTRODUÇÃO .....	6
1 CARACTERIZAÇÃO DO TDAH .....	9
2 TRATAMENTOS .....	18
2.1 Tratamento medicamentoso.....	18
2.2 Tratamento não-medicamentoso.....	23
2.3 Reflexão sobre medicação e terapia .....	27
3 TRATAMENTO COM TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL .....	30
3.1 Terapia Cognitiva Comportamental: história e premissas .....	30
3.2 Terapia Cognitiva Comportamental no tratamento de TDAH .....	34
4 ANÁLISE DO TRATAMENTO MULTIMODAL E DO UNIMODAL MEDICAMENTOSO .....	38
CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS.....	49

## INTRODUÇÃO

O transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) popularizou-se nos últimos anos em muitos ambientes que envolvem crianças, não se limitando mais aos ambientes de tratamento em saúde. O principal local onde esse termo passou a ser trabalhado foram as escolas, locais onde as crianças tendem a apresentar os primeiros sinais desse transtorno.

Segundo o DSM-V, entre algumas das características do TDAH em crianças estão a dificuldade de atenção, de seguir instruções, de se organizar, a resistência a praticar atividades prolongadas, entre diversas outras. Essas características se manifestam nos diversos ambientes nos quais as crianças convivem, sendo mais perceptível na escola, onde o modelo de trabalho envolve concentração, disciplina, etc. Assim, essas características do TDAH vão causar consequências no desempenho escolar, o que vai afetar as crianças por toda a vida.

Em Piaget (1975), encontra-se a apresentação da sua teoria do desenvolvimento cognitivo das crianças, no qual ocorre a adaptação, que é a forma como a criança absorve e responde ao seu entorno. Ela se dá pela acomodação ou assimilação, meios pelos quais a criança aprende e age. Essa relação se dá pelas atividades sensório-motores, que vão formar a representação do mundo e assim originar o conhecimento em seus mais variados graus.

Maciel et al (2016), ao comentarem sobre a obra de Piaget, apontam que esse pensador trabalhou em torno de diversas competências relevantes da formação da criança. Entre elas, estão a representação do mundo, formação do juízo moral, a iniciação da inteligência prática, a formação da realidade objetiva e a transição da ação motora para a ação simbólica.

Define-se, tendo por base esse conceito de Piaget, que a infância é um período de desenvolvimento, no qual muitas competências serão desenvolvidas e através delas se constituirá a pessoa daquela criança. Logo, as sociedades modernas constroem instituições diversas que irão trabalhar nesse desenvolvimento.

Falar em competências envolve pensar na relação do ser humano com o mundo ao seu redor. Perrenoud (2000) aponta que competência é "a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos para enfrentar um tipo de situações". Para o autor, a competência não é um conhecimento em si, mas a mobilização de

diversas competências para se atingir alguma determinada finalidade. Em cada situação o indivíduo vai mobilizar recursos, entre eles o conhecimento aprendido em escolas, nas relações sociais, na prática, entre outros. Por essa premissa, pode-se depreender que nos diversos papéis existentes, as competências são elaboradas e aplicadas conforme a situação. No papel do trabalho, desenvolvem-se competências que façam com que essa pessoa tenha seu espaço no mercado de trabalho através de um conjunto de habilidades que possa oferecer. No contexto social, desenvolvem-se outras, que envolvem o afeto, a capacidade comunicacional e de entendimento. No âmbito da cidadania, desenvolvem-se o olhar crítico com a sociedade, o conhecimento de direitos e deveres, por exemplo.

Todas essas são fruto de uma construção social. Assim, o desenvolvimento da criança está ligado com o que ela será no mundo dentro desses diversos tópicos. E daí se constroem definições de normal ou típico para esse desenvolvimento. Por exemplo, espera-se que a criança com um ano de idade saiba andar, que aos dois anos já tenha determinada capacidade de fala, que aos sete anos saiba ler. Atrasos nessa ordem cronológica são indícios de que algo está fora do esperado.

O TDAH afeta diretamente essa relação da criança com essa estrutura. Elas tendem a apresentar resultados inferiores nas muitas competências avaliadas, desde a nota até no comportamento. Nos outros ambientes as dificuldades também podem ser encontradas, como na própria residência junto à família (BARKLEY, 2008).

A desconfiança de que há algum problema com a criança pode levar seus pais ou responsáveis a procurar alguma ajuda especializada. Aqui se abre um leque de diferenças. Institucionalmente, ela pode ser levada a um consultório particular, a um hospital, a uma clínica, a um posto de saúde, a uma unidade do CAPS, por exemplo. Fatores sociais, econômicos e culturais podem influenciar bastante nessa escolha. Também se pode pensar nas diversas especialidades que venham a atender a criança, como psiquiatras, psicólogos, pediatras ou pedagogos. Considerado positivo o quadro de TDAH, três possibilidades de tratamento podem ocorrer: a medicamentosa, a terapêutica ou a combinação dessas duas. E são essas formas de tratamento que esse trabalho visa abordar.

Diversas formas de tratamento possuem diferentes resultados. A proposta aqui é analisar os resultados do tratamento medicamentoso com o tratamento medicamentoso realizado conjuntamente com a terapia. Estabelece-se então como questão-problema se os pacientes com TDAH tratados com uso de medicamentos

possuem melhor progressão quando também tratados com terapia cognitivo comportamental.

Posta a questão-problema, estabelece-se o objetivo geral do trabalho, que é “Compreender a importância do tratamento combinado entre a psicologia cognitivo comportamental e a psiquiatria nos casos de TDAH”. E, desse objetivo-geral se subdividem os seguintes objetivos específicos:

1. Relacionar o trabalho interdisciplinar da psicologia cognitivo comportamental e da psiquiatria.
2. Relatar a importância dos psicólogos cognitivos comportamentais na avaliação da prescrição medicamentosa em pacientes com TDAH.
3. Apresentar o processo de medicalização na contemporaneidade.
4. Refletir sobre os efeitos da medicalização na subjetividade humana.
5. Compreender o trabalho do psicoterapeuta cognitivo comportamental em pacientes com TDAH medicalizado.

Esse trabalho justifica-se pela relevância da saúde mental para o bem-estar individual e coletivo da atualidade. Há muitas dúvidas existentes quanto ao uso de fármacos associado à terapia, o que torna relevante investigar essa relação. Essa relevância se desmembra em diversos problemas e questões não plenamente respondidas, como quais tratamentos são ideais para cada paciente, como os fármacos e a terapia influem na sua melhoria, qual a relação de benefícios que esses tratamentos oferecem, entre outros.

A escolha do tema deu-se pela importância de se compreender como os medicamentos e como a combinação entre eles e a terapia agem nos pacientes, em uma abordagem que compare os dois métodos. O possível impacto da terapia nos pacientes com TDAH é algo a ser identificado em função de uma tendência identificada de que eles recebam apenas o tratamento por meio de remédios. Ao se identificar os benefícios propiciados pela terapia, haverá maior justificativa para que os pacientes recebam encaminhamento para o psicólogo. E, havendo maior encaminhamento, há maior possibilidade de se elevar a quantidade de pacientes que tenham uma progressão maior do seu caso.

Esse trabalho é fundamentado em uma pesquisa exploratória com uma revisão de literatura do tipo narrativa de caráter qualitativo, valendo-se de fontes secundárias, como pesquisas já efetivadas na área, utilizando livros, teses e artigos científicos que se apropriam do tema levantado.

## 1 CARACTERIZAÇÃO DO TDAH

O TDAH é um transtorno mental que, segundo a DSM-V (2014) está incluído nos grupos dos transtornos de desenvolvimento. Esse grupo de transtornos se caracteriza por se manifestar na idade infantil, antes mesmo do ingresso na escola, e acaba por comprometer o desenvolvimento global, em âmbitos como o profissional, educacional pessoal e afetivo.

Os critérios para se definir o TDAH incluem dois grupos de sintomas, um de desatenção e o outro o de hiperatividade. No grupo de desatenção, incluem-se falta de atenção, erros por descuido na escola e no trabalho, dificuldade em manter a atenção, dificuldade em realizar atividades que demandam instruções e em se organizar, entre outros. Já no grupo da hiperatividade se encontram a incapacidade de se manter sentado, de fazer movimentos constantemente, dificuldade de esperar a sua vez, interromper frequentemente os outros ou se intrometer, entre diversos outros.

O diagnóstico de TDAH inclui ainda que esses sintomas causem prejuízos nas atividades cotidianas e que se apresentem em dois ou mais ambientes. Um ponto importante a se frisar é que ele deve ser diferencial, ou seja, descartar outros possíveis transtornos. Por exemplo, uma criança que se movimenta demais, não “pare quieta” e não obedeça a instruções pode fazê-lo por causa de comportamento opositor. O diagnóstico diferencial deve descartar quadros de Transtorno de oposição desafiante, Transtorno explosivo intermitente e outros transtornos do neurodesenvolvimento.

Allen Frances (2013) alerta sobre a importância do diagnóstico correto de TDAH. Ele aponta, por exemplo, que diagnóstico de TDAH incorreto em adultos abre brechas para o consumo de estimulantes com finalidades recreativas e de aumento de desempenho. Ele também aponta que há correlação de excesso de diagnósticos de TDAH em casos em que pais e professores se encontram em condição de estresse ou sobrecarregados de trabalho. Dessa forma, uma questão pertinente a adultos fortalece um diagnóstico falho. A própria expectativa de pais com relação aos filhos abrem brechas para isso. Ver que o filho não alcança os resultados desejados por eles pode fazer uma criança típica receber um diagnóstico e medicação.

A presença de sintomas em vários ambientes é necessária para que se constate que os efeitos são gerais e não apenas específicos em um ambiente. Se uma

criança não obedece a instruções na escola, mas consegue fazê-lo em uma colônia de férias, é possível que o ambiente escolar cause tal comportamento ao invés de ser um caso de TDAH.

O transtorno em questão, ainda segundo o DSM-V, pode ser definido por graus, que vão de leves a graves conforme os prejuízos causados para a pessoa. De acordo com o DSM-V, esses são os graus do TDAH:

**Leve:** Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional.

**Moderada:** Sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes.

**Grave:** Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

Os sintomas de TDAH começam a ser mais passíveis de observação com o ingresso da criança na escola. Todavia, surgem anteriormente, na faixa dos quatro anos de idade, mas a percepção de sua manifestação geralmente se dá na idade escolar. A tendência é que esses sintomas se amenizem com a chegada da adolescência, mas em muitos os sintomas permanecem até a vida adulta, prejudicando em várias atividades. A prevalência é de que 5% das crianças e 2,5% dos adultos manifestam esses sintomas.

Ao se avaliar o TDAH, é preciso identificar qual o subtipo do caso. As definições do DSM-V são as seguintes:

**Apresentação combinada:** Se tanto o critério de desatenção quanto o critério de hiperatividade-impulsividade são preenchidos nos últimos 6 meses.

**Apresentação predominantemente desatenta:** Se o critério desatenção é preenchido, mas o critério hiperatividade-impulsividade não é preenchido nos últimos 6 meses.

**Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva:** Se o critério hiperatividade-impulsividade é preenchido, e o critério desatenção não é preenchido nos últimos 6 meses.

Allen Frances (2013) acrescenta dois critérios gerais que devem permear o diagnóstico, um para crianças e outro para adultos. Com crianças, averiguar se ela não consegue permanecer quieta, se é impulsiva e não consegue se concentrar em

tarefas. Em adultos, averiguar se a hiperatividade e a distração são problemas na vida dele e levar o paciente a se lembrar de como isso foi prejudicial ao longo de sua vida.

Entre as consequências funcionais do TDAH, a mais evidente é que as crianças com esse transtorno encontrarão maiores dificuldades para se qualificarem profissionalmente e para ingressar no mercado de trabalho. Essas crianças ainda apresentam maior tendência a problemas de comportamento na adolescência, o que pode levar a maiores casos de agressividade e violência, e até mesmo a prisão. Eles também incorrem em maiores riscos de acidentes, incluídos os de trânsito.

Barkley (2008) apresenta um histórico dos estudos sobre o TDAH. Segundo esse autor, a primeira referência a TDAH se deu em um poema do médico Heinrich Hoffman em 1865, que escrevia literatura sobre os casos médicos que encontrava em criança. Entretanto, os primeiros a se dedicarem a estudar quadros equivalentes ao que hoje se define por TDAH foram George Still e Alfred Tredgold.

Em um ciclo de palestras em 1902, Still falou sobre seus trabalhos com 43 crianças com dificuldades de concentração e exageradamente ativas, com tendência a serem agressivas, desafiadoras ou impetuosas. No pensamento dessa época, associava-se esse comportamento como consequência de lesões existentes no cérebro. Já em 1908, Tredgold reafirmou essa teoria de lesões cerebrais, e ambos concordaram que medicamentos e mudanças de ambiente provocavam melhorias temporárias no paciente. Nesse período, também se deu ênfase que crianças com esse tipo de comportamento deveriam ser educadas em escolas especiais.

Um ponto de destaque nesse período inicial era a ênfase na expressão comportamental das crianças. A questão da moral era algo que recebia muita ênfase nesses primeiros estudos. Still cunhou o termo "consciência moral" para se referir a um segmento da inteligência responsável pelo comportamento, e que o distúrbio estudado ocorria em decorrência de algum distúrbio cerebral agudo.

Por essa percepção, pode-se adiantar um pouco a história e traçar a evolução da concepção desse transtorno, de um problema moral causado por doença cerebral até a terminologia atual de transtorno de desenvolvimento. A ênfase em problemas no órgão cérebro também se perpetuou por bastante tempo, recebendo roupagens diferentes conforme novas pesquisas surgiam.

Em 1920, nos Estados Unidos, muitos estudos realizados sobre casos de encefalites em crianças apontaram a existência dos sintomas do TDAH. No contexto de então, essas causas eram denominadas de "distúrbios comportamentais pós-

encefalítico". Nessa época começaram a surgir também os primeiros casos de melhorias desses quadros nas crianças.

A partir de 1920, muitos estudos foram realizados em áreas que se correlacionam com o TDAH e aos poucos foram consolidando a compreensão em torno desse transtorno. Alguns desses casos foram teses sobre a hipótese de lesões cerebrais como causa de distúrbios de comportamento, o uso de medicamentos estimulantes para a melhoria do desempenho escolar (que na década de 1970 daria base aos protocolos de uso de medicamentos para TDAH), e a tese do impulso hipercinético, que em um estudo de mensuração de estímulo de áreas cerebrais com eletroencefalograma após crianças receberem uma medicação estimulantes constatou que as hiperativas precisavam de menos medicamentos que as outras para chegar a um mesmo grau de função cerebral. Esse estudo se sustentava na tese da lesão cerebral, porém ele abriu uma perspectiva positiva para a possibilidade de progresso do paciente e sustentou a proposta do tratamento medicamentoso desse quadro.

Na década de 1960, essa tese começou a ser questionada devido à improbabilidade de que uma lesão desse estilo gerasse os sintomas de desatenção e de hiperatividade. Então, passou-se a dar maior ênfase nos estudos comportamentais, de onde surgiu o conceito de síndrome de hiperatividade, caracterizada por crianças que realizavam suas atividades em uma velocidade acima da média para a criança típica na mesma faixa etária. Nessa época, a hiperatividade foi incluída no DSM-II, em 1968.

O pensamento acerca da hiperatividade ao final da década de 1960 havia excluído a hipótese de lesão cerebral, porém permanecia a ideia de alguma alteração orgânica como sua causa. Essa época ainda colocou a hiperatividade como algo a ser estudado, o que gerou forte impulso na década seguinte.

Os anos 1970 foram repletos de estudos nessa área. Um obteve bastante notoriedade, que foi o modelo da disfunção cerebral mínima, de Wender. Wender definiu seis problemas que as caracterizavam: no comportamento motor, no funcionamento perceptivo-cognitivo e na atenção, na aprendizagem, no controle de impulsos, nas relações interpessoais e nas emoções.

Um dos principais avanços no entendimento dessa área veio através de Virginia Douglas. Seus estudos inicialmente questionaram se a hiperatividade seria a condição determinante desse transtorno. Ela notou que muitas dessas crianças não

apresentavam resultados escolares inferiores, possuíam igual memória de curto prazo e não perdiam a atenção caso o estímulo que causasse a desatenção não fosse significativo. Ela também percebeu que muitos sintomas não estavam sendo considerados, em especial aqueles ligados ao déficit de atenção.

As conclusões de Douglas, mesmo que viessem a ser refinadas no futuro, foram extremamente relevantes na sua época. Tanto que seus estudos influenciaram a DSM-III, que trouxe o termo Transtorno de Déficit de Atenção. A partir de então, o foco se tornou maior para o déficit de atenção, pois a hiperatividade era algo de difícil mensuração para se definir estados de normal ou anormal e também por estar presente em outros transtornos, como no autismo e no transtorno de ansiedade.

Concomitante a esse progresso na percepção do TDAH, também ocorreu a evolução farmacológica utilizada. A principal classe medicamentosa, nesse caso, foram os estimulantes, que mostraram resultados significativos na atenção e na hiperatividade. Entretanto, esse modelo foi questionado por causa da excessiva medicação aplicada em crianças. Outros pontos que foram desenvolvidos nessa época foi o peso do ambiente na etiologia e o desenvolvimento de métodos de avaliação para se categorizar esse quadro. Na década de 1970 começaram também a serem desenvolvidas técnicas educacionais que ajudassem a criança a melhorar a desatenção e a hiperatividade. Esses métodos apresentaram resultados, porém esses não eram superiores aos proporcionados pelos medicamentos estimulantes. Essas pesquisas deram luz a dois pontos de vista relevantes: um, o de que há outras formas de tratamento além de medicamentos, e outra, a de que junto ao medicamento é preciso haver um tratamento comportamental.

Todos esses avanços levaram, como já visto, para a definição de TDA, sendo que esses casos poderiam ser considerados com ou sem hiperatividade. Em 1987, houve uma alteração na DSM-III que instituiu definitivamente o termo Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade.

Ao abordar sobre o TDAH na ótica contemporânea, Barkley define assim o transtorno:

"Os indivíduos com TDAH costumam ser considerados portadores de dificuldades crônicas com a desatenção e/ou impulsividade-hiperatividade. Acredita-se que apresentem essas características desde cedo em suas vidas, em um grau excessivo ou inadequado para a idade ou nível de

desenvolvimento, e entre uma variedade de situações que excedem a sua capacidade de prestar atenção, restringir movimentos, inibir impulsos e regular o próprio comportamento no que diz respeito às regras, ao tempo e ao futuro." (BARKLEY, 2008).

Ele caracteriza, assim como no DSM-V, que os sintomas do transtorno se dividem em dois grupos, o de desatenção e os de impulsividade, colocando ênfase que por sintomas deve-se subentender algum tipo de comprometimento na vida do paciente.

Ao falar sobre o tema da atenção, o autor frisa que essa é uma noção multidimensional, que possui significados variados. Prestar atenção envolve desde reagir a um efeito inesperado (por exemplo, se abaixar para se proteger ao ouvir barulho de tiros) até a execução das tarefas longas que demandam concentração (como um contador fechando um relatório). Ele afirma que em pesquisas feitas entre crianças com e sem TDAH não se encontram diferenças na maioria dos usos de atenção. O caso de atenção se dá naquelas que demandam um período prolongado, que envolvam persistência e que sejam mais enfadonhas, como em uma leitura mais extensa ou ao realizar tarefas escolares em casa.

Ao abordar a impulsividade, ele aponta a tendência das pessoas com TDAH a encontrarem maior propensão a responder a estímulos sem aguardar instruções ou entender o que devem fazer. Além disso, ele apresenta que essas pessoas são mais propensas a provocar e serem vítimas de acidentes. A impulsividade também leva as crianças a agirem ou falar sem se importarem com os sentimentos alheios. Um caso é a criança impulsiva que toma o brinquedo de outra por não conseguir segurar o impulso de brincar. Esse quadro de impulsividade então gera maiores estigmas nessa criança, de que ela é indisciplinada, sem educação e sem controle. Isso ainda acarreta que ela sofra mais repreensões e punições.

Barkley aponta que, assim como a atenção, a impulsividade é um fator multidimensional. Ela pode ocorrer na falta de controle das ações, na pressa por recompensa, na falta de inibição ou de obediência, entre outros. Aqui, Barkley argumenta que essa é uma das características que mais distinguem crianças com e sem TDAH. Ele apresenta resultados de testes que demonstram que os portadores deste transtorno são mais propensos a erros por impulsividade do que os demais. Ao abordar adultos, uma mesma conclusão ocorre.

Ainda é preciso considerar que crianças com TDAH são propensas a desenvolver outros problemas, o que deve ser considerado tanto no diagnóstico quanto no tratamento:

Essas crianças apresentam maior probabilidade de ter outras dificuldades cognitivas, evolutivas, acadêmicas e mesmo médicas ou relacionadas com a saúde. Nem todas as crianças portadoras de TDAH apresentam todos esses problemas, mas, como grupo, elas os manifestam em grau maior do que o esperado em crianças comuns. Como não se considera que essas dificuldades sejam o âmago ou a essência do transtorno elas são discutidas aqui como aspectos associados. (BARKLEY, 2008).

O primeiro desses aspectos associados é com relação ao desenvolvimento cognitivo. O autor sugere que o comprometimento da inibição comportamental e das funções executivas acabem gerando um efeito negativo e significativo no quociente de inteligência e que, em estudos comparativos, crianças com TDAH apresentam QI inferior ao grupo de controle, o mesmo sendo observado em adultos, mas com uma diferença menor. “Isso se dá porque o QI está relacionado com as funções executivas da memória de trabalho, com a fala internalizada e com o desenvolvimento do pensamento verbal”, (BARKLEY, 2008).

O segundo é o funcionamento adaptativo. Esse termo engloba as atividades do cotidiano que são necessárias para a manutenção da vida, como comer, tomar banho, se vestir, etc. Essas habilidades são bem abrangentes, indo desde as já citadas até aquelas que envolvem a socialização (saber se comunicar, reconhecer ordens) e outros hábitos para o convívio em sociedade e a existência contemporânea (andar na rua, localizar o caminho de casa ou da escola), junto ao conhecimento do próprio corpo e das funções motoras.

Nesse viés, as crianças com TDAH apresentam resultados inferiores. Um ponto a se frisar é que esse tipo de prejuízo é comum em diversos transtornos. Porém, nesses outros transtornos as crianças têm QI inferior ao da média. Já com o TDAH, há um maior prejuízo no funcionamento adaptativo em relação ao seu QI, que é mais próximo ao da média.

O terceiro é com relação ao desempenho acadêmico, notório pelo baixo rendimento escolar que elas tendem a apresentar. Esse quadro pode em situações mais graves se converter em dificuldades específicas de aprendizagem, que significa

uma discrepância mais grave do desempenho esperado. Entre outros aspectos associados citados pelo autor, ainda se encontram problemas de fala e desenvolvimento da linguagem, no comportamento regrado, na memória, entre outros.

Barkley também apresenta a complexa etiologia existente nos estudos do TDAH. Alguns fatores orgânicos percebidos nos pacientes incluem atividade reduzida nas áreas pré-frontais do sistema nervoso central, o que pode estar correlacionado a deficiências de dopamina e/ou norepinefrina. Um agente que corrobora essas teses é que essas áreas cerebrais estão interligadas à inibição de respostas, aprendizagem motivacional e resposta ao reforço.

Genro (2008) aponta que, apesar da etiologia do TDAH não ser plenamente esclarecida, há muitas evidências de que há uma forte interferência da genética. Ela cita que a primeira hipótese levantada foi com relação à catecolamina, pois as regiões mais afetadas são inervadas por esses neurotransmissores. Em seguida, surgiu a hipótese referente ao déficit de dopamina nas regiões corticais e no núcleo estriado. Essa tese se associa muito ao uso do metilfenidato, a principal substância utilizada no tratamento do TDAH. Como o metilfenidato aumenta a quantidade de dopamina na fenda sináptica e os pacientes apresentam melhoria, há uma forte possibilidade do transtorno estar ligado a baixa dopamina. Outra teoria está ligada à noradrenalina. Essa hipótese considera que regiões como o cerúleo e a região parietal superior direita são compatíveis a processos de atenção seletiva. Dessa forma, um excesso de noradrenalina seria responsável por prejudicar a atenção e a inibição.

Para completar essa caminhada em torno da manifestação do TDAH, segue-se para a apresentação de modelos cognitivos que procuram identificar como o transtorno se manifesta. Malloy-Diniz et al. (2011) apresentam alguns deles propostos por diversos estudiosos da área. O de Barkley aponta que falhas no controle inibitório são o elemento central do TDAH. Essas falhas são definidas em três níveis: “inibir uma resposta prepotente, interrupção de respostas em curso e dificuldades em inibir o efeito de distratores”. Essas falhas dariam origem aos outros problemas acarretados pelo transtorno, como memória, autorregulação e análise de comportamento.

O modelo de Joseph Sergeant caracteriza a dificuldade na motivação para atingir um dado objetivo. Ou seja, a pessoa com TDAH tem limitação para concentrar-se para atingir uma meta estabelecida, seja estudo, trabalho, relacionamento, tarefas do dia a dia, por exemplo. Já o modelo de Edmund Sonuga-Barke aponta para o

desejo por recompensa imediatas e a dificuldade de esperar por longos períodos, o que originaria o comportamento impulsivo. Já o modelo de Bruce Pennington e Marta Denkla segue pela proposta de que os pacientes com TDAH sofrem com diversos tipos de déficits e de comorbidades

Uma ferramenta de muita importância para a avaliação dos pacientes são os testes. Mago (2011) apresenta uma série de testes de Escala de Transtornos do Deficit de Atenção e Hiperatividade. Por exemplo, o ETDAH-AD “tem por objetivo captar de forma breve, rápida e prática os vários sintomas envolvidos no TDAH, e não apenas os sintomas considerados nucleares ou primários.”. Esse teste é focado em pessoas de 12 a 87 anos de forma individual ou coletiva. Esse teste envolve 69 itens que são divididos em 5 escalas (Desatenção, Impulsividade, Aspectos Emocionais, Autorregulação da Atenção, da Motivação e da Ação, e Hiperatividade). Esse teste é utilizável para a realização de diagnósticos, para a avaliação do paciente e a elaboração de tratamento e com finalidades de pesquisa.

O ETDAH-CriAd - Escala de Autoavaliação do TDAH – Versão para Crianças e Adolescentes é focado em crianças e adolescentes de 6 a 15 anos. O objetivo desse teste é “Trazer o entendimento da própria criança e do adolescente a respeito dos possíveis prejuízos de atenção, hiperatividade/ impulsividade, bem como a intensidade do prejuízo (moderado ou grave)”. Esse teste trabalha muito nos autorrelatos dos pacientes, o que auxilia o profissional a atuar na sua subjetividade.

Já o ETDAH-Pais - Escala de Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no TDAH em Ambiente Familiar-Pais procura avaliar a criança no ambiente familiar e tem os pais como fonte de informação. O público-alvo dele são crianças e adolescentes de 2 a 17 anos e auxilia o diagnóstico e o tratamento analisando as consequências do TDAH na criança no ambiente doméstico.

Observando esses testes aqui apresentados, percebe-se a existência de instrumentos de avaliação que atendem diversos tipos de público em vários ambientes e englobando diversas competências que possam ser prejudicadas pelo TDAH. Essas ferramentas são de muito auxílio pois elas fazem parte não apenas das primeiras etapas, mas da progressão do tratamento. Através deles, os profissionais envolvidos podem acompanhar como o paciente reage ao tratamento e quais as melhorias estão sendo obtidas, algo essencial para se direcionar o tratamento.

## 2 TRATAMENTOS

Como demonstrado no capítulo anterior, durante a evolução histórica das pesquisas sobre TDAH, desenvolveram-se dois métodos distintos, um pela abordagem medicamentosa e outra pela abordagem terapêutica. É por esses dois modelos que esse capítulo irá se dividir.

### 2.1 Tratamento medicamentoso

A abordagem mais usual do tratamento medicamentoso do TDAH é através do metilfenidato, uma substância da classe dos psicoestimulantes. Porém, além dessa substância, existem outras que podem funcionar como alternativas. Wick (2019) aponta que o conjunto de fármacos utilizados no tratamento de TDAH são divididos em três grupos, os de primeira linha, os de segunda linha e os de terceira linha ou off-label (medicamentos que não são destinados especificamente para uma doença ou transtorno, mas que acabam sendo utilizados).

De acordo com a autora, os medicamentos podem ser divididos da seguinte forma:

#### **Primeira linha:**

- Anfetaminas
- Metilfenidato.
- Psicoestimulantes.

#### **Segunda Linha:**

- Atomoxetina.
- Clonidina.
- Guanfacina.

#### **Terceira linha.**

- Bupropiona.
- Modafinil.
- Antidepressivos tricíclicos.

Segue-se, então, uma abordagem referente aos medicamentos. Primeiro serão considerados os de segunda e terceira linha para, em seguida, se fala sobre os de primeira linha.

A atomoxetina inibe o transportador de norepinefrina 1 e aumenta os neurotransmissores de norepinefrina no cérebro e de dopamina no córtex pré-frontal. A clonidina e a guanfacina estimulam o receptor adrenergético alfa-2 no sistema nervoso central.

De acordo com Garnock-Jones e Keating (2009), a atomoxetina é efetiva no tratamento de TDAH e em geral é efetivo. Os autores consideram que essa substância é mais efetiva na melhoria do paciente do que todas as medidas disponíveis, exceto quanto ao metilfenidato. Com relação a essa medicação, a atomoxetina tem um efeito de curto prazo semelhante, mas a longo prazo um pouco menor, também não sendo tão eficaz quanto determinadas composições do metilfenidato. A atomoxetina também é recomendada para pacientes com risco de abuso de medicação, para aqueles com comorbidade de ansiedade e tiques.

Os autores apontam que os mecanismos de ação da atomoxetina não são conhecidos ao certo. O que se conhece é que ela tem efeito de inibição da norepinefrina no córtex pré-frontal. Ela também demonstra potencial para se ligar a regiões com maior distribuição de noradrenalina, como no subsistema fronto-cortical. Com relação à eficácia terapêutica, os autores apontam que uma ou duas doses diárias de atomoxetina resultam em bons resultados a curto prazo no tratamento de TDAH em crianças e adolescentes. Resultados equivalentes também são percebidos em uso a longo prazo e, em casos de descontinuação do uso, ele não incorre em agravamento dos sintomas.

Com relação à tolerância e a efeitos colaterais, a atomoxetina apresenta boa tolerância em crianças e adolescentes e entre os efeitos colaterais estão dor de cabeça, dor abdominal, perda de apetite, vômitos, sonolência e náuseas. A maioria desses sintomas são leves e suportáveis e poucos pacientes suspendem o tratamento em decorrência deles.

Segundo Veeralakshmanan, Adshead e Rowland (2019), a clonidina foi desenvolvida na década de 1960 e seu uso inicial foi como anti-hipertensivo. Com o tempo, ela ganhou amplo uso para fins de anestesia e como analgésico pós-operatório. Ela também é utilizada no tratamento do alcoolismo e de delírios. Segundo os autores, a clonidina possui capacidade de regular a liberação pré-sináptica de noradrenalina.

Já Daughton et al. (2012), em um estudo utilizando a substância em crianças com TDAH, constataram melhorias na agressividade, impulsividade e problemas de

sono. Entre os efeitos colaterais listados se encontram sonolência, irritabilidade e fadiga. Além disso, é recomendada cautela no uso com pacientes com hipotensão, doenças cardíacas e outros quadros similares.

Segundo Yasaei e Saadabadi (2020), não se sabe ao certo como a clonidina oferece melhorias na progressão do TDAH, mas a suspeita é de que seu efeito é correlacionado com o córtex pré-frontal do cérebro.

Segundo Iwanami et al (2020), a guanfacina é um agonista seletivo do receptor adrenérgico não-estimulante. Em um estudo com 191 pacientes adultos com a substância durante 50 semanas, foram constatadas melhorias da progressão do TDAH e efeitos adversos que não causam maiores preocupações.

Hervas et al (2014) realizaram um estudo com 338 pacientes entre 6 e 17 anos de diversos países (Áustria, França, Alemanha, Irlanda, Itália, Polônia, Romênia, Espanha, Suécia, Reino Unido e Ucrânia). Nesse estudo, foi comparada a eficácia da guanfacina com a atomoxetina e com placebo. Os resultados apontaram uma robusta melhoria nos pacientes tratados com guanfacina e uma baixa taxa de abandono, o que significa que os efeitos adversos não foram fortes o suficiente para reduzir a adesão. Os efeitos adversos que levaram ao abandono são sonolência, insônia e fadiga. Sonolência, fadiga e dor de cabeça foram os sintomas mais apresentados pelos pacientes tratados com guanfacina em relação aos tratados com atomoxetina, e entre os tratados com atomoxetina foram relatados perda de apetite, náusea e vômitos.

Já quanto aos de terceira linha, aborda-se inicialmente a bupropiona. De acordo com Dantas et al (2016), a bupropiona é um antidepressivo que tem sido muito utilizado no tratamento de tabagismo, pois ocupa os receptores dopaminérgicos ocupados anteriormente pela nicotina. Essa é uma substância que não causa dependência e não causa efeito colateral, mas precisa ser utilizada com cuidado em cardiopatas.

Verbeeck et al (2017) analisaram uma série de estudos controlados de bupropiona e placebo em pacientes com TDAH. Nessa análise, concluíram que houve melhorias dos sintomas dos pacientes mediante o uso da substância. Também não foram identificados efeitos colaterais relevantes, o que torna a substância uma alternativa às medicações estimulantes.

Os autores apontam que a bupropiona é uma aminocetona cujo mecanismo de ação envolve inibição de recaptção de catecolamina, dopamina e noradrenalina.

Esse efeito se assemelha ao dos estimulantes. Como a catecolamina possui forte influência no TDAH, esse efeito favorece a melhoria dos sintomas.

Tanto a bupropiona quanto o metilfenidato são inibidores de recaptação de dopamina e noradrenalina, mas o metilfenidato apresenta melhores resultados, o que coloca a bupropiona não como medicação principal, sendo utilizado em casos como o de rejeição ou não adaptação do paciente ao metilfenidato.

Segundo Belmaker (2007), o modafinil foi inicialmente utilizado no tratamento de narcolepsia e depois passou a ser utilizado no TDAH e seu funcionamento no tratamento desse transtorno é diferente das drogas mais recomendadas, como o metilfenidato e as anfetaminas. Os resultados apresentados por esses medicamentos ficam abaixo dessas substâncias, porém ele apresenta uma tendência menor ao uso abusivo.

Hashemian e Farhadi (2020) reforçam a ideia da baixa tendência ao abuso, porque o modafinil não possui efeitos eufóricos ou ligados ao prazer. Não se conhece ao certo a ação no organismo, mas estudos *in vitro* apontam que ele pode evitar a recaptação de dopamina. Entre os efeitos colaterais principais apresentados estão náusea e dor de cabeça.

Já Gomez e Noblea (2015), ao analisarem efeitos do modafinil em pacientes com TDAH em estudo comparativo com placebo, perceberam melhorias nos sintomas daqueles receitados com a substância. Outra vantagem percebida foi que sua retirada abrupta não provoca no paciente sintomas pela retirada nem recidiva dos sintomas de TDAH.

Topczewski (2014), ao avaliar pacientes que fizeram uso de antidepressivos tricíclicos, constatou melhorias no comportamento, na hiperatividade e nas relações familiares e extrafamiliares. Também ocorreu melhoria no desempenho escolar e na autoimagem. Outro benefício abordado é que os estimulantes tendem a levar o paciente a um aumento contínuo na dosagem, o que não ocorre com os antidepressivos.

Abordadas então as medicações de segunda e terceira classe, agora se aprofundará nos de primeira classe. Advokat e Scheithauer (2013) apontam que estimulantes melhoram 70% dos sintomas de TDAH em adultos e de 70% a 80% em crianças e adolescentes, com melhoria em sintomas como inquietude, comportamento interruptivo e outros associados a hiperatividade. Entretanto, esses efeitos são menores a longo prazo. Em adultos após quatro anos não se percebe, diferenças

entre pacientes que tomam a medicação e os que não tomam. Em crianças, a taxa de abandono é alta, variando de 36 a 84%. Esse abandono ocorre principalmente devido aos efeitos colaterais, como irritabilidade, depressão e mudanças de comportamento, junto à percepção de que o medicamento não oferece melhoria.

Segundo Castells, Blanco-Silvente e Cunill (2018), anfetaminas são drogas relacionadas a catecolaminas, que aumentam a concentração de dopamina e norepinefrina nas sinapses. Os autores afirmam que o uso de anfetaminas no tratamento de TDAH é crescente e que nos EUA já ultrapassa o tratamento com metilfenidato. Entre as principais anfetaminas utilizadas estão lisdexanfetamina, dextroanfetamina, e mistura de sais de anfetamina.

Os efeitos das anfetaminas no tratamento de TDAH não são conhecidos ao certo. O que se supõe é que o efeito na dopamina e na norepinefrina afete o transportador de dopamina. Os autores também apontam o efeito sobre as catecolaminas causado pelas anfetaminas como possível causa da melhoria no quadro de TDAH.

Ao analisar estudos do uso de anfetaminas em adultos com TDAH, os autores constataram uma melhoria significativa no curto prazo de sintomas severos. Com relação ao metilfenidato, Storebo et al (2019) explicam que o uso desse fármaco é o mais típico por causa dos seus efeitos sobre a hiperatividade, impulsividade e falta de atenção. A aplicação começa na infância e em boa parte dos pacientes começa a ser descontinuada na adolescência.

Segundo os autores, a ação da substância está na inibição de transportadores de dopamina e norepinefrina, o que aumenta a disponibilidade dessas substâncias na fenda sináptica. Essa ação gera efeitos no córtex pré-frontal, área responsável por funções executivas. Com isso, o paciente apresenta menos agitação, impulsividade e ganha em atenção, o que afeta no resultado escolar das crianças.

Um efeito apontado pelos autores é que as crianças tratadas com metilfenidato tendem a sofrer menos acidentes, em especial os domésticos. Como explicado anteriormente, esses pacientes têm maior tendência a se acidentarem, e essa medição produz redução desses casos. Outro ponto de destaque na abordagem desses autores é com relação aos seus efeitos colaterais. Entre eles se incluem insônia, dor de cabeça, fadiga e perda de apetite. Problemas de crescimento e psicose também estão associados.

## 2.2 Tratamento não-medicamentoso

Valendo-se ainda do modelo apresentado por Wick (2019), segue uma tabela com terapias não-farmacológicas apontadas pela autora para o tratamento de TDAH:

- Treinamento comportamental de pais.
- Programa de coach.
- Terapia cognitiva comportamental
- Treinamento cognitivo.
- Mudanças dietéticas.
- Neurofeedback.

Os programas citados serão abordados na ordem acima apresentam, com exceção da Terapia Cognitiva Comportamental, que por ser o foco desse trabalho será discutida em um capítulo à parte.

Sobre treinamento comportamental de pais, Anastopoulos, Rhoads e Farley (2008) afirmam que esse tipo de intervenção é necessária porque o TDAH causa diversas consequências no comportamento da criança e do adolescente e que os pais precisam receber uma atenção especial para isso. Um ponto que os autores destacam é que o TDAH pode evoluir para transtorno desafiador de oposição (TDO) e transtorno de conduta (TC), quadros em que o treinamento comportamental de pais já apresentaram prognóstico positivo. Soma-se a isso que crianças com TDAH tem maior insegurança com a formação de apego do que as crianças neurotípicas. Essa situação pode também desencadear outros transtornos futuramente. Também é referido pelos autores que um filho com TDAH pode desencadear em problemas dentro da família, como na proximidade entre os pais, o que também justifica esse modelo de atendimento.

Segundo os autores, “De modo geral, a maior parte desses programas treina pais no uso de técnicas especializadas de controle das contingências, como reforço positivo, custo da resposta e estratégias de castigo” (2008). O programa consiste em uma série de tarefas a serem realizadas em casa, o que auxilia os pais na observação e monitoramento de seus filhos.

Entre alguns efeitos dessa abordagem estão mudanças no comportamento infantil e redução do estresse dos pais, junto ao aumento de sua confiança na relação

com o filho. Os autores ainda salientam que os resultados são mais significativos na faixa etária de 4 a 12 anos da criança com TDAH.

Com relação ao programa de coach, segundo Ahmann et al. (2019), intervenções comportamentais são fundamentais para os pacientes com TDAH para a formação de suas habilidades organizacionais, tendo em vista aos bons resultados nos ambientes acadêmicos e profissionais. A esse tipo de tratamento, os autores chamam de multimodais, e dentre esses eles destacam o coaching (treinamento). Nesse trabalho, eles citam o método HCW, um processo de mudança de comportamento focado na autodescoberta.

Esse método possui estratégias bem amplas, iniciando com ferramentas de autoavaliação comportamental (ajudar o paciente a compreender como o TDAH afeta sua vida e como ele lida com isso, expor quais são os pontos negativos na busca de seus objetivos, compreender suas forças e fraquezas, entre outras atividades) para daí partir para as intervenções (contabilizar mudanças de comportamento, criar estratégias para lidar com possíveis situações negativas, questionamentos que levem o paciente a desenvolver respostas que estimulem suas competências, valores e desejos, entre diversas outras). Entre os resultados obtidos por essa intervenção segundo os autores estão maior independência, formação de habilidades organizacionais e interpessoais, crescimento pessoal e maior capacidade de autocuidado.

Ainda seguindo essa lógica de treinamento, em Wolfe e Madden (2016) tem-se o argumento de que atividades físicas têm se tornado populares como formas de se aliviar a impulsividade e a hiperatividade e também para ajudar na comorbidade de depressão e ansiedade. Além disso, as atividades físicas ajudam no aspecto cognitivo e na melhoria da capacidade de socialização.

Os pacientes com TDAH, na visão dos autores, possuem necessidades particulares com relação aos demais. Isso porque esse perfil tem maior tendência a sofrer acidentes — algo que na prática esportiva demanda muita atenção, em especial com crianças — e também pela dificuldade em manter o foco, o que pode prejudicar o desempenho das atividades.

Outro ponto destacado pelos autores é com relação a três necessidades universais do ser humano para a formação da motivação: autonomia, competência e ligação. Pacientes com TDAH tendem a apresentar dificuldades nessas áreas, e as

atividades físicas podem funcionar como um complemento para o fomento da sua motivação.

Soma-se a esse grupo de ações envolvendo atividades físicas o conceito de aprendizagem autodirigida. Esse conceito parte do princípio de que quando o ser humano consegue autodirigir seu aprendizado, ele consegue obter respostas positivas em diversos campos. Assim, é possível montar um grupo de atividades para pacientes com TDAH que desenvolvem sua motivação e sua autonomia, de forma a superar as limitações causadas pelo transtorno.

Já com relação ao treinamento cognitivo, Moore et al. (2018) explicam que esse é um modo de remediar as dificuldades do paciente através de uma série de atividades mentais, sendo que muitas dessas atividades podem ser realizadas através do computador. Entretanto, apesar de haver estudos que apontam para resultados positivos (como no controle da hiperatividade e nas habilidades referentes à memória), estes não são conclusivos e essa intervenção é considerada experimental.

Rosa et al. (2017) apontam que o treinamento cognitivo consiste na repetição de tarefas específicas ou múltiplas. Em especial, a memória é a área mais trabalhada em decorrência da sua relação com diversas outras competências. Além disso, a memória é parte fundamental do desempenho escolar, então esse treinamento ajuda no desempenho estudantil.

Já quanto as mudanças dietéticas, Couto, Melo-Junior e Gomes (2010) explicam que as relações entre alimentação e o TDAH começaram a ser notadas na década de 1970. Essa primeira proposta levantava que aditivos presentes na alimentação tivessem correlação com o agravamento do quadro. Pesquisas da época defendiam que a remoção de corantes artificiais, conservantes e salicilatos naturais como amêndoas, morangos, tomates entre outros alimentos promovia uma melhoria dos sintomas, argumento que foi bastante recusado.

Pelsser et al (2017) analisaram resultados de mudanças dietéticas na evolução do TDAH com testes com placebo. As intervenções avaliadas foram eliminação de alimentos coloridos artificialmente, dieta óligo-antigênica (na qual se restringe a alimentação a alguns tipos de alimentos) e suplementação com ácidos graxos poli-insaturados. A eliminação de alimentos coloridos artificialmente e a suplementação com ácidos graxos poli-insaturados não apresentaram resultados sólidos. Já a dieta óligo-antigênica mostrou resultados.

Stobernack et al (2019) avaliaram os resultados da dieta óligo-antigênica nos pacientes com TDAH. Algumas pesquisas apontadas pelos autores apontaram que essa intervenção apresenta resultados positivos entre 33% a 64%. Uma das hipóteses sugeridas pelos autores é que essa dieta pode interferir no metabolismo da dopamina e da norepinefrina, o que provocaria melhoria nos sintomas do TDAH.

Já o neurofeedback é um tratamento ligado ao conceito de neuromodulação. Ele visa estimular as atividades cerebrais de forma a melhorar o desempenho cognitivo. Enriquez-Geppert, et al (2019) explicam que alguns testes randômicos de neurofeedback em pacientes com TDAH apresentaram resultados tão positivos quanto o do metilfenidato com 30 a 40 sessões, apesar de que é necessário uma quantidade maior de pesquisas para se chegar a resultados mais precisos e para se saber sobre os efeitos.

### 2.3 Reflexão sobre medicação e terapia

Já expostos tanto o tratamento medicamentoso quanto o terapêutico, é preciso considerar agora o papel de cada um deles no processo de melhoria dos sintomas do TDAH.

Como apresentado, há um leque de opções medicamentosas, com graus diferentes de resultados e também com diferenças quanto ao período de duração, efeitos colaterais, taxa de adesão, etc. Isso aponta que há uma potencial progressão para o paciente tratado por essa via, mas, ao mesmo tempo, todas essas diferenças também trazem a necessidade de um olhar crítico.

Muitas das medicações apresentam efeitos colaterais diversos, como náusea, perda de apetite, irritabilidade, insônia e redução do crescimento. Sá et al. (2020) apontam que estimulantes podem levar ao desenvolvimento de psicose e de esquizofrenia. Muitos dos efeitos adversos incidem em abandono do tratamento, e isso pode significar um paciente com sintomas que prejudicam sua vida, mas que não buscam mais tratamento.

Segundo Corbisiero et al (2018), a abordagem psicoterapêutica alinhada com o tratamento medicamentoso é necessária no TDAH porque os efeitos da medicação não são capazes de gerar uma plena remissão dos sintomas. Eles apontam que a psicoterapia ajuda em competências que a medicação não consegue, como no comportamento social e organizacional. Aqui, podem ser citadas áreas mais específicas, como comportamento adaptativo, área social, interpessoal e de performance. Os autores apontam que a parte comportamental é uma das principais em que a psicoterapia tende a oferecer benefícios que os medicamentos não conseguem.

Outro fator problemático é o suposto excesso de diagnósticos e de tratamento de TDAH. Esse fator é questionável, por haver uma popularização da ideia de que há excessos, mas sem uma comprovação prática disso. É inclusive possível que ocorra o oposto, uma subdiagnóstica do TDAH. Mesmo assim, é importante levar em consideração a possibilidade desses excessos, de pacientes que não possuem TDAH, mas são diagnosticados — situação mais grave quando se fala de crianças. Se essa situação for concreta, haveria uma parcela de pessoas recebendo medicamentos sem necessidade.

Também é preciso se atentar a fatores políticos, sociais e econômicos ao se pensar no tratamento do TDAH e no alcance da população. Medicamentos podem estar fora de acesso da família por causa de preço, pode não ser distribuído pelas redes de saúde pública ou então pode até mesmo se encontrar em falta por motivos diversos. Esses fatores implicam na relevância de se desenvolver um rol de intervenções possíveis ao paciente.

Dentro da ética da área de saúde, ganha notoriedade o conceito de medicalização da vida. A medicalização da vida é um fenômeno desenvolvido ao longo do século XX que implica na maior influência das ciências médicas dentro da sociedade. Tomar vitaminas, praticar exercícios, ir ao médico ou dentista regularmente se tornaram práticas no meio social. Ao mesmo tempo em que se pode concluir que a medicalização da vida significa uma melhoria da qualidade do bem-estar da sociedade, é preciso também manter um olhar crítico sobre esse fenômeno, em especial quando se fala em saúde mental.

Nessa área em especial, a medicalização da vida tem transformado fenômenos tipicamente de fruto social, cultural, econômico e político em questões de saúde. Silva e Canavêz (2017) citam a questão da “cura gay” que foi levantada nos meios religiosos brasileiros nos últimos anos. Uma questão de cunho individual referente à própria sexualidade foi levada para um lado de saúde.

Da mesma forma, pode-se imaginar questões do cotidiano que começaram a movimentar consumo de remédios, como alunos que consomem estimulantes para obter melhor desempenho ou pessoas com problema de estresse que, ao invés de procurar uma solução das situações estressantes, optam por tomar antidepressivos e ansiolíticos.

Ainda segundo as autoras, a medicalização da vida levaria a uma perda da subjetividade do indivíduo. Ao invés de uma busca no próprio eu para se entender, a solução medicamentosa oferece uma saída mais fácil. Situações então que envolvem a individualidade ou que nascem no seio da sociedade são resolvidas por meio das ciências médicas.

No caso do TDAH, o questionamento da medicalização da vida é muito necessário. Esse questionamento deve considerar se levar crianças e adolescentes a um consumo contínuo de estimulantes, anfetaminas, antidepressivos e outras substâncias. É algo ético e se não é necessário — ou até mesmo urgente — aprimorar práticas substitutivas ou atenuantes por via não medicamentosa.

Ahmann et al. (2019) destacam que os medicamentos são o tratamento mais eficaz, mas que eles não conseguem atingir a totalidade do paciente. Por exemplo, o desenvolvimento de capacidades relevantes para a vida, como aquelas associadas às atividades laborais ou à socialização, não ocorre apenas com os remédios, demandando também uma intervenção terapêutica. Levando em consideração essas circunstâncias (efeitos colaterais, falta de adesão, poucos resultados à longo prazo, medicalização da vida) que os métodos terapêuticos são relevantes.

### **3 TRATAMENTO COM TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL**

#### **3.1 Terapia Cognitiva Comportamental: história e premissas**

A metodologia de trabalho da terapia cognitiva comportamental consiste em observar os problemas apresentados pelo paciente e dessa forma criar uma estratégia de ações que irão ajudá-lo. A terapia cognitiva comportamental é um modelo dinâmico, que se adapta a diversas situações diferentes mantendo a mesma proposta.

Segundo Rangé, Falcone e Sardinha (2011), o surgimento da TCC se deu com uma crítica aos modelos não-medicamentosos existentes na época, como os baseados em estímulo e respostas e a psicanálise. Nos modelos de estímulo e resposta, as críticas ocorreram porque elas não levavam em consideração os processos cognitivos do paciente, focando apenas em resultados oriundos das respostas. Já com relação à psicanálise, muitos dos pensadores não enxergavam eficiência no método, o que levaria à necessidade de formulação de novas propostas.

Ao mesmo tempo, nessa época, começou a surgir interesse pelos processos cognitivos do ser humano como formadores do seu comportamento. Assim, o processamento de informação pela mente começou a ser debatido como elemento na formação do comportamento. Daí surgiu a denominação de terapia cognitiva-comportamental.

Melo e Teixeira (2011) apontam que a TCC tem suas raízes no behaviorismo. A ligação ocorre porque o behaviorismo teve por premissa de trabalho o comportamento observável, se opondo aos modelos anteriores que se focavam em sentimentos e outras perspectivas não mensuráveis ou observáveis.

O behaviorismo tinha ênfase em bases fisiológicas para a formação do comportamento. Assim, reações corpóreas a determinados eventos iriam moldar o comportamento. O comportamento seria fruto de efeitos estímulo-resposta, onde a relação corpo e ambiente seriam determinantes. Assim, a TCC nasce de uma mudança na aplicação desse modelo. Ao invés de se trabalhar em premissas fisiológicas ou biológicas, o foco passou para a questão cognitiva.

Segundo Beck (2013), a Terapia Cognitiva-Comportamental começou a ser desenvolvida na década de 1960 como um modelo de tratamento da depressão e que com o tempo passou a ser utilizado para diversos outros transtornos.

De acordo com a autora:

Ela é singular no sentido de que é um sistema de psicoterapia com uma teoria da personalidade e da psicopatologia unificadas, apoiadas por evidências empíricas substanciais. Ela tem uma terapia operacionalizada com uma ampla gama de aplicações também apoiadas por dados empíricos, que são prontamente derivados da teoria (2013).

Ela aponta sua eficácia no tratamento do transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, fobia social, abuso de substância, transtornos alimentares, problemas de casais e depressão de pacientes internados. Além disso, também é utilizada como tratamento único ou adjunto de transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de personalidade, depressão recorrente, dor crônica, hipocondríase e esquizofrenia.

Os resultados da TCC também foram constatados como eficientes independentemente de nível de renda, educação e outros contextos sociais. Ela também foi adaptada para atender pacientes de todas as idades e para tratamentos individuais e em grupo.

A premissa básica da TCC é ajudar o paciente, através de diversas técnicas, a realizar mudanças cognitivas duradouras. Isso envolve mudanças de pensamentos e de sistema de valores para que haja um resultado, isto é, a mudança comportamental e emocional.

Mesmo havendo o preceito de que o tratamento deve ser definido caso a caso, de acordo com a individualidade do paciente, Beck aponta que existem alguns princípios que norteiam todos os atendimentos com TCC. O primeiro deles é “A terapia cognitiva se baseia em uma formulação em contínuo desenvolvimento do paciente e de seus problemas em termos cognitivos”. Isso significa que o terapeuta deve se atentar para a evolução do quadro do paciente e ir adequando o tratamento conforme mudanças vão ocorrendo.

O segundo deles é que “A terapia cognitiva requer uma aliança terapêutica segura”. Ou seja, a relação do paciente com o terapeuta deve ser forte, havendo confiança.

O terceiro é que “A terapia cognitiva enfatiza colaboração e participação ativa”. O trabalho deve ter ênfase na junção entre terapeuta e paciente, de forma que os dois estejam trabalhando na mesma direção em busca de um resultado.

O quarto é “A terapia cognitiva é orientada em meta e focalizada em problemas”. Dessa forma, o paciente deve enumerar os problemas que pretende enfrentar e a terapia deve focar em atingir metas ligadas a esses problemas.

O quinto afirma que “A terapia cognitiva inicialmente enfatiza o presente”. Quando o trabalho é iniciado, o foco deve ser no presente, nos problemas que o paciente está enfrentando atualmente. O foco no passado deve ocorrer em três situações: quando o paciente pretende agir dessa forma, quando trabalhar apenas com o presente não oferece resultados ou quando os problemas trabalhados necessariamente implicam em trabalhar o passado do paciente.

O sexto diz que “A terapia cognitiva é educativa, visa ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza prevenção da recaída”. Assim, a ênfase é em estimular a autonomia do paciente e fazer com que ele tenha melhorias a longo prazo.

O sétimo diz que “A terapia cognitiva visa ter um tempo limitado”. O paciente precisa apresentar melhorias dentro de um determinado período. É preciso levar em conta que muitos pacientes demoram a apresentar resultados. Mas, mesmo assim, é necessário ter em mente que resultados devem surgir com o tempo e que a terapia tem prazo para terminar.

O oitavo aponta que “As sessões de terapia cognitiva são estruturadas”. O terapeuta vai criar uma estrutura que será utilizada em todas as sessões. No caso de um paciente com TDAH ele pode, por exemplo, em todas as sessões avaliar como ele tem controlado a impulsividade e a desatenção.

O nono diz que “A terapia cognitiva ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder a seus pensamentos e crenças disfuncionais”. A proposta é mudar esses pensamentos que influem no surgimento dos sintomas. Com isso, o paciente precisa encontrar e lidar com esses pensamentos.

O décimo e último aponta que “A terapia cognitiva utiliza uma variedade de técnicas para mudar pensamento, humor e comportamento”. O terapeuta utilizará diversas técnicas para conseguir alcançar os resultados esperados.

A TCC parte da premissa do modelo cognitivo, que considera que a percepção individual influencia emoções e comportamentos. O importante aqui é perceber o peso da interpretação que a pessoa faz diante dos fatos. Se uma pessoa se assusta sempre

que vê um gato devido a um evento traumático, então a percepção dela do objeto gato é que gera uma emoção e um comportamento. Portanto, o terapeuta que atua com TCC tem ênfase nessa interpretação que seu paciente realiza.

Esse mecanismo de interpretações está interligado a uma série de crenças existentes no paciente. Existem as crenças centrais que desenvolvem crenças intermediárias (que podem ser suposições, atitudes ou regras) e essas crenças intermediárias levam a pensamentos automáticos. Por exemplo, a crença de que há perigo fora de casa pode levar a diversas crenças intermediárias. Por exemplo, posso ser assaltado, não posso demorar muito tempo fora de casa, devo pensar muito antes de sair de casa, devo sair de casa sem levar nenhum objeto valioso. Essa pessoa então terá diversos pensamentos automáticos, como se recusar a sair de casa, ficar ansiosa ao sair, por exemplo. Ou seja, uma determinada situação vai confrontar com o pensamento automático e vai gerar emoções ou certos comportamentos.

Leahy (2006), ao caracterizar a TCC, afirma que “O pressuposto fundamental que orienta a terapia cognitiva é que a interpretação que o indivíduo faz de um evento determina como ele se sente e se comporta”. Em sua obra, o autor apresenta uma série de técnicas de trabalho que o psicólogo dessa linha pode trabalhar. Entre algumas delas estão a evocação de pensamentos e pressupostos, avaliação e contestação de pensamentos, avaliação sob perspectiva, entre outras.

O autor aponta que o modelo da TCC não é algo fechado, mas sim que se adequa conforme for a característica e aquilo que o paciente busca. Assim, pode-se depreender que a TCC pode gerar modelos de tratamento de acordo com as limitações apresentadas pelos pacientes e com aquilo que ele pretende superar.

### 3.2 Terapia Cognitiva Comportamental no tratamento de TDAH

O atendimento terapêutico, como já visto anteriormente, vem sendo estudado no tratamento do TDAH desde a década de 1970. E dentre as diversas abordagens aplicadas encontrava-se a TCC.

Segundo Barkley (2008), a base do desenvolvimento desse modelo de terapia se dá por meio do pensamento de autores dos EUA e russos, em especial o de Lev Vygotsky. A influência se dá pelo conceito de fala autodirigida. Segundo o autor:

“A abordagem de TCC enfatiza a necessidade de desenvolver a fala autodirigida em crianças impulsivas para orientar sua definição e atenção a situações problemáticas imediatas, gerar soluções para esses problemas e guiar seu comportamento enquanto as soluções são executadas”. (Barkley, 2008).

Coelho et al (2017) apresentam algumas propostas e pesquisas realizadas sobre a aplicação de Terapia Cognitiva Comportamental em pacientes com TDAH. Uma metodologia que eles apresentam, é o Summer Treatment Program (STP), um modelo de tratamento intensivo que propõe emparelhar as capacidades e habilidades de crianças com TDAH com as demais de sua faixa etária.

Segundo Fabiano et al (2014), essa proposta visa envolver as crianças com atividades acadêmicas e recreativas durante os meses de verão, de onde vem o nome do programa. Ele utiliza um programa de recompensas que estimule as práticas de atividades junto ao desenvolvimento de regras e rotinas. Esse programa envolve também os pais e responsáveis, de forma que suas aplicações ocorram também no ambiente familiar.

De forma mais pormenorizada, o STP consiste em usar de condicionamento operante e teoria de aprendizagem social para promover a superação das limitações causadas pelo TDAH. Os antecedentes do paciente são observados, se construindo então um panorama sobre sua situação, como o grau de consequências que o transtorno gerou e quais os alvos a serem atingidos. Com isso, se constrói um programa para essa criança, para atravessar do modelo de aprendizagem social para que se realize uma intervenção por meio de estímulos e respostas diante do quadro particular.

A duração é de seis a nove semanas, e abarca crianças e adolescentes de 5 a 16 anos, agrupadas por faixa etária. Por se tratar de um trabalho em grupo, ele simula situações sociais, o que desenvolve o trabalho conjunto e a interação. O método de estímulos e respostas visa promover os bons comportamentos, como seguir regras e ignorar provocações, e reduzir os negativos, como agressividade e interrupção dos outros. As atividades vão além do comportamental. Elas também englobam o desenvolvimento de capacidades e habilidades, como na socialização e na prática esportiva. A parte acadêmica e artística também são contempladas, através de salas que simulam ambientes escolar e atividades artísticas.

Nas avaliações com relação aos efeitos dessa abordagem, foi constatado que crianças tratadas com STP precisaram de doses menores de medicação para conseguir os mesmos resultados. Crianças que recebiam doses de 15mg/kg de metilfenidato junto às atividades de STP tinham resultados equivalentes ao de crianças que recebiam 60mg/kg do remédio.

Coelho et al ainda realizaram estudos com crianças e adolescentes entre 7 e 14 anos trabalhando comparativamente dois grupos, um apenas recebendo medicação e outro recebendo a combinação entre medicação e TCC. O modelo utilizado de terapia seguiu as seguintes propostas: Psicoeducação, treinamento com os pais, organização e planejamento, resolução de problemas, regulação emocional e habilidades sociais. O cronograma das atividades envolveu 28 sessões: 8 com pais e responsáveis, 20 com as crianças e 2 com pais e crianças.

Os resultados não apontaram diferenças em questões cognitivas ou comportamentais. Porém, quanto a habilidades sociais, o grupo que utilizou medicação e TCC apresentou desenvolvimento considerável em relação aos demais. Empatia, assertividade e autocontrole se mostraram mais desenvolvidas nesse grupo.

Segundo Ribeiro (2016):

"Pesquisas avaliam a viabilidade do uso da Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento de diversos transtornos, entre eles, o TDAH, com o objetivo de oferecer à criança ferramentas para desenvolver as funções de controle executivo, em que se incluem estratégias de autocontrole, parar e pensar em alternativas e o treinamento de resolução de problemas, por exemplo."

A autora enfatiza que as técnicas de TCC aplicadas no TDAH devem focar na brincadeira e no jogo, de forma a estimular ações práticas que interfiram positivamente nos sintomas. Ela também cita que essas técnicas auxiliam no controle e na inibição da impulsividade. Uma técnica citada por ela, desenvolvida por Barkley, reúne os seguintes passos:

- a) Definir claramente o problema.
- b) Definir qual é o objetivo pretendido e qual a alternativa desejada para a solução do problema.
- c) Listar as possíveis alternativas para resolver o problema.
- d) Avaliar de 1 a 10 cada opção que represente, desde a mais negativa até a mais positiva.
- e) Selecionar a melhor opção e colocá-la em prática por uma semana ou pelo tempo que for necessário; caso a opção não dê certo, praticar as outras opções listadas até que o problema possa ser resolvido.
- f) Estar aberto a discordar; caso a tentativa inicial não der certo, ser honesto para aceitar as falhas e buscar outras opções para solucionar o problema.
- g) Cumprir o plano e avaliar os resultados.

Ribeiro também cita outro programa, desenvolvido por Kendall, para problemas associado à autoinstrução e ao treinamento de habilidades sociais. A primeira etapa deste programa é levar o paciente a compreender qual problema deve ser enfrentado. A partir daí, deve-se identificar as características do paciente para então se procurar soluções para os problemas apontados. Dessa forma, serão elaboradas ações que irão auxiliar o paciente em seu desenvolvimento. Esse programa auxilia no controle da impulsividade e na inflexibilidade cognitiva.

Uma das técnicas citadas pela autora como das mais eficientes é a de solução de problemas. Esse modelo consiste em utilizar atividades do dia a dia da criança para conseguir ajudá-la na progressão positiva dos sintomas.

Já o exercício do semáforo faz com que a criança leve um cartão com o desenho do semáforo que ela deve consultar em momentos de agir ou tomar decisões. O vermelho vai apontar que a criança deve parar e pensar no que fazer. O amarelo significa considerar as alternativas diante da situação. Já a verde significa tomar a decisão. Esse é um exercício para se estimular o controle da impulsividade.

Outra estratégia é o SPEAR (Stop, Pull Back, Evaluate, Act, and Reevaluate), que foi elaborada para atender adultos, mas que pode ser utilizado em crianças também. Ela consiste em trabalhar no paciente a sequência parar, avaliar, agir e reavaliar.

A autoinstrução é um trabalho que visa auxiliar o paciente nas suas ações diante de situações com maior grau de complexidade. A autora cita as seguintes etapas:

- a) O terapeuta ocupa o papel de protagonista em alguma tarefa e fala em voz alta enquanto o paciente observa.
- b) O paciente repete a tarefa instruindo-se em voz alta.
- c) O terapeuta modela o comportamento do paciente sussurrando as instruções.
- d) O paciente repete a tarefa sussurrando as instruções.
- e) O terapeuta faz a tarefa com as instruções internalizadas.
- f) O paciente repete a tarefa utilizando as instruções internalizadas.

Já em uma discussão referente aos modelos de tratamento terapêutico, a autora afirma que a TCC consiste no modelo que oferece melhores resultados para os pacientes, que apresentam resultados tão bons quanto os tratamentos medicamentosos e que, se combinados, podem oferecer uma perspectiva ainda melhor ao paciente e até mesmo ajudá-lo a não precisar mais de medicação.

#### **4 ANÁLISE DO TRATAMENTO MULTIMODAL E DO UNIMODAL MEDICAMENTOSO**

Conforme o apresentado nos capítulos 2 e 3 desse trabalho, já se pode ter uma boa compreensão sobre o leque de alternativas existentes para o tratamento do TDAH. Mesmo havendo diversas propostas com resultados e limitações diferentes e determinados protocolos que definem determinados tratamentos como melhores do que os outros, no campo prático há uma forte tendência a aplicação de tratamentos combinados ou multimodais, quando se combina intervenções medicamentosas e não-medicamentosas.

Essa prática se dá pela busca dos melhores resultados para os pacientes, com a melhor progressão dos sintomas, menores efeitos colaterais, maior desempenho em diversos campos (aprendizado, trabalho, afetividade, socialização, etc) e a implicação de outros fatores, como a vontade do paciente e da sua família ou a busca por menor dependência de remédios.

Dentre as possibilidades multimodais, será avaliada agora aquela que combina TCC com medicamentos. Para isso, serão analisadas pesquisas realizadas sobre o assunto com um modelo comparativo, em que será avaliado o resultado do modelo multimodal com o tratamento utilizando apenas medicamento.

Antes de se focar especificamente nesses artigos, cabe apresentar as considerações de Barkley, Smith e Shapiro (2008) com relação aos tratamentos multimodais, nesse caso naqueles que combinam medicamentos com intervenções psicossociais. Ao mesmo tempo em que apontam que há pesquisas de que os tratamentos multimodais ofereçam resultados superiores que os apenas medicamentosos, há também estudos que apontem que não há melhorias no multimodal. Da mesma forma, podem ser levantadas muitas questões com relação aos resultados das que apresentam maior eficácia dos multimodais.

Os autores apresentam um dos mais relevantes estudos já realizados sobre o tratamento combinado, que foi o Multimodal Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (MTA), realizado pelo National Institute of Mental Health (NIMH), órgão da área de saúde mental ligado ao Departamento de Saúde dos EUA. Esse estudo procurou compreender quais são os efeitos dos diversos tipos de tratamento do TDAH a longo prazo, e para isso trabalhou com 579 crianças de 7 a 9,9 anos. Essas crianças foram divididas em quatro grupos: apenas medicação, apenas

modificação comportamental, combinação de medicação e modificação comportamental e grupo de comparação da comunidade. Foram feitas avaliações aos 3, 9 e 14 meses, sendo essa a avaliação final. Desse estudo saíram outros resultados, como avaliações de 24, 36 e 48 meses.

O trabalho com TCC teve como foco trabalhar com as crianças, os pais e a escola. O atendimento aos pais foi realizado em 27 sessões em grupos e 8 individuais. Já o tratamento para as crianças utilizou o modelo STP desenvolvido por William Pelham Jr. Durante 8 semanas as crianças receberam um atendimento intensivo durante 9 horas por dia. Também foram realizadas de 10 a 16 sessões com os professores.

No tratamento medicamentoso, nos primeiros 28 dias foi utilizado um modelo duplo-cego, em que algumas crianças recebiam placebo e outras metilfenidato em doses que variam entre 5, 10, 15 e 20 mg. Alguns receberam dextroanfetamina ao invés de metilfenidato por não terem apresentado melhorias e outros receberam apenas placebo porque apresentaram melhoria dessa forma. Já o grupo de comparação da comunidade recebeu o tratamento regular usualmente oferecido, sem terem nenhum atendimento por parte dos pesquisadores.

Os resultados desse trabalho variam conforme o modelo de observação que se utiliza. De modo geral, eles apresentam que todos os quatro grupos tiveram melhoria nos sintomas, mas que entre esses os que fizeram parte do grupo que recebeu tratamento combinado foram o que tiveram a melhor progressão. Em uma avaliação baseada em escores de pais e professores, as taxas de sucesso foram de 68% dos que utilizaram tratamento combinado, 56% para os que utilizaram tratamento apenas medicamentoso, 34% para quem utilizou apenas o tratamento terapêutico e 25% dos grupos de comparação da comunidade.

Ao se avaliar os resultados pelas estatísticas médias grupais, os grupos tratados com medicamento e os com tratamento combinado apresentaram resultados melhores que os grupos com tratamento apenas terapêutico e que os grupos de comparação da comunidade. Nessa abordagem, os grupos tratados com medicamento e os com tratamento combinado apresentaram resultados similares entre si e os com tratamento apenas terapêutico e os grupos de comparação da comunidade também apresentaram tratamentos similares.

Na comparação entre os com tratamento apenas terapêutico e os grupos de comparação da comunidade, há um fator importante, que é o de que 67% das crianças

dos grupos de comparação da comunidade receberam medicação. Assim, o tratamento terapêutico teve paridade com crianças medicadas.

Outro ponto importante é que as crianças tratadas com o modelo combinado receberam doses menores de medicação do que aquelas tratadas apenas com medicamentos e ainda assim obtiveram resultados semelhantes, o que pode indicar que o tratamento terapêutico teve efetividade.

Na análise feita por Barkley, Smith e Shapiro, os autores consideraram que as estatísticas indicam que não existem diferenças significativas entre o tratamento combinado e o tratamento apenas medicamentoso. Ao mesmo tempo, eles consideram que os resultados ficam em aberto, devido à multiplicidade de fatores envolvidos. Ao analisar a eficácia superior do tratamento multimodal com relação aos demais, em uma escala de A, B e C, os autores apontam o tratamento multimodal como B, não o considerando como C por haver indícios de que haja melhorias para o paciente, e não o considerando A pelo fato de haver estudos que se contradizem e pela falta de uma sustentação realmente robusta de que esses tratamentos ofereçam uma melhoria acima dos demais.

Um dos argumentos que eles apresentam para considerar que não há melhoria considerável do modelo multimodal é que os ambientes nos quais as pesquisas foram realizadas foram feitas com o máximo de rigor, em uma estrutura controlada. Entretanto, não é essa a realidade que se verifica no dia a dia, em que a criança ou família podem negligenciar as intervenções terapêuticas. Assim, depreende-se que a eficiência do modelo multimodal permanece em aberto.

Hinshaw e Arnold (2016) avaliaram os resultados dos estudos do MTA. Eles constataram que os pacientes com uso de medicamento tiveram uma queda de eficácia ao longo do tempo, resultado da resistência que o corpo acaba criando. Por outro lado, os participantes que receberam tratamento com terapia cognitivo-comportamental apresentaram melhorias que se sustentaram ao longo do tempo.

Saindo do cerne das análises em torno do MTA, encontramos em Fabiano et al. (2014), os resultados comparativos do uso do modelo STP no tratamento multimodal em comparação aos tratados apenas com medicamento. Conforme apresentado no capítulo anterior, crianças medicadas com doses de 15mg/kg de metilfenidato acompanhada do tratamento de STP chegaram a resultados comparáveis ao de crianças que recebiam 60mg/kg do remédio, o que aponta que esse modelo pode auxiliar na redução da medicação utilizada.

Corbisiero et al (2018) realizaram um teste comparativo entre tratamento medicamentoso e tratamento multimodal com medicamentos e TCC. Eles analisaram 43 pacientes adultos com TDAH, todos com sintomas desde a infância e que perduraram até a vida adulta. Desses, 23 foram submetidos a tratamento com metilfenidato e TCC enquanto os outros 20 tiveram tratamento apenas com metilfenidato.

A aplicação medicamentosa começou com uma dose de 20mg/dia de metilfenidato- com ajuste a cada quatro dias de 0,5–1,3 mg/kg do peso da pessoa/dia, sem novo acréscimo após a segunda semana. Já o tratamento com TCC foi realizado em 10 a 12 sessões semanais de 120 minutos cada e seguiu uma série de módulos, divididos em módulo básico e módulo optativo, conforme se vê a seguir:

<b>Módulo psicoterapêutico</b>	<b>Tema do módulo</b>	<b>Número de sessões</b>	<b>Conteúdo e temas</b>
Módulo básico 1	Psicoeducação e análise comportamental	2 sessões	Psicoeducação de TDAH em adultos   Informação sobre fatores de vulnerabilidade da patologia do TDAH   Análise dos problemas comportamentais específicos   Busca por estratégias que já foram bem sucedidas
Módulo básico 2	Terapia cognitiva	4 sessões	Modelo de terapia e introdução a terapia cognitiva   Restruturação disfuncional do TDAH: cognições específicas e crenças fundamentais ou esquemas cognitivos atrasados, distorções e erros cognitivos,.
Modulo básico 3	Sessão final e preventiva	1 sessão	Sumário de estratégias de ajuda   Ênfase na necessidade de

			fazer exercícios continuamente   Estratégias suportando a autoavaliação e outros melhoramentos.
Módulo opcional 1	Organização	1 sessão	Aquisição de habilidade de organização e planejamento
Módulo opcional 2	Procrastinação	1 sessão	Lidar com a procrastinação de deveres e atividades.
Módulo opcional 3	Aprendizado	1 sessão	Aquisição de habilidades de aprendizado   Treinamento de concentração.
Módulo opcional 4	Impulsividade	1 sessão	Lidar com impulsividade, superatividade emocionante mal e baixo controle do afeto.
Módulo opcional 5	Parceria	1 sessão	Melhorias na comunicação e da resolução de problemas relacionados a socialização.

Os módulos básicos foram aplicados a todos os participantes e os optativos aplicados conforme a particularidade de cada caso. As sessões incluem exercícios, interpretações, troca de informações e planilhas de trabalho. As sessões também envolvem tarefas do dia a dia que os participantes devem realizar. As sessões foram conduzidas por profissionais habilitados a trabalhar com TCC.

Em suas conclusões, os autores constataram melhoria nos dois grupos provocada pelo metilfenidato, mas não identificaram melhorias causados pelo tratamento com TCC.

Coelho et al (2017) realizaram um semelhante estudo com 60 crianças com TDAH, sendo 30 no grupo com tratamento medicamentoso e 30 no tratamento multimodal. Os dois grupos receberam uma igual dosagem de metilfenidato. Na primeira semana, 5 mg no café da manhã e 5 mg no almoço, na segunda semana 10 mg no café da manhã e 10mg no almoço e da semana 3 a 20 mg no café da manhã.

Para as crianças do grupo que recebeu tratamento psicoterapêutico, foi estabelecido um protocolo baseado em seis metas: psicoeducação, treinamento parental, organização e planejamento, solução de problemas, regulação emocional e habilidades sociais. Foram realizadas 28 sessões com uma hora e meia cada, sendo 8 com os pais e 20 com as crianças, sendo que 2 foram com pais e crianças.

Um dos resultados apontados pela pesquisa é que o grupo tratado com TCC teve maior adesão ao tratamento. Esse mesmo grupo também teve melhoria em sintomas periféricos e nas habilidades sociais, com melhoria na empatia, assertividade e autocontrole.

Emilsson et al (2011) realizaram uma pesquisa com 54 pacientes adultos, dos quais metade receberam tratamento medicamentoso e a outra metade o multimodal. No tratamento medicamentoso, eles utilizaram metilfenidato, atomoxetina e bupropiona. Já o tratamento com TCC visou melhorar habilidades sociais, de resolução de problemas e de organização. O programa consistiu em cinco módulos: neurocognitivo (aprender estratégias para aprimorar controle da atenção, memórias, controle de impulsos e planejamento), solução de problemas (habilidades de pensamento, identificação de problemas, pensamento em consequências, lidar com conflitos e fazer escolhas), controle emocional (lidar com sentimentos de fúria e ansiedade), habilidades sociais (reconhecimento de pensamentos e sentimentos dos outros, empatia, habilidades de negociação e resolução de conflitos), e raciocínio crítico (avaliar opções). As sessões duram 90 minutos por sessão, sendo 15 sessões duas vezes por semana.

Essa pesquisa chegou à conclusão de que houve melhoras no grupo tratado com TCC em relação ao outro. Entre algumas das capacidades onde foram detectadas melhoria estão a falta de atenção, a impulsividade, controle emocional e habilidades sociais.

Para se elaborar uma discussão acerca da comparação entre os modelos multimodais e os modelos apenas medicamentosos é preciso começar se referindo aos aspectos do TDAH. Como já exposto ao longo desse trabalho, o TDAH tem efeitos na atenção e na impulsividade, o que acaba sendo fruto de problemas diversos para o paciente. Esses problemas são muito comuns no desempenho escolar da criança e na sua socialização, de onde começa a ser identificada a existência do transtorno.

Assim, dos dois sintomas primários, se desencadeiam diversos outros que afetam o paciente, como dificuldades escolares, em compreender e seguir regras, no

convívio familiar, social e no ambiente profissional. Maiores riscos de acidentes e a presença de comorbidades também surgem. Junta-se a isso que os sintomas podem aparecer em maior ou menor grau, o que compromete a qualidade de vida de formas diferentes.

Diante desse quadro e de tantas variáveis, constata-se que o TDAH se manifesta de formas distintas e com comprometimentos em diversas competências e em variados graus. E é com essa realidade diversificada com que as pesquisas vão lidar.

A quantidade de estudos que avaliam os efeitos do tratamento multimodal com o unimodal medicamentoso não é muito extensa. O MTA se configura como a principal delas, pela quantidade de pacientes analisados e pela extensão do período. Ele é um importante referencial nesse quesito. Ainda, há outras propostas que foram realizadas, conforme visto, o que configura um quantitativo escasso de pesquisas desse formato.

A escassez de pesquisas impede que um caso com tantas variações como o TDAH possa ser compreendido de forma mais minuciosa. As existentes trabalham com determinados padrões que não contemplam o todo. Um caso é a escassez de pesquisas com tratamento em adultos.

Outro fator é que a TCC é um modelo móvel, que pode ser desenvolvido e aplicado em diversos formatos. Um caso é o STP, desenvolvido por Pelham, que é considerado um dos melhores tratamentos não medicamentosos de TDAH. Junto a esse existem outras formas de atendimento, o que mostra que há um leque de possibilidades, o que também incorre em maior dificuldade de se conseguir estudar os resultados de maneira metodológica. Além disso, a terapia interage com a subjetividade do paciente, o que não consegue produzir um efeito específico de causa e consequência. Algo que é diferente do medicamento, que atua biologicamente e cujos efeitos são mais constatáveis.

Ao se analisar a comparação do modelo multimodal com o unimodal medicamentoso, o foco principal é saber o quanto o trabalho com TCC oferece de benefícios além dos já oferecidos pelos medicamentos. Como a eficácia dos remédios já é bem estabelecida e conhecida, o resultado do multimodal se refere a um acréscimo de benefícios obtidos pelo paciente. Assim, resultados iguais ou muito próximos, sem diferenças significativas, caracterizam que não há vantagem no multimodal.

Um questionamento válido é com relação às diferenças entre os resultados nas observações e aqueles que ocorrem no mundo cotidiano. As pesquisas são realizadas de forma controlada, algo que não ocorre no mundo cotidiano. Então os resultados podem ser diferentes caso se aplique o tratamento fora desses ambientes.

Quando se analisa as pesquisas realizadas, percebe-se que há divergências entre seus resultados. Um deles é quando se compara estatísticas, como na comparação entre dados de grupo e dados individuais. Conforme visto, a perspectiva individual tende a mostrar uma eficiência maior do tratamento multimodal, enquanto os dados grupais apontam resultados equiparados, sem uma melhoria que compense o tratamento.

Há divergências também de resultados entre estudos diferentes. Alguns apontam que há melhoria no multimodal, enquanto outros não constatarem nenhuma diferença. Essas discrepâncias podem ser atribuídas a metodologias diferentes de TCC, em que algumas sejam mais eficazes do que outras.

Mesmo que de modo geral o modelo multimodal não ofereça diferencial, há algumas vantagens percebidas e defendidas por pesquisadores que devem ser levadas em consideração. Uma delas é que o multimodal permite uma redução da quantidade de medicação utilizada. Esse é um ponto importante, já que muitos pacientes sofrem com reações adversas da medicação. Outra vantagem é que a intervenção terapêutica produz resultados que permanecem a longo prazo, enquanto a medicação pode perder efeito. Assim, ao se pensar em uma melhoria permanente no paciente, a TCC é um instrumento relevante.

A existência de comorbidades também pode justificar o modelo multimodal. Sendo o TDAH um transtorno muito propenso a desenvolvê-las, o tratamento com TCC, mesmo que não tenha efeitos no TDAH, pode auxiliar nesses sintomas. Além disso, ao se falar que o TDAH tem uma ampla manifestação no cotidiano do paciente, pode-se considerar que há diversas alçadas que não vão ser afetadas pelo medicamento. Saber se organizar, saber manter relações sociais e desempenhar atividades laborais são habilidades da existência que a medicação pode não beneficiar, e então a TCC pode ser benéfica.

Tendo tudo isso em vista, pode-se concluir que existem fortes indícios de que o tratamento multimodal possui diversas vantagens que justifiquem a sua aplicação. Dos efeitos no progresso geral do paciente ao efeito substitutivo de medicamentos, da melhoria nas comorbidades ao desenvolvimento de competências múltiplas, há

muitas evidências da necessidade de sua aplicação. Há também muitos argumentos que vão ao contrário, o que deixa conclusões taxativas em aberto. Responder a essa pergunta dependerá do que se vai descobrir acerca desses tratamentos do TDAH ao longo dos anos.

## CONCLUSÃO

A busca pelo entendimento acerca da eficácia dos tratamentos multimodais do TDAH nos mostra que há um enorme espaço vazio ainda a ser preenchido. Isso se explica por diversos fatores. Esse transtorno começou a ser estudado tardiamente com relação a outros, a eficácia do tratamento medicamentoso criou barreiras a outros modelos, como se não houvesse necessidade de tratamento não medicamentoso, a iniciativa por desenvolver modelos terapêuticos começou de forma tardia e demorou bastante para apresentar propostas que pudessem mostrar algum grau de eficácia.

O percurso trilhado ao longo desse trabalho nos mostrou uma complexa história na compreensão do TDAH, saindo de hipóteses que se referiam a um transtorno que afetava a capacidade moral das crianças em decorrência de supostas lesões do tecido cerebral até as hipóteses mais recentes que fundamentam a causa em questões hormonais no cérebro, como com a dopamina, catecolamina e norepinefrina.

O uso de estimulantes se mostrou eficaz ao longo do tempo e assim se definiu como um modelo básico de tratamento. Esse protocolo é o principal até os tempos atuais, sustentado pela alta eficácia apresentada por tais medicações. Embora estivesse presente essa eficiência, surgiu uma crítica a esse padrão de tratamento que medicava crianças com essas substâncias e por períodos prolongado.

Essa crítica surgiu na década de 1970, mesma época em que muitas críticas ao tratamento psiquiátrico surgiram, como no caso da luta antimanicomial. Embasado por essa crítica, começou a busca por modelos não medicamentosos, que deu origem a diversas propostas, como treinamento parental, treinamento cognitivo, neurofeedback, etc.

A Terapia Cognitiva Comportamental se apresenta como um modelo bastante relevante na psicologia de modo geral. Surgido como resposta aos modelos anteriores de terapia, ela teve como foco o trabalho na área cognitiva do paciente de forma a obter respostas comportamentais. Firmando-se como uma das principais correntes da psicologia nas últimas décadas, é natural que se começasse a elaborar modelos de atendimento específicos para o TDAH.

Tentar elucidar a funcionalidade do tratamento de TDAH com a TCC por meio desses estudos comparativos evidencia uma complexa situação de um transtorno com múltiplas manifestações em graus distintos e com comorbidades variadas cujas

pesquisas são escassas e com resultados discutíveis. Assim, se mostrou necessário conseguir compreender os efeitos positivos mesmo com tantas incertezas.

O que mais se marca após essa investigação é a necessidade de mais pesquisas e de maior refinamento com relação a elas. Mesmo em um cenário no qual as medicações apresentem bons resultados, o desenvolvimento de alternativas é por motivos anteriormente já expostos. Muitas formas de tratamento apresentam resultados, e não se pode negar que há forte potencial da TCC nesse meio.

## REFERÊNCIAS

ADVOKAT, Claire; SCHEITHAUER, Mindy. **Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) stimulant medications as cognitive enhancers.** Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3666055/>>. Acesso em 21 de janeiro de 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2014

AHMANN, E; SMITH, K; ELLINGTON, L; PILLE, R. **Health and wellness coaching and psychiatric care collaboration in a multimodal intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder: A case report.** Disponível em <<http://www.thepermanentejournal.org/issues/2020/winter/7295.html>>. Acesso em 26 de janeiro de 2021.

ANASTOPOULOS, Arthur D.; RHOADS, Laura Hennis; FARLEY, Suzanne E. **Aconselhamento e Treinamento para os Pais.** In: Barkley RA. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

BARCKLEY, Russell A. **Transtornos de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento.** 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. [SEP]

BARCKLEY, Russell A.; SMITH, Bradley H.; SHAPIRO, Cheri J. **Terapias Infantis Combinadas.** In: Barkley RA. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

BECK, J. S. **Terapia Cognitiva-Comportamental: teoria e prática.** 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BELMAKER, R. H. **Modafinil Add-On in the Treatment of Bipolar Depression.** Disponível em

<<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2007.07050749>>. Acesso em 21 de janeiro de 2021.

CASTELLS, X; BLANCO-SILVENTE, L; CUNILL, R. **Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults.** Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513464/>>. Acesso em 21 de janeiro de 2021.

COELHO, Luzia Flavia et al . **Group cognitive behavioral therapy for children and adolescents with ADHD.** Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722017000103104&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722017000103104&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 16 de setembro de 2020.

CORBISIERO, Salvatore; BITTO, Hannes; NEWARK, Patricia; ABT-MÖRSTEDT, Beatrice; ELSÄSSER, Marina; BUCHLI-KAMMERMANN, Jacqueline; KÜNNE, Sven; NYBERG, Elisabeth; HOFHECKER-FALLAHOUP, Maria; STIEGLITZ, Rolf-Dieter. **A Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Pharmacotherapy vs. Pharmacotherapy Alone in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)-A Randomized Controlled Trial.** Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6250816/>>. Acesso em 14 de fevereiro de 2021.

COUTO, Taciana de Souza; MELO-JUNIOR, Mario Ribeiro de; GOMES, Cláudia Roberta de Araujo. **Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão.** Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-58212010000100019&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212010000100019&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 26 de janeiro de 2021.

DANTAS, DRG et al. **Tratamento do Tabagismo no Brasil, com Bupropiona ou Vareniclina: Uma Revisão Sistemática.** REVISTA SAÚDE E CIÊNCIA online, 2016; 5(1): 61 – 75.

DAUGHTON, Joan; CORR, Lindsey; LIU, Howard, WEST, Madeline. **Clonidine extended-release tablets for the treatment of ADHD.** Disponível em

<<https://www.jneuropsychiatry.org/peer-review/clonidine-extended-release-tablets-for-the-treatment-of-adhd-neuropsychiatry.pdf>>. Acesso em 20 de janeiro de 2021.

EMILSSON, Brynjar; GUDJONSSON, Gisli; SIGURDSSON, Jon F; BALDURSSON, Gisli; EINARSSON, Emil; OLAFSDOTTIR, Halldora; YOUNG, Susan. **Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent Symptoms: A randomized controlled trial.** Disponível em <<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-11-116#citeas>>. Acesso em 14 de fevereiro de 2021.

ENRIQUEZ-GEPPERT, Stefanie; SMIT, Diede; PIMENTA, Miguel Garcia; ARNS Martjim. **Neurofeedback as a Treatment Intervention in ADHD: Current Evidence and Practice.** Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6538574/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2021.

FABIANO, GA; SCHATZ, NK; PELHAM, WE. **Summer treatment programs for youth with ADHD.** Disponível em <[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4788789/?fbclid=IwAR3O8RE7c-1-qk5qgAJeq61tOQGTO6ljp6UypM5QplaK-6OX\\_7WZh1d\\_tkM](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4788789/?fbclid=IwAR3O8RE7c-1-qk5qgAJeq61tOQGTO6ljp6UypM5QplaK-6OX_7WZh1d_tkM)>. Acesso em 16 de setembro de 2020.

FRANCES, Allen. **Essentials of Psychiatric Diagnosis: Responding to the Challenge of DSM-5.** Nova York: The Guilford Press, 2013.

GARNOCK-JONES, Karly P.; KEATING, Gillian M. **Atomoxetine: a review of its use in attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents.** Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19445548/>>. Acesso em 20 de janeiro de 2021.

GENRO, Júlia Pasqualini. **O gene do transportador de dopamina e a suscetibilidade genética ao transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em crianças.** Disponível em <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15475/000667582.pdf?sequence=1>>. Acesso em 26 de janeiro de 2021.

GOMEZ, Z; NOBLEA, P. **Meta-analysis of the Effect of Modafinil in Children and Adolescents with Attention Deficit and Hyperactive Disorder.** Disponível em <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924933815304582>>.

Acesso em 21 de janeiro de 2021.

HASHEMIAN, Seyed MohammadReza; FARHADI, Tayebbeh. **A review on modafinil: the characteristics, function, and use in critical care.** Disponível em <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21556660.2020.1745209>>. Acesso em 21 de janeiro de 2021.

HERVAS, Amaia; HUSS, Michael; JOHNSON, Mats; MCNICHOLAS, Fiona; VAN STRALEN, Judy; SRECKOVIC, Sasha; LYNE, Andrew; BLOOMFIELD, Ralph; SIKIRICA, Vanja; ROBERTSON, Brigitte. **Efficacy and safety of extended-release guanfacine hydrochloride in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, controlled, Phase III trial.** Disponível em <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X14002788>>. Acesso em 20 de janeiro de 2021.

HINSHAW, Stephen P.; ARNOLD, L. Eugene. ADHD, Multimodal Treatment, and Longitudinal Outcome: Evidence, Paradox, and Challenge. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4280855/?fbclid=IwAR3csw7G3anPJdA8XkAcftfXr0qrZEBNocDKj84Lh6CMCyxPeMrW5Cs2Mg>>. Acesso em 23 de fevereiro de 2021.

IWANAMI, A.; SAITO, K.; FUJIWARA, M. et al. **Safety and efficacy of guanfacine extended-release in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: an open-label, long-term, phase 3 extension study.** Disponível em <<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02867-8#citeas>>. Acesso em 20 de janeiro de 2021.

LEAHY, Robert L. **Técnicas de Terapia Cognitiva: Manual do Terapeuta.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

MACIEL, Maria Regina; MARTINS, Karla Patrícia Holanda; PASCUAL, Jesus Garcia; MAIA FILHO, Osterne Nonato. **A infância em Piaget e o infantil em Freud: temporalidades e moralidades em questão.** Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572016000200329&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572016000200329&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 de setembro de 2020.

MAGO. **Testes.** Disponível em <<https://www.magopsi.com.br/MGMaster.asp?palavra=tdah&funcao=buscasite&produto=site>>. Acesso em 26 de janeiro de 2021.

MELO, Márcia Helena da Silva; TEIXEIRA, Maria Cristina Triguero Veloz. **A Terapia Comportamental: Pressupostos e Visibilidade Científica.** In: OLIVEIRA, Margareth da Silva; ANDRETTA, Liana (org.). **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental.** 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

MALLOY-DINIZ, Leandro Fernandes; ALVARENGA, Marco Antônio Silva; ABREU. Neander; FUENTES, Daniel; LEITE, Wellington Borges. **Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: tratamento farmacológico e não farmacológico.** In: PETERSEN, Circe Salcides; WAINER, Ricardo. **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes.** Porto Alegre : Artmed, 2011.

MOORE, AL; CARPENTER II, DM; MILLER, TM; LEDBETTER, C. **Clinician-delivered cognitive training for children with attention problems: effects on cognition and behavior from the ThinkRx randomized controlled trial.** Disponível em <<https://www.dovepress.com/clinician-delivered-cognitive-training-for-children-with-attention-pro-peer-reviewed-article-NDT>>. Acesso em 26 de janeiro de 2021.

PELSSER, Lidy M.; FRANKENA, Klaas; TOORMAN, Jan; PEREIRA, Rob Rodrigues. **Diet and ADHD, Reviewing the Evidence: A Systematic Review of Meta-Analyses of Double-Blind Placebo-Controlled Trials Evaluating the Efficacy of Diet Interventions on the Behavior of Children with ADHD.** Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5266211/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2021.

PERRANOUD, Philippe. **10 novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PIAGET, Jean. **A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

RANGÉ, Bernard Pimentel; FALCONE, Eliane Mary de Oliveira; SARDINHA, Aline. **História e Panorama Atual das Terapias Cognitivas do Brasil**. In: OLIVEIRA, Margareth da Silva; ANDRETTA, Liana (org.). **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

RIBEIRO, Simone Pletz. **TCC e as funções executivas em crianças com TDAH**. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872016000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872016000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 03 de fevereiro de 2021.

ROSA, Virginia de Oliveira; SCHMITZ, Marcelo; MOREIRA-MAIA, Carlos Renato; WAGNER, Flavia; LONDERO, Igor; BASSOTTO, Caroline de Fraga; MORITZ, Guilherme; SOUZA, Caroline dos Santos de; ROHDE, Luis. Augusto Paim. **Computerized cognitive training in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder as add-on treatment to stimulants: feasibility study and protocol description**. *Trends Psychiatry Psychother*. Disponível em <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-60892017000200065](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892017000200065)>. Acesso em 26 de janeiro de 2021.

SÁ, Teresa et al. **Psychotic symptoms during stimulant treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder**. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0872-07542020000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542020000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 21 de janeiro de 2021.

SILVA, Livia Machado; CANAVÊZ, Fernanda. **Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea**. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-07692017000300011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692017000300011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 21 de janeiro de 2021.

STOBERNACK, Tim; DE VRIES, Stefan PW, PEREIRA Rob Rodrigues; et al. **Biomarker Research in ADHD: the Impact of Nutrition (BRAIN) - study protocol of an open-label trial to investigate the mechanisms underlying the effects of a few-foods diet on ADHD symptoms in children.** Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/9/11/e029422.citation-tools>>. Acesso em 26 de janeiro de 2021.

STOREBØ OJ, PEDERSEN N, RAMSTAD E, KIELSHOLM ML, NIELSEN SS, KROGH HB, et al. **Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents—assessment of adverse events in non-randomised studies.** Disponível em <[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494554/?fbclid=IwAR3O8RE7c-1-qk5qgAJeq61tOQGTO6ljp6UypM5QplaK-6OX\\_7WZh1d\\_tkM](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494554/?fbclid=IwAR3O8RE7c-1-qk5qgAJeq61tOQGTO6ljp6UypM5QplaK-6OX_7WZh1d_tkM)>. Acesso em 16 de setembro de 2020.

TOPCZEWSKI, Abram. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: uma vertente terapêutica.** Disponível em <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082014000300310&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082014000300310&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em 21 de janeiro de 2021.

VEERALAKSHMANAN, Pushpa; ADSHEAD, Stephen; ROWLAND, Robert. **Clonidina e Anestesia.** Disponível em <<https://www.sbahq.org/resources/pdf/atotw/415.pdf>>. Acesso em 20 de janeiro de 2021.

VERBEECK, W; BEKKERING GE; VAN DEN NOORTGATE W; KRAMERS. C. **Bupropion for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults.** Disponível em <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009504.pub2/full>>. Acesso em 20 de janeiro de 2021.

WICK, Jeannette Y. **ADHD Treatment Strategies Are Based on Evidence.** Disponível em <<https://www.pharmacytimes.com/publications/issue/2019/april2019/adhd-treatment-strategies-are-based-on-evidence>>. Acesso em 16 de setembro de 2020.

WOLFE, Elizabeth S.; MADDEN, Kelly J. **Evidence-Based Considerations and Recommendations for Athletic Trainers Caring for Patients With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.** Disponível em <<https://meridian.allenpress.com/jat/article/51/10/813/112646/Evidence-Based-Considerations-and-Recommendations>>. Acesso em 26 de janeiro de 2021.

YASAEI, R; SAADABADI, A. **Clonidine.** Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459124/>>. Acesso em 20 de janeiro de 2021.







## CAPÍTULO 3

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS (ou CONCLUSÕES ou RESULTADOS)**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## APÊNDICES

## ANEXOS