



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIMAUÁ
CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA

RENATO CLEMENTE DE OLIVEIRA

**Autismo e TDAH: elucidações e direcionamentos aos
pais, cuidadores e professores**

TAGUATINGA-DF

2021

RENATO CLEMENTE DE OLIVEIRA

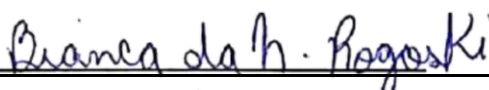
Autismo e TDAH: elucidações e direcionamentos aos pais,cuidadores e professores

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) elaborado como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Psicologia, sob a orientação das Professoras M.e. Bianca Rogoski e Profª Drª Meg Gomes.

TAGUATINGA-DF

2021

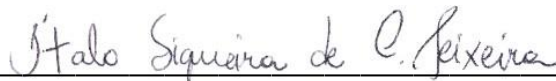
Artigo de autoria de RENATO CLEMENTE DE OLIVEIRA, intitulado "AUTISMO E TDAH: ELUCIDAÇÕES E DIRECIONAMENTOS AOS PAIS, CUIDADORES E PROFESSORES", apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia no Centro Universitário UniMauá, em 05/10/2021, defendido e aprovado pela seguinte banca examinadora:



Profª M.e. Orientadora Bianca da Nóbrega Rogoski
Professora do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário
UniMauá



Profª Drª Meg Gomes Martins de Ávila
Membra da Banca Examinadora
Coordenadora do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário
UniMauá



Prof. M.e. Ítalo Siqueira de Castro Teixeira
Membro da Banca Examinadora do Centro Universitário UniMauá

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha vida e pela conclusão deste Curso. À minha mãe, minha fonte de inspiração.

À minha família pela compreensão à minha ausência no lar durante esses longos anos de estudo.

A todos os meus professores, especialmente, à minha orientadora, professora Bianca e professora Raphaella Caldas, pelo apoio e por compartilhar da sabedoria.

Ao meu grande amigo César Barros que esteve ao meu lado no decorrer de todo o curso me apoiando e ajudando para que o sonho da conclusão do curso se tornasse realidade.

*“As crianças especiais, assim como as
aves, são diferentes em seus voos.
Todas, no entanto, são iguais em seu
direito de voar.”*

Jéssica Del Carmen Perez.

AUTISMO E TDAH: ELUCIDAÇÕES E DIRECIONAMENTOS AOS PAIS, CUIDADORES E PROFESSORES

Renato Clemente de Oliveira¹

RESUMO

O presente trabalho visa trazer elucidações e direcionamentos aos pais, cuidadores e professores que buscam compreender o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH e o Transtorno do Espectro do Autismo – TEA, o que são e como se dá o processo diagnóstico, além de saber a que profissional da saúde mental recorrer em busca de diagnóstico e intervenção. Objetiva-se ainda, sugerir estratégias de intervenção ao professor que atua com o público (TDAH e autista) e, por fim, mostrar a importância do papel da família no processo educacional da criança com TDAH e autismo. O estudo baseou-se em uma revisão de literatura a partir de artigos científicos, livros e revistas que abordam os temas. Os resultados apontaram que ambas são patologias que requerem atenção por parte dos pais e estes podem recorrer a profissionais especializados tais como médicos, psicólogos, psicopedagogos, neurologistas e psiquiatras dentre outros. Há indicações de que a atuação da família colabora com o desenvolvimento da criança para uma melhor socialização desta.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH. Transtorno do Espectro do Autismo – TEA. Pais, Cuidadores e Professores.

ABSTRACT

The present work aims to bring elucidations and directions to parents, caregivers, and teachers who seek to understand the Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD and the Autism Spectrum Disorder - ASD, what these disorders are and how they are diagnosed, in addition to knowing which mental health professional to turn to in search of a diagnosis and interventions. It also aims to suggest intervention strategies to the teacher who works with the public (ADHD and autism) and, finally, to show the importance of the family's role in the educational process of the child with ADHD and autism. The study was based on a literature review based on scientific articles, books and journals that address the themes. The results showed that both are pathologies that require attention from parents and they can turn to specialized professionals such as doctors, psychologists, educational psychologists, neurologists and psychiatrists. There are indications that the role of the family collaborates with the child's development for a better socialization.

KEY WORDS: Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD. Autism Spectrum Disorder – ASD. Parents, Caregives and Teachers.

¹ Bacharel em Teologia pela Faculdade Teológica das Assembléias de Deus – FAETEB, Bacharelando do Curso de Psicologia do Centro Universitário UniMauá – Taguatinga-DF. Psioliveira2021@gmail.com

INTRODUÇÃO

O presente trabalho visou oferecer elucidações e direcionamentos aos pais, cuidadores e professores que lidam com crianças diagnosticadas com autismo e TDAH e, que estão em busca de compreender o que são, suas consequências e como trata-las.

O TEA e o TDAH há muito tempo vêm sendo pesquisados e elucidados quanto às suas causas e desenvolvimentos, porém, ainda há muito o que descobrir a respeito. Apesar do tema complexo, este artigo possui uma característica informativa e transparente em relação ao tema, e, com isso, buscou oferecer subsídios aos interessados, em especial pais, professores e cuidadores.

De acordo com o DSM-V, (2013), os primeiros sinais do autismo são mais perceptíveis por volta de 2 e 3 anos de idade. Nessa fase torna-se possível, através de testes, realizar um diagnóstico com maior precisão, e, a partir de então, classificá-lo em níveis: leve, moderado e grave. Em 2013, segundo o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V), o autismo recebeu uma nova nomenclatura: Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Essa mudança se justifica pelo fato de o TEA não parecer apresentar uma causa única, mas sim, um conjunto de fatores agregantes, que caracterizam o diagnóstico. Já o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), de acordo com o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V), costuma ficar evidente entre 07 e 12 anos de idade. O referido manual classifica-o em três tipos: TDAH tipo desatento; tipo hiperativo e tipo combinado.

Dessa forma, a partir do contexto acima é possível afirmar que ambos os transtornos, quando descobertos o mais cedo possível, terão maiores possibilidades de tratamento com objetividade e redução dos possíveis danos que venham causar.

Segundo Dumas (2011, p. 24):

São os adultos que determinam se o comportamento de crianças à sua volta é ou não fonte de preocupação, e assim é definido – na família, na escola, no bairro e em outros âmbitos – o que distingue o patológico do normativo.

A observação acima é de fundamental importância por parte dos pais, cuidadores e professores, pois eles estão sempre próximos das crianças. Dessa forma, e, por considerar principalmente a família como parte importante no cuidado prestado ao autista e à criança com TDAH, organiza-se, no decorrer do

trabalho capítulos específicos para abordar tal temática.

Quanto ao Autismo, de acordo com Campos (2019), tem-se comodiagnóstico oficial trazido pelo DSM-V, o Transtorno do Espectro Autista - TEA, que é classificado como um transtorno ou distúrbio do neurodesenvolvimento. Não se trata de uma doença, nem de síndrome, já que não é conhecido seu gene causador. Especificamente, no caso do autismo, tampouco há identificado um gene comum em vários pacientes, embora os comportamentos e déficits sejam descritos de forma semelhante.

Dessa forma, e, a partir do ponto de vista da autora acima mencionada, é notório o fato de que este transtorno precisa ser mais estudado e ser amplamente discutido. Uma grande importância disso se dá no fato de que o profissional que atende um paciente com tal patologia precisa estar certo e seguro do diagnóstico a ser dado ao seu paciente e, conseqüentemente, saber a melhor conduta a ser tomada, ou seja, um bom diagnóstico é imprescindível para uma tomada de decisão. Referente ao TDAH, de acordo com Nardi Quevedo e Silva (2015, p.16), o termo Transtorno de Déficit de Atenção (TDA) surgiu em 1980, com a publicação do DSM-III.

Posteriormente, o DSM-5 (2014, p. 67), o classificou da seguinte forma:

Leve: Alguma dificuldade em aprender habilidades em um ou dois domínios acadêmicos, mas com gravidade suficientemente leve que permita ao indivíduo ser capaz de compensar ou funcionar bem quando lhe são propiciadas adaptações ou serviços de apoio adequados, especialmente durante os anos escolares.

Moderada: dificuldades acentuadas em aprender habilidades em um ou mais domínios acadêmicos, de modo que é improvável que o indivíduo se torne proficiente sem alguns intervalos de ensino intensivo e especializado durante os anos escolares. Algumas adaptações ou serviços de apoio por pelo menos parte do dia na escola, no trabalho ou em casa podem ser necessários para completar as atividades de forma precisa e eficiente.

Grave: dificuldades graves em aprender habilidades afetando vários domínios acadêmicos, de modo que é improvável que o indivíduo aprenda essas habilidades sem um ensino individualizado e especializado contínuo durante a maior parte dos anos escolares. Mesmo com um conjunto de adaptações ou serviços de apoio adequados em casa, na escola, ou no trabalho, o indivíduo pode não ser capaz de completar todas as atividades de forma eficiente.

Dessa forma, a partir do comentário acima exposto, verifica-se que é de suma importância que os pais fiquem atentos ao comportamento dos seus filhos e, caso verifiquem condutas compatíveis com o TDAH, procurem ajuda especializada, uma vez que se isso não for feito, poderá trazer prejuízos em várias áreas da vida da criança. No decorrer do trabalho sugere-se algumas condutas a

serem seguidas pelos pais.

CAPÍTULO 1

Autismo: Definição e apanhado histórico

De acordo com Dumas (2011), o autismo manifesta-se desde a primeira infância, ou seja, antes dos 3 anos de idade. Atinge 3 a 4 vezes mais meninos que meninas. Em geral, o autismo caracteriza-se por problemas sérios nas interações sociais, na comunicação e no comportamento, o qual é bastante limitado e de natureza repetitiva e estereotipada.

Um fato curioso é que a criança apresenta sintomas bem cedo, no início da sua vida. Isso faz com que, talvez, alguns pais passem despercebidos por ser uma fase em que, geralmente, só há entusiasmo por parte destes ao ver o crescimento do filho, o que pode levá-los a não observar certos detalhes do comportamento da criança. Ou como Galeti (2020) menciona, muitas vezes a família acaba aderindo ao sentimento de negação diante da possibilidade de se ter um filho autista.

Segundo Dumas (2011), embora muito provavelmente o autismo seja conhecido há bastante tempo, foi preciso esperar até os anos de 1940 para que, separadamente, Leo Kanner (1943), nos Estados Unidos, e Hans Asperger (1944), na Áustria, descrevessem as características sociais, lingüísticas e comportamentais do autismo por meio de estudos de caso, e reconhecessem-no como uma forma de psicopatologia distinta. A terminologia empregada atualmente provém desses primeiros estudos nos quais Kanner descreve os sintomas de 11 crianças que sofriam de “solidão autística extrema”, e Asperger, de quatro crianças (aparentemente, com mais comprometimento que as estudadas por Kennner) que sofriam de “psicopatia austística”.

Outrossim, merece destaque a questão de que o autismo está presente nas diversas classes sociais, conforme destaca Dumas (2011, p. 99, apud Kanner, 1943, p. 248), que obsevou que nos casos específicos e analisados em seus estudos, dentre outras coisas, que todas as crianças provinham de “famílias extremamente inteligentes”. Ou seja, os pais tinham alcançado um *status* social importante, e, em nove famílias, as mães tinham formação universitária, situação rara naquela época. Assim, Kanner concluiu em sua primeira descrição sobre autismo que sua origem era biológica.

Dessa forma, a partir da abordagem do autor mencionado, verifica-se que é de suma importância a pesquisa e estudo acerca do autismo. Não basta apenas diagnosticar, é necessário conhecer cada caso apresentado pelo paciente, que, na maioria, são crianças. A partir daí, deve-se traçar a melhor conduta a ser tomada para que haja êxito por parte do profissional que atende a demanda e, conseqüentemente, sucesso no tratamento e, obviamente, satisfação por parte do cliente/paciente.

Critérios diagnósticos e características essenciais

Segundo Campos e Piccinato (2019), são nos três primeiros anos de vida de uma criança, período chamado de primeira infância, que acontecem os principais desenvolvimentos no cérebro e no sistema nervoso central. É também nesta fase que os primeiros sinais do TEA são percebidos.

Para os supracitados autores, as primeiras percepções dos pais são fundamentais para o início do diagnóstico do autismo, porém, é fundamental procurar ajuda de especialistas para confirmar o quadro.

De forma geral, os profissionais envolvidos no diagnóstico são neurologistas, psiquiatras, psicólogos, pediatras e pedagogos. No entanto, fonoaudiólogos, neuropsiquiatras e terapeutas ocupacionais também podem fazer parte do quadro avaliativo (Ministério da Saúde, 2015).

Além disso, a participação do profissional deve continuar durante as terapias para a melhora da qualidade de vida. Uma vez diagnosticado o autismo, o psicólogo ajuda na orientação dos familiares e no trabalho com o paciente de acordo com o nível de comprometimento (Ministério da Saúde, 2015).

Alguns critérios diagnósticos com base na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (Caetano, 1993, p. 247), mais especificamente, o CID F84.0 (Autismo infantil) são estabelecidos, seguindo os parâmetros divulgados pela Organização Mundial de Saúde:

Transtorno global do desenvolvimento caracterizado por: a) um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e: b) apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno é acompanhado, comumente, de numerosas outras manifestações inespecíficas, por exemplo fobias, perturbações de sono ou da

alimentação, crises de birra ou agressividade (auto-agressividade). Autismo infantil, psicose (OMS, 2003) .

Ainda, em consonância com os supracitados critérios, observam-se os demais abaixo elencados:

Presença, antes dos três anos de idade, de anomalias ou de alterações de desenvolvimento em pelo menos um dos seguintes aspectos:

Linguagem (tipo repetitiva ou expressiva) utilizada na comunicação social; desenvolvimentos de apegos seletivos ou de interações sociais recíprocas; jogo funcional ou simbólico.

Alterações qualitativas das interações sociais recíprocas manifestadas e pelo menos dois dos seguintes aspectos:

I-Ausência do contato olho a olho, da expressão facial, da atitude corporal e da gestualidade típica das interações sociais;

II-Incapacidade de estabelecer (correspondente à idade mental, mesmo com muitas oportunidades) relações com os pares, compartilhando interesses, atividades e emoções mútuas.

III-Falta de reciprocidade socioemocional, traduzindo em uma resposta alterada e desviante às emoções alheias; falta de adequação do comportamento segundo o contexto social; pouca integração social, emocional e comunicativa.

IV-Desinteresse por compartilhar de modo espontâneo seu prazer, seus interesses ou seus êxitos com outras pessoas (por exemplo, não procura mostrar, trazer ou apontar para o outro objeto que lhe interessam).

Alterações qualitativas da comunicação manifestas em pelo menos um dos seguintes aspectos;

V-Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral (freqüentemente precedida de uma ausência de balbúcio comunicativa) sem tentativa de comunicar por gesto ou mímica.

VI-Incapacidade relativa de iniciar ou manter uma conversa comportando uma troca recíproca com outras pessoas (qualquer que seja o nível de linguagem alcançado);

VII-Ausência do jogo de “fazer de conta”, variado e espontâneo, ou (nos dois primeiros anos) ausência do jogo de irritação social.(DUMAS, 2011, p. 102).

Conforme descrito acima, é importante que principalmente os pais observem o comportamento da criança desde o seu nascimento e, caso percebam sintomas que se enquadrem no quadro descrito, possam procurar ajuda especializada com os profissionais já citados anteriormente para que tenham orientação e acompanhamento e, conseqüentemente, êxito na vivência da criança nas mais diversas fases da sua vida.

Ressalta-se que os professores também podem e devem fazer parte da observação do comportamento da criança, pois são eles que passarão boa parte do tempo convivendo com essas crianças, e, dessa forma, devem relatar qualquer comportamento que fuja ao que é considerado normal para a idade da criança e tomar as providências necessárias (LOPEZ, 2011, p. 16).

O Papel do professor como facilitador na educação da criança com TEA

Como indicado previamente, dentre as diversas intervenções ligadas ao trabalho com crianças autistas, pretende-se aqui, dar maior ênfase à importância da figura do educador e suas estratégias de intervenção para estimular as crianças com autismo.

Assim, o primeiro fato a ser destacado é a relevância da inclusão, que no caso em questão recai diretamente sobre a comunidade escolar, sendo o profissional que provavelmente terá mais contato com a criança ao longo da sua história no processo da aprendizagem.

Pode se afirmar que incluir uma criança autista vai muito além de matriculá-la em uma série regular. Santos (2011) pondera que se a escola assume o fato de que é necessário incluir, significa que tem a compreensão de que há uma categoria definida de alunos com a qual ela se identifica e várias outras categorias que estão à deriva por não reunirem elementos suficientes para alcançarem tal identificação. Incluir, nessa medida, seria romper o compromisso com uma determinada categoria e abrir-se para abranger (compreender) as mais diversas categorias de alunos que chegam diariamente ao ambiente escolar.

Nestes termos, é importante frisar que a Constituição da República Federativa do (Brasil, 1988), quando menciona os direitos individuais e sociais estabelece que todos têm direito inclusive à mesma educação, conforme Art. 208:

Art. 208. O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de:

III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino.

Além da previsão legal na Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Brasil, 1990) preconiza o seguinte:

Art. 54. É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente:

I - ensino fundamental, obrigatório e gratuito, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria;

II - progressiva extensão da obrigatoriedade e gratuidade ao ensino médio;

III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino.

Portanto, a partir do exposto nas leis acima, fica claro que a educação de alunos com necessidades especiais está garantida, cabendo então ao estado o cuidado com esse público para que não tenham prejuízos em seu desempenho

escolar. Além disso, o professor que atuará com alunos com necessidades educacionais especiais deverá ser capacitado para oferecer ensino de qualidade voltado a este público, uma vez que tem a responsabilidade de estimular o aluno no processo de aprendizagem.

Observa-se, a partir do texto sobre as Leis que para se obter sucesso na convivência professor x aluno e, conseqüentemente bom aproveitamento escolar, o pedagogo deve ter conhecimentos básicos do que é o autismo para que possa dar a tratativa mais adequada que o caso possa requerer.

Portanto, fica clara e evidente a grande responsabilidade atribuída aos profissionais de educação, em especial o professor no contexto de sala de aula. Não que essa responsabilidade seja exclusiva do professor em por isso é necessário que a escola tenha um bom suporte com o auxílio de outros profissionais como psicólogos, psicopedagogos e demais profissionais que garantam um bom acompanhamento do desenvolvimento e da saúde de indivíduos em ambiente educacional.

Abordagens para manejo com crianças autistas

É notório que não é tarefa fácil tanto para os pais, como para professores e cuidadores, lidar com as especificidades apresentadas ao longo da história do contexto de vida das crianças autistas. Nesse tópico, aborda-se algumas técnicas eficientes no manejo com esse público.

Análise do Comportamento Aplicada (Applied Behavior Analysis – ABA)

Ainda, segundo o Manual do Ministério da Saúde Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e Suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (2015), a análise do comportamento aplicada, conhecida como ABA, é uma abordagem que envolve a avaliação, o planejamento e a orientação por parte de um profissional analista do comportamento capacitado.

Nota-se que a ABA tem sido usado como importante ferramenta para o planejamento de intervenções para o tratamento de pessoas com TEA, transtornos do espectro autista, pois o comportamento é definido como algo que baliza a relação do indivíduo com seus pares e com o meio.

Qualquer comportamento deficitário ou em excesso no desenvolvimento de um indivíduo que prejudique seu bem-estar com o meio, pode ser alvo da intervenção, que terá como objetivo a promoção de habilidades que tornem esse indivíduo capaz de produzir relações saudáveis com a sociedade em que vive (GRADUAL, 2017).

Nesses casos, a abordagem prioriza a criação de programas para o desenvolvimento de habilidades sociais e motoras nas áreas de comunicação e autocuidado, proporcionando a prática (de forma planejada e natural) das habilidades ensinadas, com vistas à sua generalização. Cada habilidade é dividida em pequenos passos e ensinada com ajudas e reforçadores que podem ser gradualmente eliminados (Ministério da Saúde, 2015).

É possível afirmar que, mais uma vez, a responsabilidade recai sobre o profissional que faz uso dessa ferramenta, seja o professor, um psicoterapeuta, um psicólogo, ou outro especialista que atue nessa área. Deve-se trabalhar para que a pessoa com TEA venha se tornar capaz de escolher por si própria, com vistas a ampliar seu repertório comunicativo, buscando torná-la mais apta a produzir, em sua história, contextos que contribuirão para a sua autonomia, fatos estes que podem levar dias, meses ou até anos, devendo então levar-se em conta cada caso em específico (SILVA, 2014).

Comunicação Alternativa e Suplementar – (CSA)

Ainda, de acordo com o Manual Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro Autismo e Suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2015, p. 83):

A Comunicação suplementar é qualquer dispositivo, método ou sistema utilizado para complementar a fala. Já a comunicação alternativa é qualquer dispositivo, método ou sistema usado para a comunicação quando a fala não se desenvolveu ou sofreu mudança. Pessoas com TEA podem ter dificuldades complexas (inclusive de comunicação) e podem precisar de ajuda para desenvolver seu potencial para se comunicar funcionalmente. Antes de indicar e selecionar um tipo de CSA é necessário avaliar as necessidades individuais, as habilidades e as limitações de cada pessoa, envolvendo a família e os profissionais.

Dentro do aspecto comunicação alternativa e suplementar fica a observação de que as pessoas com TEA têm dificuldades em se expressar por meio de gestos e expressões faciais. Sendo assim, quando o falante típico gesticula as palavras-chave do discurso, ele desacelera a interação e fornece pistas visuais extras, que

oferecem outras possibilidades de expressão. (Ministério da Saúde, 2015).

Mediante o uso de treinos de comunicação alternativa e suplementar, a pessoa pode aprender a utilizar símbolos ou figuras e desenvolver uma forma eficaz de se comunicar funcionalmente. Símbolos, figuras ou palavras podem ser usados individualmente ou agrupados, formando frases (Ministério da Saúde, 2015).

Portanto, para efeito deste trabalho, nota-se que a Comunicação Alternativa e Suplementar - CSA, pode ser considerada uma das ferramentas eficazes pelo fato de apresentar baixo custo e, ainda, por não utilizar tecnologias complexas.

Acompanhamento terapêutico

São atividades que têm valor de tratamento que se ocupam da mediação das atividades com outros espaços de convívio; outros ambientes; outros contextos com diferentes possibilidades de relações interpessoais; outros espaços com diferentes demandas, ou com demandas específicas. Em alguns serviços, elas são desenvolvidas por profissionais específicos; em outros, constituem-se de uma ação do projeto terapêutico singular presente nas práticas de diferentes profissionais. Ministério da Saúde (2015, p. 88):

O acompanhamento terapêutico visa ao fortalecimento da contratualidade das pessoas nos espaços públicos, na escola, na vizinhança, nas igrejas, mediante acompanhamento imediato de profissionais juntamente com as pessoas no território onde vivem. Pensando na ampliação das formas de cuidado para pessoas com TEA, o acompanhamento terapêutico (AT) apresenta-se como uma forma inventiva e criativa de promoção da saúde.

Diante do exposto acima pode-se afirmar que o acompanhamento terapêutico é uma das mais importantes e essenciais ferramentas a ser utilizada no tratamento do TEA. Importante pelo fato de articular a integração do indivíduo com o meio social fazendo com que este saia da situação de isolamento e busque autonomia para interagir com o meio tendo assim novas experiências no seu cotidiano de vida.

Portanto, o acompanhamento terapêutico proporcionará ao cliente melhora nas características centrais, como as dificuldades sociais e de comunicação ou as limitações nas brincadeiras e nos interesses. Com isso, minimizará o sofrimento que tanto prejudica sua convivência, principalmente, no âmbito familiar, e escolar.

CAPÍTULO 2

TDAH – Definição e apanhado histórico

Neste capítulo enfatiza-se a história do TDAH ao longo dos anos. Conforme já abordado, essa patologia não é algo muito recente, os primeiros casos começaram a ser estudados no Século XIX. A partir daí, cada vez mais esse transtorno ganhou mais notoriedade e os estudos sobre essa temática tornaram-se mais especializados. (Nardi, Quevedo e Silva, 2015).

De acordo com Nardi, Quevedo e Silva (2015, p. 16), o termo (TDA) surgiu em 1980. Essa nova definição enfatizava que o ponto central do problema era a dificuldade de concentrar-se e manter a atenção. Os referidos autores ponderam que, nesse conceito o TDAH foi classificado em apenas dois tipos: com hiperatividade e sem hiperatividade. Ambos com focos nas dificuldades de atenção. As crianças que se enquadravam no TDA com hiperatividade eram consideradas excessivamente ativas, impulsivas e se comportavam, muitas vezes, de maneira destrutiva, forma essa mais comum no sexo masculino.

Em 1987, na terceira edição revisada do Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM-III), da Associação Americana de Psiquiatria (APA), todos os sintomas (déficit de atenção impulsiva de hiperatividade) foram considerados igualmente importantes e surgiu o termo Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH.

Portanto, como se nota, foi a partir de 1987 que o TDAH foi mais precisamente estudado e detalhado. Isso contribuiu para que profissionais e pais de crianças que foram diagnosticadas com TDAH, e que, normalmente possuíam pouca ou nenhuma informação sobre o assunto, logo, puderam desfrutar de um tratamento mais especializado no manejo da questão.

Segundo Rhode (2019, p. 44):

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento que atinge cerca de 5% das crianças e adolescentes ao redor do mundo. Embora haja uma redução dos sintomas com o passar dos anos (até 65% dos afetados experimentam remissão parcial), apenas 15% das crianças com TDAH apresentam remissão completa, em termos tanto de sintomas como de prejuízo funcional no início da vida adulta, o que caracteriza como transtorno crônico.

O referido autor pondera, ainda, que hiperatividade é algo que se torna aparente na vida das crianças na medida em que vão se desenvolvendo, porém, é

necessário ficar atento para se perceber até que ponto essa criança está dentro do que seja uma normalidade no seu desenvolver.

Levando em consideração a fala do supracitado autor nota-se que, mais uma vez, além dos pais, incluem-se cuidadores e professores na observação ao comportamento das crianças. É necessário perceber se suas brincadeiras, movimentos, falas, ações e atitudes estão dentro de uma “normalidade”, e a qualquer percepção de que essa criança está apresentando desvio nos padrões, faz-se necessário uma análise para saber se tal criança apresenta possível traço do TDAH.

Desta forma, deve-se buscar ajuda de um profissional qualificado, para que seja feita uma avaliação minuciosa visando confirmar o possível diagnóstico, pois, algumas características podem ser observadas na vivência das crianças.

Critérios Diagnósticos e Características Essenciais

Na presente seção serão abordados critérios que se observados no comportamento da criança podem caracterizar o TDAH. De acordo com Dumas (2011), este é caracterizado por três sintomas que podem ser identificados nas crianças, através de observação minuciosa. Tem possibilidade de se manifestar ainda na infância e pode se prolongar por toda a vida e acomete ambos os sexos, porém, com maior intensidade em meninos.

De acordo com Silva (2014, p. 35-37), existem grupos de classificação que podem ajudar a observar o comportamento das crianças e facilitar um olhar crítico sobre o TDAH. O autor organizou os grupos da seguinte forma, a saber:

Grupo 1: Instabilidade de atenção;

Desvia facilmente sua atenção do que está fazendo quando recebe um pequeno estímulo.

Tem dificuldades em prestar atenção na fala dos outros.

Desorganização contínua. Tende a perder objetos como papeis, chaves, canetas e celulares.

Sua mente dá “branco” com frequência quando está conversando. Com frequência interrompe a fala dos outros em uma conversa.

Grupo 2: Hiperatividade física e/ou mental;

Tem dificuldade em permanecer sentado por muito tempo. Durante uma palestra ou sessão de cinema.

Está sempre mexendo com os pés ou as mãos, girando a cabeça. Apresenta constante sensação de inquietação ou ansiedade.

Costuma fazer várias coisas ao mesmo tempo. É a pessoa que lê e vê TV ou ouve música ao mesmo tempo.

Frequentemente fala sem parar, monopoliza as conversas em grupo.

Grupo 3: Impulsividade;

Baixa tolerância a frustração

Costuma responder a alguém antes que este complete a pergunta.

Impaciência marcante no ato de esperar ou aguardar algo.

Impulsividade para comprar, sair de empregos, romper relacionamentos, praticar esportes radicais, comer, jogar etc.

Tendência a não seguir regras ou normas preestabelecida.

Fica evidente que a divisão em grupos facilita a observação para pais, professores e cuidadores. É claro que este público precisa ter acesso a essas informações uma vez que elas servirão de base inicial para um possível diagnóstico que é a primeira etapa do tratamento, em seguida essa criança será encaminhada para que seja certificada essa suspeita e se for confirmada seja tratada da melhor forma possível.

Em geral, profissionais da saúde preferem ressaltar que é muito importante para os pais de crianças recém diagnosticadas com TDAH que eles entendam que a criança não tem culpa e principalmente que elas não conseguem obter controle de si sem que tenham a ajuda de um profissional que as direcione e faça um trabalho visando a reabilitação. É necessária muita compreensão e paciência por parte, principalmente, dos pais (ABDA, 2012).

Tipos de TDAH

Um dos fatores mais importantes e necessários é observar o tipo de TDAH e como este está influenciando no comportamento e desempenho da criança. Nesse contexto, Rhode (2019) afirma que o diagnóstico de TDAH é estabelecido clinicamente, com base em critérios definidos por sistemas de classificação diagnóstica como o DSM e a CID-10. As principais características do transtorno são sintomas de desatenção, de hiperatividade e de impulsividade inapropriados para a fase do desenvolvimento.

Em relação às características do transtorno, o supracitado autor (2019, p. 46 e 47) preconiza sobre as características específicas da desatenção e da hiperatividade/impulsividade:

I - Na desatenção, tem dificuldades para prestar atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas, tem dificuldades de se manter atento em atividades e tarefas lúdicas, parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra, frequentemente não consegue seguir instruções até o fim e não conseguem concluir trabalhos escolares.

II - Na hiperatividade e impulsividade, frequentemente remexe as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira, se levanta da cadeira e sai em situações que se espera que permaneça sentado, corre ou sobe nas coisas sendo isso inapropriado, é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de

lazer calmamente, se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, dá resposta antes da pergunta está concluída, com frequência tem dificuldade de esperar sua vez, se mete nas conversas interrompendo-as.

Portanto, é importante ressaltar que o profissional deve atentar para os critérios previstos no DSM e na CID-10 para que, ao notar um caso suspeito de TDAH, possa recorrer a essas ferramentas e, após as análises e avaliações necessárias, verificar a presença ou não do transtorno. Um diagnóstico preciso fará com que sejam tomadas decisões mais acertadas o que certamente beneficiará o cliente.

Para Silva (2014) as características do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade requerem observações para que se possa separar o que está mais latente na criança. A desatenção, a hiperatividade e a impulsividade podem se manifestar em maior ou menor grau de comprometimento, com maiores alterações ocorrendo mais em uma das características do que em outra.

Os sinais que podem diferenciar uma criança TDAH de outra que não seja são a intensidade, a frequência e a constância daquelas três principais características. Tudo na criança TDAH parece estar "a mais". Ela é mais agitada, mais bagunceira e mais impulsiva se for do tipo de alta atividade. E, ainda, significativamente mais distraída, dispersa e não perseverante se for daquele tipo mais desatento (SILVA, 2014, p.69).

Silva (2014, p.70) afirma ainda ser necessário um olhar cuidadoso dos que estão as voltas dessas crianças. Mas, claro, uma observação muito especial; o observador deve estar treinado a captar as nuances tanto no comportamento manifesto da criança como nos relatos de pais e/ou cuidadores, professores e de outras do convívio dela para analisar os fatores que a caracterizam como TDA.

Abordagens para o manejo com crianças diagnosticadas com TDAH

Nesse tópico discute-se sobre algumas técnicas eficientes no manejo com crianças com TDAH. Ressalta-se a importância da participação da família no processo de trabalho e de acompanhamento da criança com TDAH, capacitando-as, pois algumas famílias, ao se depararem com tal patologia, enfrentam dificuldades que, diante disso, tornam um desafio na convivência diária.

Trabalhando com a família de forma colaborativa

O papel da família é de suma importância para o desenvolvimento social da criança. É importante ressaltar que os pais não podem ignorar tal situação, pelo contrário, a recomendação é que se busque ajuda especializada, pois há profissionais habilitados para prestar um atendimento que poderá ser o diferencial na vida do futuro adulto.

De acordo com a Associação Brasileira do Déficit de Atenção – ABDA(2012), os pais devem se comportar da seguinte forma:

I - Ter sempre um tempo disponível para interagir com a criança (brincadeiras com jogos e regras, momento de relaxamento, passeios).

II - Estabeleça cronogramas, incluindo os períodos para “descanso”, brincadeiras ou simplesmente horários livres para se fazer o que quiser.

III - Nenhuma atividade que requeira concentração (estudo, deveres de casa) pode ser muito prolongada.

IV - Intercale coisas agradáveis com tarefas que demandam atenção prolongada (potencialmente desagradáveis, portanto).

V - Use mural para afixar lembretes, listas de coisas a fazer, calendário de provas. Também coloque algumas regras que foram combinadas e promessas de prêmio quando for o caso.

VI - Estimule e cobre o uso diário de uma agenda. Se ela for eletrônica, melhor ainda. As agendas devem ser consultadas diariamente.

VII - Tenha certeza do diagnóstico e segurança de que não há outros diagnósticos associados ao TDAH.

IX - Tenha certeza de que o tratamento está sendo feito por um profissional que realmente entende do assunto.

X - Reforçar o que há de melhor na criança.

XI - Aprender a controlar a própria impaciência.

XII - Não esperar “perfeição”; Não cobre resultados, cobre empenho; Elogiar.

XII - Manter limites claros e consistentes, lembrando-os frequentemente.

(Associação Brasileira do Déficit de Atenção – ABDA. Algumas dicas para os pais. 2012. Disponível em: <https://tdah.org.br/tdah-algumas-dicas-para-os-pais/>. Acesso em 25/09/2021.

Uma das questões mais importantes para a família é saber o manejo para tratar um filho com TDAH. Nesse contexto, segundo Barbirato e Carim, (2015), a Academia Americana de Pediatria (2001), estipulou algumas diretrizes para o manejo do tratamento do TDAH, que estão descritas mais adiante.

Os supracitados autores (BARBIRATO & CARIM, 2015, p. 195), afirmam ainda que “psicoterapias de diversas orientações têm sido usadas no tratamento do

TDAH. Entretanto, as abordagens cognitivo-comportamentais têm sido mais amplamente comprovadas, em especial os programas de orientação aos pais – independentemente de qualquer outra modalidade de tratamento que a criança esteja recebendo”.

Pode se afirmar que a orientação aos pais é essencial para o planejamento do tratamento do jovem com TDAH. Consistem em ensinar aos pais o que modula o comportamento da criança e influencia a chance de sua ocorrência, provendo ensinamentos teóricos e práticos. A orientação aos pais ainda facilita a compreensão das disfunções nas relações familiares que, mesmo sem intenção, corroboram a manutenção ou intensificação do sintoma (ROCHA & DEL PRETTE, 2010).

Ainda seguindo o raciocínio sobre a questão Barbirato e Carim (2015) salientam que a orientação reforça o relacionamento pais-filhos, reduz os conflitos diários, melhora a gama de comportamentos apropriados e socialmente aceitáveis da criança, assim como a prepara para que se torne socializada. Reduzindo-se a teimosia e hostilidade, aumenta-se a cooperação de uma criança.

Os supracitados autores, (2015) ponderam, ainda, que os pais devem ajudar as crianças com TDAH antecipando-lhes eventos, desmembrando as tarefas futuras em passos menores e mais imediatos e usando recompensas artificiais imediatas, sistema de fichas e custo de repostas. Todos esses passos servem para exteriorizar o tempo, as regras e as consequências como um substituto para as fracas formas internas de informações, regras e motivação das crianças com TDAH.

O papel dos pais na vida da criança com TDAH: orientações

Conforme já citado anteriormente, essa parte do texto fornece subsídios aos pais que tem filhos com TDAH. Dessa forma, apresenta-se a seguir algumas orientações para que as famílias sigam e, assim, possam ter êxito na criação do seu filho evitando desgastes entre ambas as partes.

De acordo com Nardi, Quevedo e Silva (2015) o impacto na família da criança com TDAH é evidente. As interações familiares de pais e filhos que tenham o diagnóstico de TDAH são marcadas, frequentemente, por mais conflitos, sendo a vida da família caracterizada, geralmente, pela desarmonia e discórdia, impactando na qualidade de vida de todos os membros do núcleo familiar. Muitos pais relatam depressão, um nível baixo de autoestima e fracasso em seu papel como pais, bem

como, pouca satisfação com o envolvimento em suas responsabilidades paternas, sentimentos de incompetência em relação às suas habilidades de educar e bem-estar psicossocial inferior, em comparação à outros pais (Benczik & Casella, 2015).

Barkley (2002) também cita que essa conduta tende a ser perpetuar com o crescimento da criança, gerando muitas vezes impotência familiar no lidar diário com o indivíduo com TDAH:

Alguns pais podem, simplesmente, desistir nesse ponto, concordando ou fazendo as tarefas eles próprios ou simplesmente deixando a tarefa por fazer. E, com o passar do tempo, alguns pais tendem a atingir um estado de fracasso na condução de seu filho que pode ser descrito como sendo um estado de "impotência aprendida". Eles podem fazer o mínimo ou nenhum esforço para dar ou reforçar ordens aos seus filhos, deixando-os fazer o que lhes agrada, deixando-os com pouca ou nenhuma supervisão.

Para Barbirato e Carim (2015), o TDAH está relacionado à elevada taxa de comorbidade psiquiátrica, principalmente com transtorno de oposição desafiante, transtorno da conduta, transtorno do humor e de ansiedade. Associado a esse quadro, destaca-se o baixo rendimento escolar, que pode conduzir a problemas emocionais e afetivos, baixa autoestima e sentimento de insegurança podem se desenvolver como uma consequência de fracasso escolar e dificuldades interpessoais.

Os supracitados autores ponderam que determinadas características familiares, como funcionamento familiar caótico, intensas brigas conjugais, baixo nível de escolaridade da mãe, condições socioeconômicas mais baixas, família muito numerosa ou com a ausência de um dos pais no lar, podem intensificar os sintomas da criança. Observando-se que as características familiares (anos de casados, nível socioeconômico, sexo dos pais) tiveram uma pequena, porém significativa contribuição para o estresse dos pais.

De acordo com Barbirato e Carim (2015, p.196) “devido ao fato de o TDAH ser altamente hereditário, crianças com o transtorno com frequência enfrentam desafios para lidar com os pais com TDAH e vice-versa”.

Ainda, segundo Barbirato e Carim (2015), os pais de crianças com esse transtorno tornam-se demasiadamente diretivos na condução do comportamento e conduta de seus filhos e, ainda, negativos na educação deles. Críticas excessivas e falta de paciência muitas vezes fazem a criança se retrair, apresentando autoestima diminuída ou comportamento agressivo e impulsivo. As deficiências nas habilidades educacionais e a fraca autoestima dos pais com TDAH não podem ser entendidas

como uma mera reação à esmagadora demanda colocada pelo comportamento externalizante da criança. Eles parecem estar cientes de suas reduzidas habilidades parentais e expressam sentimentos de insuficiência, que, por sua vez, podem levar a estratégias de paternidade ainda mais pobres. À medida que diminuem os recursos parentais, aumentam os problemas de comportamento da criança.

Por tudo isso, pode-se depreender que o contexto familiar em que essas crianças se encontram inseridas é descrito como conflituoso e exaustivo. Percebe-se a necessidade de se conhecerem estratégias que auxiliem os pais de crianças com TDAH no manejo de atividades que envolvam o cuidado e a atenção dada aos seus filhos para a diminuição do estresse nos relacionamentos familiares (BARBIRATO & CARIM, 2015).

Diretrizes para o tratamento do TDAH

Para ajudar o jovem com TDAH, é essencial compreender as dificuldades primárias, bem como suas áreas de forças e fraquezas. Entende-se que a identificação de problemas potenciais, na medida em que permita programas de estratégias de intervenções, poderá minimizar as dificuldades e potencializar o desenvolvimento.

Recomendações e conteúdo

Nesse contexto a recomendação de algumas medidas são essenciais para que se obtenha êxito no tratamento especializado para o TDAH. Assim, Nardi, Quevedo e Silva, (2015, p.195), faz as seguintes ponderações:

- I - Estabelecer programa para manejo do TDAH, reconhecendo-o como um problema crônico de saúde.
- II - Fornecer informações adequadas sobre o TDAH.
- III - Avaliar e monitorar periodicamente o nível de conhecimentos da família sobre o transtorno.
- IV - Orientar a família em relação ao problema, atualizando constantemente as orientações de acordo com o nível de desenvolvimento do paciente.
- V - Estar disponível para responder perguntas e esclarecer dúvidas.
- VI - Auxiliar a família a estabelecer objetivos adequados, isto é, passíveis de serem alcançados, para o comportamento do paciente na vida diária.
- VII - Proporcionar contato com outras famílias que também possuem membros acometidos por TDAH.

VIII - Estabelecer os objetivos terapêuticos em colaboração com escola, pais e criança, estipulando alvos específicos para orientar a intervenção.

IX - Melhorar a qualidade do relacionamento do paciente com familiares, colegas e professores.

X - Aprimorar o desempenho escolar do paciente, sua independência (autocuidados e tarefas escolares) e autoestima.

XI - Aumentar a segurança da criança na comunidade (p. ex., ao atravessar ruas).

XII - Recomendar medicação estimulante e/ou terapia comportamental.

XIII - Medicação: identificar a melhor medicação para cada criança.

XIV - Terapia comportamental: as estratégias mais efetivas descritas na literatura incluem reforço positivo, *time-out*, custo de resposta e economia de fichas.

XV - Reavaliar o tratamento quando os alvos não forem atingidos.

XVI - Ausência de resposta positiva ao tratamento pode ser decorrente de alvos irrealistas, déficit nas informações obtidas, presença de comorbidade, falta de adesão ao tratamento, tratamento ineficiente.

XVII - Realizar monitoramento e acompanhamento constantes, incluindo-se dados obtidos dos pais, dos professores e da própria criança.

Para Nardi, Quevedo e Silva (2015), outro passo importante no trabalho de orientação aos pais é a separação de um tempo dedicado, exclusivamente, para interação com seu filho. Estimulando os pais a prestarem atenção no comportamento da criança durante o lazer, buscando melhorar o envolvimento e a relação com ela.

Os supracitados autores afirmam que outro passo bastante importante é o manejo da raiva. Crianças com dificuldades comportamentais frequentemente apresentam problemas para lidar com a frustração, e motivos irrelevantes para qualquer outra criança ocasionam respostas emocionais intensas naquelas com TDAH. Sentir raiva ou frustração é comum a todas as pessoas, entretanto, crianças com TDAH tendem a se mostrar menos capazes de lidar com esses sentimentos de forma adequada.

Ainda, segundo Nardi, Quevedo e Silva (2015), para desenvolver habilidades importantes para lidar com a frustração, as seguintes etapas podem ser úteis: a) definir frustração; b) aprender a reconhecer os sinais de frustração – sinais corporais (p. ex., "vou bater nele") e sinais comportamentais (p. ex., inquietude,

isolamento); c) aprender como relaxar fisicamente; d) aprender a usar autoinstrução; e) aprender a realizar ações efetivas e automonitoração. Ainda nesse último passo, deve-se orientar os pais a validarem o sentimento de raiva e ensinar a criança a como se expressar, em atitudes, diante do sentimento de raiva.

No contexto da discussão Barbirato e Carim, (2015, p.198) afirmam que “a estratégia mais utilizada nos tratamentos cognitivos do TDAH é a resolução de problemas. Busca-se agir sobre a dificuldade do comportamento inibitório que leva a criança a agir antes de pensar. O treinamento visa levar as crianças, com o transtorno, a seguir diversos passos antes de agir”.

Barbirato & Carim (2015, p.198), apontam as dez áreas de foco para o treinamento de habilidades.

- I-O estresse dos pais.
- II-Os pensamentos dos pais.
- III-O envolvimento dos pais e o reforçamento positivo. IV-As interações familiares.
- V-A disciplina relacionada à obediência e ao cumprimento de regras pela criança.
- VI - As habilidades de comportamento social da criança.
- VII - As habilidades da criança de solucionar problemas gerais e sociais.VIII- A habilidade da criança de lidar com a raiva.
- IX-A habilidade da criança de empregar comportamentos escolares autodirigidos.
- X-O bem-estar da criança e o seu nível de autoestima.

Portanto, mediante o conteúdo acima exposto ficou notório que é imprescindível que os pais sejam bem orientados para, assim, desenvolverem um bom relacionamento com seus filhos e, conseqüentemente, dirimir os conflitos diários que eventualmente surjam. Pode-se afirmar que um bom relacionamento familiar reduzirá comportamentos inapropriados por parte da criança e preparará esta para a convivência social reduzindo, assim, seu comportamento inadequado, tornando-a socializada e mais preparada para enfrentar os desafios vindouros na medida em que for se desenvolvendo e se tornando adulto (ROCHA & DEL PRETTE, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho acadêmico apresentou elucidações e direcionamentos aos pais, cuidadores e professores que buscam compreender o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH e o Transtorno do Espectro do Autismo – TEA.

Foram demonstrados o histórico de cada uma das patologias, formas de diagnóstico, além de falar dos profissionais envolvidos no diagnóstico, os quais são: psicólogos, pedagogos, pediatras, psiquiatras, neurologistas dentre outros.

Foram apresentadas as estratégias que devem servir de direcionamento a todos os que estão envolvidos no processo de vivência de crianças disgnosticas com tais patologias, sejam familiares, cuidadores ou profissionais, especialmente, professores, que lidam diretamente com este público. A importancia do papel da família mostrou-se como fator principal haja vista que os pais são as pessoas que ficarão a maior parte do tempo em companhia das crianças. São eles que devem estar atentos nos primeiros anos de vida e observar possíveis comportamentos característicos das referidas patologias.

Ao longo do que foi comentado no texto, observou-se que alguns sintomas são comuns em relação ao TDAH e o TEA, como dificuldade de concentração, impulsividade, dificuldade na comunicação e no comportamento (bastante limitado e de natureza repetitiva e estereotipada), impulsividade, dificuldade em interagir com o meio social.

Com base na leitura de diretrizes que constam em manuais específicos, verificou-se que ambas as psicopatologias possuem critérios diagnósticos embasados tanto na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 quanto no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM- 5.

Além disso, ressalta-se que elas são psicopatologias que se manifestam desde a primeira infância, ou seja, antes dos 3 anos de idade e atinge 3 a 4 vezes mais meninos que meninas.

Outro achado importante é que as crianças com autismo têm dificuldade para se concentrar em atividades que não as interessam, podendo se fixar naquelas que se identificam, enquanto as crianças com TDAH têm dificuldades para se concentrar em geral e evitam atividades que exigem concentração.

Por fim, a Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) assegura aos cidadãos com necessidades especiais, como as crianças citadas neste trabalho, o direito à Educação pública e gratuita, de forma que o Estado precisa capacitar profissionais para garantir tal premissa fazendo com que o educando interaja com o meio social de forma exitosa.

REFERÊNCIAS

ABDA, Associação Brasileira do Déficit de Atenção. **Algumas dicas para os pais**. 2012. Disponível em:< <https://tdah.org.br/tdah-algumas-dicas-para-os-pais/>>. Acesso em: 25 de set. 2021.

BARBIRATO & CARIM. **Manual Linha de Cuidado para atenção às pessoas com transtornos do espectro autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde**. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf>. Acesso em 27 de ago. 2021.

BARKLEY RA. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: guia completo para pais, professores e profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2002.

BENCZIK. Dyleine Bellini Peroni & Casella. Erasmo Barbante. **Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção**. Revista Pepsic – Periódicos Eletrônicos em Psicologia. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862015000100010>. Acesso em: 28 de nov. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Gráfica do Senado Federal, 1988.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Lei Federal 8.069/90, de 13 de julho de 1990, dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, Brasília, Ministério da Justiça, 1995.

CAETANO, Dorgival. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas** – Coordenação: Organização Mundial de Saúde; tradução Dorgival Caetano – Porto Alegre: Artmed,1993.

CAMPOS, Viviane; PICCINATO, Ricardo. **Autismo: do diagnóstico ao tratamento; as melhores orientações sobre o universo autista**. Bauru, SP: Alto astral, 2019.

DUMAS, Jean E. **Psicopatologia da infância e da adolescência**; Tradução: Fátima Murad; revisão técnica: Francisco B. Assumpção Jr. – 3. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2011.

GALETI, Fabrícia Signorelli. **Como saber se meu filho é autista? 4 coisas que os pais devem aprender**. Disponível em:<<https://superafarma.com.br/como-saber-se-meu-filho-e-autista-4-coisas-que-os-pais-devem-aprender/>>. Acesso em:<27 de nov. 2021.

GRADUAL, Centro de Intervenção Comportamental. **Intervenção baseada em ABA**. Disponível em:< <https://www.grupogradual.com.br/metodologia-aba-2/>>. Acesso em: 26 de nov. 2021.

LOPEZ, J. C. **A formação de professores para a inclusão escolar de estudantes**

autistas: contribuições psicopedagógicas. 2011. Trabalho final do curso (Especialização em psicopedagogia clínica e institucional) - Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia – Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento – PED, Brasília, 2011.

NARDI, Antonio Egígio e outros. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: teoria e clínica (recurso eletrônico).** Organizadores: Antonio Egígio Nardi, João Quevedo, Antonio Geraldo da Silva. – Porto Alegre: Artmed, 2015.

NASCIMENTO, Maria Inês Corrêa. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** Associação Americana de Psiquiatria; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento; revisão Aristides Volpato Cordioli. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Trad. de Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP, 2003.

RHODE, Luiz Augusto. **Guia para compreensão e manejo do TDAH da Federação Mundial de TDAH.** Organizadores Luiz Augusto Rhode...et al. – Porto Alegre: Artmed, 2019.

ROCHA, M. M & DEL PRETTE, Z. A. P. (2010). **Habilidades Sociais Educativas para Mães de Crianças com TDAH e a Inclusão Escolar.** Revista Psicologia. Argumento. Curitiba, v. 28, n. 60, p. 31-41. Disponível em:< <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/19723/19047>>. Acesso em: 29 de nov. 2021.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes inquietas: TDAH: Desatenção, hiperatividade e impulsividade.** 4 ed. - São Paulo:Globo, 2014.