**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

DÉA BERTRAN MUNHOZ

**Revisão de literatura das psicoterapias para crianças e adolescentes
com Déficit de Atenção e Hiperatividade, TDAH.**

**São Paulo
2011**

DÉA BERTRAN MUNHOZ

**Revisão de literatura das psicoterapias para crianças e adolescentes
com Déficit de Atenção e Hiperatividade, TDAH.**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo,
como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Andrés Eduardo Aguirre Antúñez

**São Paulo
2011**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Munhoz, Déa Bertran.

Revisão de literatura das psicoterapias para crianças e adolescentes com Déficit de Atenção e Hiperatividade, TDAH. / Déa Bertran Munhoz; orientador Andrés Eduardo Aguirre Antúnez. São Paulo, 2011.

163 f.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Clínica.

1. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). 2. Psicoterapias. 3. Tratamento psicológico. 4. Revisão de literatura.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Munhoz, Déa Bertran.

Título: Revisão de literatura das psicoterapias para crianças e adolescentes com Déficit de Atenção e Hiperatividade, TDAH.

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Andrés Eduardo Aguirre Antúnez, orientador que me acolheu e aceitou meu trabalho, sabendo conduzi-lo para este resultado final, com abertura para as mudanças que ocorreram durante o desenvolvimento da pesquisa, profissional entusiasmado com seu ofício.

À Banca de Qualificação, através de seus titulares, Prof^a Dr^a Norma Lottemberg Semmer e Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Junior, que tão bem o acolheram e o criticaram, permitindo que se pudesse alcançar coerência entre dados muitas vezes díspares, além do apuro que um texto científico, formal, requer para assim ser considerado.

À doutoranda e Diretora de Biblioteca do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), Maria Imaculada Cardoso Sampaio, por toda a disponibilidade e gentileza ao me receber e me orientar pelos meandros dos bancos de dados, assim como pelas sugestões ao corpo do trabalho, todas aceitas.

À Sônia Jubelini, quem primeiro desenhou imagetivamente a criança TDAH emocionalmente considerada, sua generosidade em repartir sua experiência clínica e em psicodiagnóstico, além das valiosas contribuições na leitura desta dissertação.

À Prof^a Dr^a Neusa Abelin, cujos critérios científicos e experiência acadêmica foram valiosos para que esta dissertação fosse coerente do começo ao seu final, além da disponibilidade preciosa para ler e reler o original, discutindo-o sem cansaço.

À Irani Pacheco e seu olhar perscrutador como revisora, papel fundamental para que erros e excessos fossem corrigidos e que o texto fluísse sem interferências, gesto que muito me sensibilizou.

À Paola Dottori, parceira das duas Iniciações Científicas, trabalho que se tornou também prazeroso pela convivência colorida pelo afeto, sempre pronta a revisar textos em inglês e a aprontar arte em meus convites.

À Prof^a Ms. Dagmar Menichetti, orientadora de minha 2^a Iniciação Científica, supervisora do grupo de mães e de minha clínica particular, responsável por minha vinculação ao Instituto de Psicologia, IPUSP.

Ao Dr. Wimer Bottura e suas equipes na Associação Paulista de Medicina e em sua clínica, ponto de partida para essa investigação, contato proporcionado pela Prof^a Dr^a Ivonise Fernandes da Motta, a quem estendo meu agradecimento.

Às mães do grupo de escuta psicoterápica *A fala que muda*, a confiança que depositaram no trabalho, a capacidade de entrega e de afetividade.

À Ana Paola Gurgel, Maria Luíza Antonioli, Raquel Garcia e Salete Regina Ramos

do Amaral, colegas participantes, sorridentes e acolhedoras, primeiros conceitos sobre o assunto colhidos e conversados em grupo.

À Profª Drª Denise D'Aurea Tardeli (Unisantos), cujo convite para a 1ª Iniciação Científica motivou meu interesse em pesquisa.

Às professoras e aos professores da Graduação da Unisantos e da Pós Graduação do Instituto de Psicologia, IPUSP.

À Cícera Eloi dos Santos Andrade e Claudia Lima Rodrigues da Rocha, secretárias do Departamento de Psicologia Clínica, IPUSP, pela dedicação ao serviço e aos alunos do Instituto.

Aos funcionários da biblioteca do IPUSP, pela prontidão no atendimento.

Ao Rodrigo Nunes Xavier, meu behaviorista radical predileto, pelas correções nos textos comportamentais.

A todos que me são queridos, que deixam minha vida mais alegre, diversificada, original, aos que me apóiam e aos que me acolhem.

Aos legados: português de Munhoz, francês de Martin, espanhol de Bertran.

Aos que me guiam.

A quem me tem.

Na sociedade industrial foi a razão que triunfou. Hoje, conquistado o que é racional, podemos voltar a valorizar sem temor também a esfera emotiva. Emoção, fantasia, racionalidade e concretude são os ingredientes da criatividade. A racionalidade nos permite executar bem as nossas tarefas, mas sem emotividade não se cria nada de novo. Para ser criativo é essencial o cruzamento entre a racionalidade e emotividade.

O resultado é uma sociedade de tipo andrógono.

Domenico De Masi

RESUMO

Munhoz, D. B. (2011). *Revisão de literatura das psicoterapias para crianças e adolescentes com Déficit de Atenção e Hiperatividade, TDAH*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Esta revisão de literatura apresenta uma análise dos trabalhos sobre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, TDAH, quanto às psicoterapias e aos tratamentos psicológicos ofertados a crianças e adolescentes, recuperados nas principais bases de dados da área. Transtorno de grande prevalência na população escolar, com sérios prejuízos pessoais e sociais, pois comportamentos de hiperatividade, desatenção e impulsividade, em graus atípicos, comprometem as funções executivas como concentração, planejamento de ações e controle sobre impulsos, o TDAH é conceito que gera controvérsias na comunidade científica. De um lado têm-se as perspectivas da terapia comportamental e cognitivo-comportamental, com o objetivo de reeducação comportamental, apoiada pela psiquiatria e psicofarmacologia. De outro, as linhas compreensivas e a psicanálise buscam não só comportamentos observáveis, mas a singularidade de cada envolvido, ou seja, a contribuição da família e/ou da cultura nesses quadros. A fim de mapear as publicações nessa área, foram analisadas as produções dos últimos dez anos (2000–2010) localizadas nas bases de dados MEDLINE, PsycINFO, SciELO, LILACS e PSICODOC, por meio do termo *TDAH*, cruzado com *tratamento psicológico* e *psicoterapia*, respeitando-se o idioma da base de dados. Os resultados encontrados revelaram a supremacia de publicações sob a ótica comportamental ou cognitivo-comportamental, principalmente em seu modelo combinado, associado à medicação, tratamento validado através de evidências. As outras abordagens psicológicas, quando publicadas, não são absorvidas pelo modelo psiquiátrico, o que contribui para a sua invisibilidade – queixas do transtorno são levadas primeiramente a pediatras, neurologistas e profissionais de orientação comportamental. Os bancos de dados, assim, revelaram ser amplamente usados por pesquisadores positivistas, o que pode vir a sugerir que seus tratamentos sejam os únicos disponíveis, o que não é fato. Existem métodos investigativos, como o estudo de caso que, embora pouco disseminados, apresentaram resultados favoráveis em seus tratamentos singulares.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Psicoterapias, Tratamento psicológico, Revisão de literatura.

ABSTRACT

Munhoz, Déa Bertran (2011). *Literature review of psychotherapies in children and adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

This literature review presents an analysis of the works about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD and psychotherapy and psychological treatments offered to children and adolescents recovered in the main database area. Disorder of high prevalence in school population, with serious personal and social impairments, since the hyperactivity, inattention e impulsivity behaviors, in atypical degrees, compromises executive functions such as concentration, action planning and impulses control, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) has been a controversy target among the scientific community. On one hand we have the behavioral therapy and cognitive-behavioral therapy, seeking for the behavioral rehabilitation, supported by psychiatry and psychopharmacology. On the other hand, comprehensive psychological approaches and the psychoanalysis does not aim to reduce these children to observable behaviors and, actually, to understand their symptoms as an expression of their singularity, explaining hyperactive and/or inattentive behavior in contemporary context. In order to map the publications in this area, it was analyzed the productions in the last decade (2000-2010) leased in the databases MEDLINE, PsycINFO, SciELO, LILACS and PSICODOC, through the term *ADHD* crossed with *psychological treatment* and *psychotherapy*, respecting the language of the database. The results showed the superiority of publications from the perspective of behavioral or cognitive-behavioral therapy, mainly in a combined model with medication, treatment validated by evidences. The others psychological approaches, when published, are not absorbed by the psychiatric model, which generates its invisibility – complaints of disorder are taken primarily to pediatricians, neurologists and professional behavioral treatments. The databases thus shown to be widely used by researchers at positivism, which might suggest that their treatments are the only ones available, which is not fact. There are investigative methods, as the case study, although a little spread, showed favorable results in their singular treatments.

Key words: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Psychotherapies, Psychological treatment, Literature review.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Número de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: MEDLINE Descritores: <i>ADHD x Psychological treatment</i>	62
Gráfico 2 -	Tipos de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: MEDLINE Descritores: <i>ADHD x Psychological treatment</i>	62
Gráfico 3 -	Número de sujeitos sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: MEDLINE Descritores: <i>ADHD x Psychological treatment</i>	62
Gráfico 4 -	Tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: MEDLINE Descritores: <i>ADHD x Psychological treatment</i>	63
Gráfico 5 -	Área de concentração dos periódicos sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: MEDLINE Descritores: <i>ADHD x Psychological treatment</i>	63
Gráfico 6 -	Países envolvidos nas publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: MEDLINE Descritores: <i>ADHD x Psychological treatment</i>	63
Gráfico 7 -	Distribuição anual das publicações das pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: MEDLINE Descritores: <i>ADHD x Psychological treatment</i>	64
Gráfico 8 -	Número de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: MEDLINE Descritores: <i>ADHD x Psychotherapy</i>	72
Gráfico 9 -	Tipos de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: MEDLINE Descritores: <i>ADHD x Psychotherapy</i>	72
Gráfico 10 -	Número de sujeitos sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: MEDLINE Descritores: <i>ADHD x Psychotherapy</i>	72
Gráfico 11 -	Tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: MEDLINE Descritores: <i>ADHD x Psychotherapy</i>	73
Gráfico 12 -	Área de concentração dos periódicos das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: MEDLINE Descritores: <i>ADHD x Psychotherapy</i>	73
Gráfico 13 -	Países envolvidos nas publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: MEDLINE Descritores: <i>ADHD x Psychotherapy</i>	73
Gráfico 14 -	Distribuição anual das publicações das pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: MEDLINE Descritores: <i>ADHD x Psychotherapy</i>	74
Gráfico 15 -	Número de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: PsycINFO Descritores: <i>ADHD x Psychological treatment</i>	90

Gráfico 16 -	Tipos de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: PsycINFO Descritores: <i>ADHD x Psychological treatment</i>	90
Gráfico 17 -	Número de sujeitos sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: PsycINFO Descritores: <i>ADHD x Psychological treatment</i>	90
Gráfico 18 -	Tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: PsycINFO Descritores: <i>ADHD x Psychological treatment</i>	91
Gráfico 19 -	Área de concentração dos periódicos das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: PsycINFO Descritores: <i>ADHD x Psychological treatment</i>	91
Gráfico 20 -	Países envolvidos nas publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: PsycINFO Descritores: <i>ADHD x Psychological treatment</i>	91
Gráfico 21 -	Distribuição anual das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: PsycINFO Descritores: <i>ADHD x Psychological treatment</i>	92
Gráfico 22 -	Número de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, psicodinâmica e sistêmica Fonte: PsycINFO Descritores: <i>ADHD x Psychotherapy</i>	100
Gráfico 23 -	Tipos de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, psicodinâmica e sistêmica Fonte: PsycINFO Descritores: <i>ADHD x Psychotherapy</i>	101
Gráfico 24 -	Número de sujeitos sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, psicodinâmica e sistêmica Fonte: PsycINFO Descritores: <i>ADHD x Psychotherapy</i>	101
Gráfico 25 -	Tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, psicodinâmica e sistêmica Fonte: PsycINFO Descritores: <i>ADHD x Psychotherapy</i>	101
Gráfico 26 -	Área de concentração dos periódicos das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica Fonte: PsycINFO Descritores: <i>ADHD x Psychotherapy</i>	102
Gráfico 27 -	Países envolvidos nas publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, psicodinâmica e sistêmica Fonte: PsycINFO Descritores: <i>ADHD x Psychotherapy</i>	102
Gráfico 28 -	Distribuição anual das publicações das pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, psicodinâmica e sistêmica Fonte: PsycINFO Descritores: <i>ADHD x Psychotherapy</i>	102
Gráfico 29 -	Número de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e existencial Fonte: LILACS Descritores: <i>TDAH x Psicoterapia</i>	110
Gráfico 30 -	Tipos de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e existencial Fonte: LILACS Descritores: <i>TDAH x Psicoterapia</i>	111
Gráfico 31 -	Número de sujeitos sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e existencial Fonte: LILACS Descritores: <i>TDAH x Psicoterapia</i>	111

Gráfico 32 -	Tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e existencial Fonte: LILACS Descritores: TDAH x Psicoterapia.....	111
Gráfico 33 -	Área de concentração dos periódicos das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e existencial Fonte: LILACS Descritores: TDAH x Psicoterapia.....	112
Gráfico 34 -	Países envolvidos nas publicações das pesquisas sob abordagens psicodinâmica e psicomotora Fonte: LILACS Descritores: TDAH x Psicoterapia.....	112
Gráfico 35 -	Distribuição anual das publicações das pesquisas sob abordagens psicodinâmica e psicomotora Fonte: LILACS Descritores: TDAH x Psicoterapia.....	112
Gráfico 36 -	Número de pesquisas sob abordagens psicodinâmica e psicomotora Fonte: PSICODOC Descritores: TDAH x Psicoterapia.....	117
Gráfico 37 -	Tipos de pesquisas sob abordagens psicodinâmica e psicomotora Fonte: PSICODOC Descritores: TDAH x Psicoterapia.....	117
Gráfico 38 -	Número de sujeitos sob abordagens psicodinâmica e psicomotora Fonte: PSICODOC Descritores: TDAH x Psicoterapia.....	117
Gráfico 39 -	Tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas sob abordagens psicodinâmica e psicomotora Fonte: PSICODOC Descritores: TDAH x Psicoterapia.....	118
Gráfico 40 -	Área de concentração dos periódicos das publicações sob abordagens psicodinâmica e psicomotora Fonte: PSICODOC Descritores: TDAH x Psicoterapia.....	118
Gráfico 41 -	Países envolvidos nas publicações das pesquisas sob abordagens psicodinâmica e psicomotora Fonte: PSICODOC Descritores: TDAH x Psicoterapia.....	118
Gráfico 42 -	Distribuição anual das publicações das pesquisas sob abordagens psicodinâmica e psicomotora Fonte: PSICODOC Descritores: TDAH x Psicoterapia.....	119
Gráfico 43 -	Número de pesquisas e tipos de abordagens em relação a todos os bancos de dados em ambos os descritores.....	122
Gráfico 44 -	Tipos de pesquisas relação a todos os bancos de dados em ambos os descritores.....	122
Gráfico 45 -	Número de sujeitos em relação a todos os bancos de dados em ambos os descritores	122
Gráfico 46 -	Tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas em relação a todos os bancos de dados em ambos os descritores.....	123
Gráfico 47 -	Área de concentração dos periódicos das publicações em relação a todos os bancos de dados em ambos os descritores.....	123
Gráfico 48 -	Países envolvidos na publicação de pesquisas em relação a todos os bancos de dados em ambos os descritores.....	123
Gráfico 49 -	Distribuição anual das publicações das pesquisas em relação a todos os bancos de dados em ambos os descritores.....	124
Gráfico 50 -	Resultados finais conforme as abordagens consideradas, totalizando 92 artigos.....	124

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Identificação dos anos das pesquisas publicadas, dos autores, país de procedência do pesquisador titular, o nome e país da publicação. Fonte: MEDLINE.....	74
Quadro 2 – Identificação das publicações científicas presentes nos bancos de dados, área de concentração, início de circulação, país de origem, periodicidade e número de artigos publicados. Fonte: MEDLINE.....	77
Quadro 3 – Identificação dos anos das pesquisas publicadas, dos autores, país de procedência do pesquisador titular, o nome e país da publicação. Fonte: PsycINFO.....	103
Quadro 4 – Identificação das publicações científicas presentes nos bancos de dados, área de concentração, início de circulação, país de origem, periodicidade e número de artigos publicados. Fonte: PsycINFO.....	106
Quadro 5 – Identificação dos anos das pesquisas publicadas, dos autores, país de procedência do pesquisador titular, o nome e país da publicação. Fonte: LILACS.....	113
Quadro 6 – Identificação das publicações científicas presentes nos bancos de dados, área de concentração, início de circulação, país de origem, periodicidade e número de artigos publicados. Fonte: LILACS.....	113
Quadro 7 – Identificação dos anos das pesquisas publicadas, dos autores, país de procedência do pesquisador titular, o nome e país da publicação. Fonte: PSICODOC.....	119
Quadro 8 – Identificação das publicações científicas presentes nos bancos de dados, área de concentração, início de circulação, país de origem, periodicidade e número de artigos publicados. Fonte: PSICODOC.....	119
Quadro 9 – Mapeamento dos resultados em relação às referências obtidas (2.214 artigos) e as referências selecionadas (92 artigos)	120
Quadro 10 – Resultados totais obtidos em todas as pesquisas selecionadas: número de pesquisas, tipos, número de sujeitos e número de estudos na metanálise.....	121

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	
	TDAH: O TRANSTORNO QUE AGITA A CIÊNCIA.....	17
2.	OBJETIVOS.....	44
3.	MATERIAL E MÉTODOS.....	45
4.	RESULTADOS	
	TDAH: O TRANSTORNO MULTIDISCIPLINAR.....	47
4.1	PROCEDÊNCIA: Banco de Dados MEDLINE	51
4.1.1	Descritores: <i>ADHD x PSYCHOLOGICAL TREATMENT</i>.....	51
4.1.1.1	Abordagens comportamental e cognitivo-comportamental.....	51
4.1.1.2	Abordagem psicodinâmica.....	60
	♦ Quantificação geral do número de sujeitos, tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas, área de concentração dos periódicos, países e distribuição anual das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica.....	61
4.1.2	Descritores: <i>ADHD x PSYCHOTHERAPY</i>.....	64
4.1.2.1	Abordagens comportamental e cognitivo-comportamental.....	64
4.1.2.2	Abordagem psicodinâmica.....	71
	♦ Quantificação geral do número de sujeitos, tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas, área de concentração dos periódicos, países e distribuição anual das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica.....	71
	♦ Identificação geral dos anos das pesquisas selecionadas, dos autores, país de procedência do pesquisador titular, nome e país da publicação, bem como a caracterização das mesmas quanto à área de concentração, início de circulação, periodicidade e número de artigos publicados da fonte MEDLINE.....	74
4.2	PROCEDÊNCIA: Banco de dados PsycINFO.....	79
4.2.1	Descritores: <i>ADHD x PSYCHOLOGICAL TREATMENT</i>.....	79
4.2.1.1	Abordagens comportamental e cognitivo-comportamental.....	79
4.2.1.2	Abordagem psicodinâmica.....	85
	♦ Quantificação geral do número de sujeitos, tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas, área de concentração dos periódicos, países e distribuição anual das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica.....	90
4.2.2	Descritores: <i>ADHD x PSYCHOTHERAPY</i>.....	92
4.2.2.1	Abordagens comportamental e cognitivo-comportamental	92
4.2.2.2	Abordagem psicodinâmica.....	96

4.2.2.3	Abordagem sistêmica.....	99
♦	Quantificação geral do número de sujeitos, tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas, área de concentração dos periódicos, países e distribuição anual das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, psicodinâmica e sistêmica.....	100
♦	Identificação geral dos anos das pesquisas selecionadas, dos autores, país de procedência do pesquisador titular, nome e país da publicação, bem como a caracterização das mesmas quanto à área de concentração, início de circulação, periodicidade e número de artigos publicados da fonte PsycINFO.....	103
4.3	PROCEDÊNCIA: Banco de dados LILACS.....	107
4.3.1	Descritores: TDAH x TRATAMENTO PSICOLÓGICO.....	107
4.3.2	Descritores: TDAH x PSICOTERAPIA.....	107
4.3.2.1	Abordagens comportamental e cognitivo-comportamental.....	107
4.3.2.2	Abordagem existencialista.....	108
♦	Quantificação geral do número de sujeitos, tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas, área de concentração dos periódicos, países e distribuição anual das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e existencialista.....	110
♦	Identificação geral dos anos das pesquisas selecionadas, dos autores, país de procedência do pesquisador titular, nome e país da publicação, bem como a caracterização das mesmas quanto à área de concentração, início de circulação, periodicidade e número de artigos publicados da fonte LILACS.....	113
4.4	PROCEDÊNCIA: Banco de dados SciELO.....	114
4.4.1	Descritores: <i>ADHD</i> x <i>PSYCHOLOGICAL TREATMENT</i>.....	114
4.4.2	Descritores: <i>ADHD</i> x <i>PSYCHOTHERAPY</i>.....	114
4.5	PROCEDÊNCIA: Banco de Dados PSICODOC.....	114
4.5.1	Descritores: TDAH x TRATAMENTO PSICOLÓGICO.....	114
4.5.2	Descritores: TDAH x PSICOTERAPIA.....	114
4.5.2.1	Abordagem psicodinâmica.....	114
4.5.2.2	Abordagem psicomotora.....	115
♦	Quantificação geral do número de sujeitos, países de publicação e distribuição anual das publicações sob abordagens psicodinâmica e psicomotora.....	116
♦	Identificação geral dos anos das pesquisas selecionadas, dos autores, país de procedência do pesquisador titular, nome e país da publicação, bem como a caracterização das mesmas quanto à área de concentração, início de circulação, periodicidade e número de artigos publicados da fonte PSICODOC.....	119
♦	Tipos de pesquisas em relação a todos os bancos de dados em ambos os descritores e mapeamento geral dos resultados totais.....	120

5.	DISCUSSÃO	
	TDAH: O TRANSTORNO SOB MÚLTIPLOS	
	ENTENDIMENTOS.....	125
5.1	Banco de Dados MEDLINE.....	125
5.2	Banco de Dados PsycINFO.....	130
5.3	Banco de Dados LILACS.....	135
5.4	Banco de Dados SciELO.....	136
5.5	Banco de Dados PSICODOC.....	136
6.	CONCLUSÕES	
	TDAH: O TRANSTORNO QUE PEDE POR COMPREENSÃO	
	PANORÂMICA.....	139
	REFERÊNCIAS.....	143

1 INTRODUÇÃO

TDAH: O TRANSTORNO QUE AGITA A CIÊNCIA

O interesse pelo tema desta dissertação de mestrado, o Transtorno de Déficit de Atenção, TDAH, nasceu de forma indireta durante a minha formação como pesquisadora na área da Psicologia Clínica, a partir de convite para participar de encontros com pais de filhos diagnosticados com o transtorno.

Promovidos pela Associação Paulista de Medicina, APM, coordenados pelo psiquiatra Wimer Bottura, em São Paulo, Capital, de caráter gratuito e aberto à comunidade, agrupa mães e pais que sofredamente expõem suas solitárias buscas para ajudar seus filhos.

Profundamente tocada pela angústia de suas falas, feridas abertas de desamparo e desesperança, e disposta a compreender melhor este universo, iniciei leitura das fichas de vários anos de inscrições dos participantes desses grupos, composta por questionário bastante elucidativo sobre as características dos pais e de suas crianças.

Através dessa preciosa narrativa em primeira pessoa, brotou a primeira inquietação, pois se evidenciou o hiato que existia entre os profissionais com relação a se ter algum consenso entre suas opiniões. Os relatos se referiam a verdadeiro calvário à procura de ajuda, pais vitimados pela dificuldade de aceitação de suas crianças nas escolas, sem conhecimento sobre o assunto, sem preparo para com ele lidar e perdidos em meio a tantas posições contraditórias.

O que foi digno de nota era perceber que a passagem pelo psiquiatra e/ou neurologista resultava, quase que invariavelmente, em prescrição medicamentosa. O oposto acontecia quando a criança era conduzida a psicólogos e psicopedagogos que, contudo, no dizer dos pais, apresentavam resultados não muito consistentes.

A segunda das interrogações dizia respeito aos tipos de tratamentos ofertados a essas crianças e adolescentes, pois pesquisa superficial resultou na identificação de forte presença das abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, com quase exclusão de outras linhas teóricas e intervenções daí derivadas.

A partir desse entendimento inicial e consequente interesse pelo assunto, pressupondo que esses pais necessitavam de espaço de fala e de escuta, foi desenvolvido um projeto piloto de grupo de escuta psicoterápica aos pais de portadores de TDAH. Em dezesseis sessões, mães angustiadas por se verem em avaliação e julgamento, justamente pela quebra de expectativas dos filhos que geraram, foram recebidas e acolhidas em suas vivências (Bertran et al, 2009).

Embora mais próxima à realidade imposta pelos que eram diagnosticados como portadores do TDAH através da transmissão das experiências vividas pelas mães, com mais

conhecimento sobre sintomas, comportamentos, dificuldades, potencialidades, permaneciam, porém, ao final do grupo, muitas perguntas sem respostas: além de acolher os pais, o que falar a eles sobre seus filhos? Quais os tratamentos disponíveis para ofertar-lhes? Como olhar para essas crianças e entendê-las em suas singularidades? O que essas famílias tinham em comum? Quais os padrões psíquicos que as compunham?

Empreendeu-se, assim, esta revisão analítica, a fim de pautar com conhecimento científico as reflexões originadas por essa experiência, na tentativa de encontrar coesão nas respostas possíveis sobre o assunto em questão.

Embora descrito na literatura médica desde o início de 1900 (Barkley, 2008), o atualmente denominado Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, TDAH, sempre primou por revelar-se assunto muito amplo que, desde que foi descrito, permaneceu associado à controvérsia científica. De um lado, há os que o remetem à doença psiquiátrica (Capovilla, Assef, & Cozza, 2007) e, oposto a este, aqueles que associam seus sintomas à época contemporânea (Roudinesco, 2000; Benedetti & Urt, 2008; Legnani & Almeida; 2008, Safra, 2008).

Assim é que, embora considerado um dos assuntos mais pesquisados dentre o universo psiquiátrico infantil (Assumpção Jr. & Kuczynski, 2010), e não somente, porque as investigações sobre o transtorno alcançaram a idade adulta, onde existem evidências de sua manifestação (Lopes, Nascimento & Bandeira 2004), o TDAH é tema delicado que vai além daqueles que diretamente com ele lidam. O público leigo também por ele se interessou, o que se comprovou pela venda dos duzentos mil exemplares do livro *Mentes Inquietas*, da psiquiatra Ana Beatriz Barbosa Silva, lançado em 2003.

Os impasses se iniciam com sua etiologia, não comprovada cabalmente em nenhuma de suas hipóteses, tornando seu diagnóstico eminentemente clínico, embora os resultados promissores em várias direções, como a do olhar biológico sustentado pelas imagens da neurociência (Capovilla, Assef, & Cozza, 2007).

Com incidência na população atualmente entre 3% a 7%, o transtorno é descrito como causador de prejuízo pessoal e social significativo, já que seus portadores não conseguem acompanhar o ritmo de seus pares, pois expressam hiperatividade, desatenção e impulsividade em graus incompatíveis principalmente com as normas escolares que exigem concentração, imobilidade e controle dos impulsos. (Lopes, Nascimento, & Bandeira, 2004).

A trajetória histórica do TDAH, na verdade, é um caminho com bifurcações desde 1897, ano em que Bourneville identificou inquietação intelectual e física muito elevada em crianças com desenvolvimento aquém do esperado (Levin, 2004).

Em 1902, Still proferiu palestra onde se referia a 43 crianças que manifestavam

desatenção em graus atípicos, por ele atendidas em seu consultório, interpretadas como possuidoras de um defeito moral, pois muitas delas não se reprimiam pela educação vitoriana da época, por ele consideradas opositivas, impulsivas, até mesmo malévolas e cruéis. Além de manifestarem grande expressão emotiva e entusiasmo, também eram crianças que davam pouca importância às possíveis punições (Barkley, 2008).

Esse autor foi um dos primeiros a relacionar esses comportamentos com predisposição biológica, tanto hereditária quanto adquirida, em lesões pré e pós natais. Seu ponto de vista embasou outros pesquisadores, com permanência da visão de causa biológica consolidada a partir de 1940, quando os hiperativos e/ou desatentos passaram a ser identificados como possuidores de uma Lesão Cerebral Mínima – LCM. Como não foi encontrada evidência científica comprovada de sua existência, nos anos 60 foi rebatizada de Disfunção Cerebral Mínima – DCM (Legnani & Almeida, 2008).

O pano de fundo desta época, dos anos 40 aos 70, foi o do desenvolvimento da psicofarmacologia e das caracterizações psiquiátricas contidas no Manual Diagnóstico e Estatístico do Transtorno Mental, DSM (APA, 2002), instrumento categorizador de sintomas com a finalidade de classificação e diagnóstico dos diferentes tipos de transtornos mentais.

A partir de sua terceira versão, na década de 80, a hiperatividade e/ou a desatenção foram alçadas à categoria psiquiátrica de Desordem do Déficit de Atenção, DDA (Caliman, 2009). Nessa última revisão, a quarta, somente recebeu o acréscimo do H, de hiperatividade (Barkley, 2008).

Foi assim estabelecida a necessidade de haver, para diagnóstico dessas crianças, um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade por no mínimo seis meses, que acarretasse algum tipo de comprometimento em pelo menos dois contextos, familiar e o escolar, por exemplo.

Apoiado em resultados de pesquisas, dividiu-se o transtorno em três subtipos: tipo Predominantemente Desatento, Predominantemente Hiperativo-Impulsivo e o tipo Combinado. Assim, para alcançar o escore para o TDAH do tipo Desatento, a criança deveria apresentar no mínimo seis dos nove sintomas listados de desatenção, com menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade; para o tipo Hiperativo-Impulsivo, responder a seis ou mais dos itens relacionados à hiperatividade e três à impulsividade, porém com menos de seis sintomas de desatenção; finalmente, para o Combinado, deveria haver a associação entre seis ou mais sintomas de desatenção somados a seis ou mais sintomas de hiperatividade e impulsividade (APA, 2002).

Nos sintomas associados à desatenção, tem-se uma criança que não exerce a capacidade de se concentrar e prestar atenção ao que a cerca. Com isso, comete muitos erros e

falhas em seus trabalhos escolares, não conclui tarefas, não acompanha cartesianamente determinadas instruções, o que a faz querer manter-se afastada de exigências mentais com as quais não se afina. Com a distração que responde rápido aos estímulos que lhe chegam e que a afastam da concentração, desorganizada em suas tarefas cotidianas, socialmente apresenta alheamento a colocações que possam lhe ser feitas, como se não as escutasse - e isso se estende até mesmo às atividades lúdicas.

Nos relacionados à hiperatividade, tem-se a criança que se movimenta de forma diferente de seus pares, com gestualidade excessiva, mãos e pés que se agitam, correm, pulam, saltam, sem avaliação de risco ou perigo e, por consequência, fazendo com que não consiga responder às demandas do ambiente que pedem que a criança permaneça, por exemplo, sentada. Com isso, não consegue participar de um jogo que requeira quietude, nem ficar em silêncio, nem cumprir etapas para atingir um objetivo, o que exige muita paciência e tolerância dos que com ela convivem.

Com a impulsividade aparece a emergência de responder ao estímulo antes que este se complete, a impaciência para permanecer em espera, a inconveniência de não saber aguardar a sua hora de falar e a sua vez de participar, como se os outros não existissem (APA, 2002).

Assim, concomitante ao avanço tecnológico manifestado através da neurociência, a causa do TDAH, a partir dos seus sintomas comportamentais, foi relacionada com a hipofuncionalidade do lobo frontal e de estruturas subcorticais que com ele se conectavam. Desse achado derivaram duas teorias neurobiológicas: uma focada na deficiência dos neurotransmissores dopamina e noradrenalina; outra, no déficit funcional do lobo frontal (Lopes, Nascimento, & Bandeira, 2004; Barkley, 2008).

Essa região cerebral, por sua vez, está associada às funções executivas e, assim, à possibilidade de ser dono de sua atenção e atos - ou seja, filtrar estímulos, concentrar-se em específico fato, conseguir planejar ações, hierarquizá-las e colocá-las em prática, adequando ideação com realidade, inseridas no tempo e espaço. Com isso, integram-se experiências presentes com as passadas, com possibilidade de projetá-las no futuro (Capovilla, Assef, & Cozza, 2007; Borges, Trentini, Bandeira, & Dell'Aglia, 2008).

A *criança TDAH* é aquela facilmente identificável em seu cotidiano (Assumpção Jr. & Kuczynski, 2010), pois sua distração intensa a faz iniciar vários atos sem concluí-los, sua impulsividade a torna presa de suas reações emocionais, sua hiperatividade a movimenta ininterruptamente, o que a torna fora do ritmo das outras crianças, enfim, presentifica a difícil situação de não conseguir se fixar ao que está a sua volta e nem em si mesma.

Os anos 90, no prosseguimento à sofisticação das pesquisas das neuroimagens

estruturais e funcionais cerebrais, principalmente realizadas nos Estados Unidos, facultaram a criação do *cérebro TDAH*, o que conduziu ao reconhecimento oficial dessa categoria. Ou seja, ser diagnosticado como portador do transtorno valia, nas escolas americanas, a ter o direito civil de receber serviços educacionais especiais, consolidados por decreto judicial (Caliman, 2009). Para tanto, a criança deveria cumprir os requisitos para diagnóstico conforme postulado pelo DSM-IV (APA, 2002), anteriormente descritos.

Do ponto de vista farmacológico, há muito que se havia descoberto que medicamentos estimulantes, como as anfetaminas, suprimiam alguns comportamentos inadequados socialmente e aumentavam significativamente a capacidade de focar a atenção, com relativa segurança quanto às contraindicações (Cramer et al, 2002; Barkley, 2008).

A substância metilfenidato, recebendo o nome popular de Ritalina, passou a ser ministrada às crianças – o que gerou protestos de cientistas da comunidade, conforme relatado por Pozzi (2000). Isso se deveu ao aumento significativo do volume de vendas desse fármaco, pois de 2003 a 2006 houve amplificação mundial em 49% de seu uso para crianças com menos de cinco anos de idade (Schneiders, Budni, Alexandre, & Simões, 2006). Somente na América do Norte, sua administração quadruplicou na última década (Peixoto & Rodrigues, 2008) – o que resultou em cerca de 3,5 milhões de crianças, adolescentes e adultos medicados nesse país (Legnani & Almeida, 2008).

O alerta aqui se acendeu ininterruptamente, pois pesquisadores fizeram associação entre o uso de estimulantes e o abuso e dependência daí decorrentes (Golden, 2009), bem como apontaram os preocupantes índices de uso ilegal da droga nos *campi* universitários americanos.

Em recente pesquisa institucional em universidade pública americana, foi verificado que 34% de seus 1.811 alunos já haviam experimentado Ritalina, seja por diversão, seja para dar conta do estresse acadêmico ou de sua fadiga, bem como de condições de motivação e memória (DeSantis, Webb, & Noar, 2008).

Também seus efeitos colaterais não eram insignificantes como se pensava, daí ser medicamento controlado: o coração pode bater irregularmente, o sangue ter sua pressão aumentada ou diminuída, o crescimento coibir-se, o apetite se ausentar, bem como haver dificuldades para o sono reparar o que o corpo desgastou durante o dia (Holtkamp, Peters-Wallraf, Wüller, Pfäffle, & Herpertz-Dahlmann, 2002; Schmetzer, 2004; Berman, Kuczenski, McCracken, & London, 2009).

Ademais, para os que desconhecem seus problemas cardíacos (Hamilton et al, 2009), há o risco de morte súbita (Nahshoni et al, 2009), o que demanda critérios para o monitoramento do paciente.

Pode-se até mesmo pensar, como a inglesa Pozzi (2000), que a medicação tem seu uso justificado para dar à família condições de ter sua ansiedade reduzida, bem visto que o comportamento de crianças consideradas difíceis exaspera os mais bem intencionados dos pais.

Em sua pesquisa, a pergunta que lhe foi norteadora dizia respeito a quem se trata quando se medica uma criança com menos de cinco anos de idade. A partir de investigação com duas famílias com crianças nessas condições, sob forma de estudo de caso, apurou que pouco importou a própria necessidade da criança, os efeitos do uso químico em longo prazo, bem como a acuidade do diagnóstico, ou ao menos a pertinência de se tentar, antes, tratamentos psicológicos. A medicação também cumpriu o papel, por vezes de maior destaque, de amortizadora das angústias familiares, sejam elas antecedentes ou consequentes ao TDAH da prole.

Em sua opinião, a Ritalina tornou-se medicação da moda que inundou as vidas de muitas famílias americanas e, como óleo sobre a água, estava a se espalhar pela Europa e, particularmente, Inglaterra.

A autora, assim, não negou os benefícios da farmacologia, porém sua visão é crítica com relação ao uso que lhe é dado. Em sua experiência clínica em hospitais, declarou, a Ritalina muitas vezes é prescrita por pediatras e psiquiatras sobrecarregados de trabalho, como forma de dar conta da longa fila de espera de pacientes para serem atendidos nas clínicas públicas.

Outra faceta da abrangência do TDAH é a filosófica, os que criticam a direção tomada pela psicofarmacologia atual, em movimento oposto ao que foi dito por Hipócrates, até hoje considerado o pai da medicina. Rememoram que, na Grécia, em meados dos quatrocentos anos antes da cristandade ser simbolizada por Jesus, dizia ele que as doenças não deveriam ser tratadas somente em seus sintomas, e que não se poderia curar todas, mas sim a todos consolar (Ghaemi, 2008).

Críticas à biologização do DSM em sua terceira versão, assim, são significativas, pois a partir dele não se nota mais a grande influência que a psicanálise tinha sobre a psiquiatria norte-americana. Com isso, a tendência é não haver mais preocupação com a etiologia, nem a de considerar a angústia como substrato do existir humano, nem entender o comportamento consciente invadido pelo desconhecido e temido inconsciente (Martins, 2008).

Com espectro de compreensão, diagnóstico e intervenção tão amplo, não surpreende não haver consenso entre profissionais, quicá entre pais, professores e cuidadores dessas pessoas.

Barkley (2008), autoridade reconhecida no assunto e especialista em TDAH, professor de clínica psiquiátrica na Universidade da Carolina do Sul, cuja notoriedade se valida através de alta produtividade escrita, representa os que são a favor da interferência medicamentosa. Ele deixa claro sua absoluta discordância quanto a haver banalização terapêutica da

substância, bem como a toda e qualquer etiologia que não considere o TDAH como doença psiquiátrica com causa biológica.

Já seus opositores se fazem ouvir através de Furman (2005), pediatra e professora associada ao Hospital Rainbow Babies & Hospital de Crianças, Ohio, que não esconde sua opinião de não haver evidência para causas genéticas ou neuroanatômicas para o TDAH, ou que deficiências das funções executivas, por mais bem descritas que possam ser, não explicam o transtorno.

A autora questionou a consideração do TDAH como doença ou condição neurocomportamental. Em sua opinião, uma série de sintomas denominados de inatenção, impulsividade e hiperatividade coexiste com outras condições mentais, de menor ou maior expressão. Para ela não há etiologia, nem uma prova diagnóstica definida, reconhecendo o impacto da subjetividade que incide no pediatra que avalia, por seus próprios critérios, o que é um comportamento usual para crianças entre 7 e 12 anos. Embora lhe seja recomendado que utilize as informações provindas dos pais e professores da criança, também se sabe, no dizer de Furman, que esses discursos não são paritários, complementares.

Também ressaltou que as escalas de avaliação utilizadas como instrumentos para o diagnóstico não alcançaram os padrões que eram esperados. Em outras palavras: inatenção, hiperatividade e impulsividade são demonstradores também de conflitos emocionais e psicológicos.

Dessa forma, a Academia Americana de Psiquiatria da Criança e do Adolescente listou sete itens a serem cumpridos para o diagnóstico do TDAH, que compreendiam desde a entrevista inicial com os pais, a utilização de escalas padronizadas, informações escolares, entrevista com a criança, entrevista diagnóstica com a família, exame físico completo, além de referências a testes adicionais, se necessário, mas a Academia Americana de Pediatria, em seus guias de orientação aos profissionais que executam os primeiros cuidados, fez recomendação contrária, ou seja, encorajou-os a diagnosticarem o TDAH.

O artigo de Furman (2005) é finalizado com o destaque para a pressão social e financeira que leva ao diagnóstico do TDAH e ao uso da medicação estimulante em crianças escolares com dificuldades em seus comportamentos. Em suas considerações, faltam investimentos nos serviços de saúde mental, a inclusão do TDAH possibilita determinados privilégios públicos por conta de ser considerada deficiência, a publicidade da indústria farmacêutica é vigorosa, inclusive com a criação de grupo de suporte para pais de crianças assim diagnosticadas, além dos próprios genitores não terem disponibilidade de tempo para abordagens que requeiram participação mais intensa.

Assim, há pesquisadores da linha humanista que associam a medicalização das pessoas como efeito de específica condução política (Rodrigues, 2003). Denunciam ser mais que coincidência o fato de pertencer ao ano de 1952 tanto a primeira sintetização de um psicofármaco quanto o lançamento do primeiro DSM, nos EUA. Acusam a interferência dos ideais neoliberais em suas quatro edições, desde a entrada de empresas privadas na psiquiatria, como laboratórios farmacêuticos e seguradoras de saúde, até financiamentos para pesquisas com fundos públicos sobre o tema *cérebro* (Guarido, 2007). Questionam o uso do conceito *transtorno*, ou seja, inadequação a padrões sociais normais e satisfatórios (Silva, 2009), utilizado pela primeira vez no primeiro DSM para substituir a estigmatizada *doença mental* (Matos, Matos, & Matos, 2005). Com isso, o que se configurava como característica de personalidade passou a ser sinal e sintoma de dado quadro nosológico, categorizado.

Outros estudiosos apontam que listar sintomas é não percebê-los em toda a sua complexidade, como frutos de uma fala que, ao ser expressa e entendida, pode ser transformada (Tuchtenhagen, 2007); é desvinculá-los da contextualidade sociohistórica que configura o humano (Patto, 1997), é retirá-lo de sua integração com o outro para vê-lo somente como situação biológica, sem história, sem causa, sem subjetividade. Dessa forma, fá-lo reduzir-se à dimensão do funcional, ao invés de considerá-lo como ser complexo, em constante transformação, ambivalente e misterioso por sua própria natureza (Safra, 2008).

E há os que se pugnam contra o nefasto mercantilismo da ciência atual, na medida em que se tem o mercado como regente criador de necessidades para, através do consumo, haver obtenção de sua satisfação, em uma sociedade que busca o gozo desenfreado a qualquer custo, ela também transformada em objeto (Petri, 2009).

Goldstein (2006), em artigo bastante incisivo, escreveu sobre a sua preocupação com o tipo de *marketing* agressivo que indústrias farmacêuticas adotaram na mídia americana, prometendo cura mágica para o transtorno sem considerar que a medicação é *um* dos elementos que compreendem o tratamento abrangente que o TDAH requer. Ademais, o autor enfatizou a necessidade de um diagnóstico acurado e cuidadoso, para que metade da população não acabe sendo considerada como tendo o transtorno.

Para ilustrar a seriedade do assunto, não há como esquecer a emblemática história do menino Kyle Warren, que foi medicado com antipsicótico aos 18 meses de idade, aos três consumia também fármacos para a depressão e déficit de atenção, chegando aos seis anos como uma criança drogada. Ao ser admitido em um programa universitário para crianças com problemas mentais, foi diagnosticado como tendo somente TDAH, sendo-lhe dada medicação adequada e psicoterapia. Seu caso tornou-se símbolo das mais de 500 mil crianças e

adolescentes que consomem antipsicóticos pelos profissionais americanos, com índice de venda duplicado entre 2000 e 2007, uma das drogas mais lucrativas do mercado (Wilson, 2010).

A discussão é ampla e não dá para ser reduzida a formações neurológicas, tão somente, pois há que se considerar que se está em um mundo herdeiro de uma tradição científica que, como afirma Patto (2007), entronizou a física em detrimento da metafísica e, com isso, os ideais filosóficos, que pavimentaram inclusive o nascimento da psicologia, fizeram-se desnecessários. O ser se afunilou e corre o risco de ser compreendido apenas em termos funcionais. Algo classificado por Zimerman (1999) como psicologia da conduta, método terapêutico com limites demarcados que, de forma simples, breve e interventiva, apresenta resultados efetivos, bem distantes do que se propõe a psicanálise e outras correntes de linha compreensiva, em suas vias de autoconhecimento.

Ou, como bem disse o filósofo do pós modernismo, Baudrillard (2005, p.15), “Como a criança-lobo se torna lobo à força de com eles viver, também nós, pouco a pouco, nos tornamos funcionais.”

De um lado tem-se a necessidade da produtividade que precisa ser alcançada e demonstrada para se galgar a pirâmide escolar, restrita a mensurar as características que tornam isso possível: exercícios de certo e errado, por exemplo. O objetivo é obter-se autonomia profissional e, com ela, conquistar as benesses da sociedade tecnológica, mundo dos desejos que precisa ser empossado. De outro, há que se pensar no humano como algo a mais do que um reprodutor biológico e cultural de estratificações que não necessariamente o fazem crescer e se desenvolver apoiado em suas muitas potencialidades – como a criatividade, ou o movimento estético e artístico.

Diller, pediatra americano de larga experiência, chegou a dizer, conforme resenha feita sobre seu livro, *A última criança normal: ensaios sobre a intersecção entre crianças, cultura e drogas psiquiátricas*¹, publicado em 2006, que o aumento do uso de estimulantes em crianças, sua administração automática após ter sido feito diagnóstico e a falta de evidências para o efeito em longo prazo dessa prática, transformou-se em uma grande e potente ameaça à saúde pública americana. Algo como ser refém de interesses do congresso, sistema educacional e indústria farmacêutica (Jakubow, 2007).

O sistema de saúde americano não é estruturado para o atendimento público, somente o privado, garantia básica de toda pessoa empregada legalmente, composição que faculta aos convênios de saúde uma posição de muita importância.

¹ Tradução livre. No original, *The last normal child: essays on the intersection of kids, culture, and psychiatric drugs*, conforme citado nas Referências.

Como explica Kapalka (2007), psicólogo infantil e professor da Monmouth University, New Jersey, EUA, em artigo publicado na Espanha, a fim de evitar maiores custos, a prioridade de atendimento é realizada por um médico generalista, que possui um número determinado de cotas de encaminhamento a especialistas que não devem ser excedidas. Ou seja, a meta é fazer o maior número de atendimentos com o menor número de encaminhamentos, o que os faz inclusive prescrever medicação psiquiátrica.

Os dados são relevantes: 2/3 de toda a medicação psicotrópica americana não é prescrita por psiquiatras, inclusive as destinadas a crianças, como as anfetaminas para as diagnosticadas como TDAH.

Essa situação, porém, deve ser contornada pela medida de se capacitar outros profissionais, entre os quais, psicólogos, a também poder fazer uso da medicação, algo que já acontece em alguns estados americanos regidos por legislação própria. Com isso, são fornecidos conhecimentos médicos, neurológicos e comportamentais a psicólogos que não mais se educam através da fenomenologia, do existencialismo, do humanismo, da psicanálise e, sim, somente e exclusivamente atrelados à biologia.

Aqui se impõe a visão que se tem do sistema social – em países como Inglaterra e França, o atendimento médico é subvencionado pelo governo, raro é se recorrer a médicos particulares, a saúde é considerada área do Estado. Ou seja, o capitalismo é obliterado por idéias socialistas, algo que não ocorre em solo americano, em que esse sistema é vivenciado em sua forma mais totalitária. Daí autores como Courtois, Champion, Lamy e Bréchon (2007) reputarem a escolha organicista e o critério diagnóstico essencialmente comportamental do DSM-IV (APA, 2002) à cultura anglo-saxônica, inglesa, defendendo a idéia de que a maior parte dos europeus não relega os problemas devidos ao meio ambiente, como também presta mais atenção aos conflitos afetivos, na estruturação da personalidade e nas relações interfamiliares.

Mas muitos outros cientistas se empenham justamente em provar o contrário: que os estimulantes são, sim, extremamente úteis e não predisõem ao abuso de substâncias sequencialmente, ao contrário, o reduzem – e que muitas vezes se tem seu uso vetado por pais relutantes devido à desinformação (Kollins, 2007). Quando são ministrados de forma correta e sob diagnóstico acurado, assim dizem as pesquisas empíricas citadas por esses autores, possibilitam a atenção concentrada, condição indispensável para que a criança consiga iniciar e concluir uma ação à qual se predispôs (Gardner, Sheppard, & Efron, 2008).

De qualquer forma, existem dados que também demandam compreensão, como os fornecidos por Kariyawasam, Pereira, Koralagama e Jayawardane (2005), em que 36 crianças,

tratadas com metilfenidato durante seis semanas, tiveram a severidade de seus sintomas diminuída e, conseqüentemente, suas queixas escolares. Mas como após seis meses os resultados permaneciam os mesmos, ou seja, não havia acontecido nenhum incremento nessas crianças, houve queda de adesão à medicação.

Alguns conseguiram apresentar bons resultados clínicos com tratamentos psicanalíticos, e pedem que eles possam ser experimentados por um período de seis meses a um ano antes da prescrição de anfetaminas ou implementação de tratamento reeducativo (Taborda & Abraham, 2007).

Bem como há as que, em número de 30%, não respondem ao medicamento e/ou ao treinamento comportamental. Essas informações revelaram porcentagem significativa dos que permanecem sem auxílio.

Os sintomas, assim, além de sua concretude na vida da criança e de sua família, também podem apresentar um sentido simbólico, representacional, subjetivo, quando a excessiva movimentação e/ou a distração que nela se apresenta pode também ser entendida como mecanismo de defesa de um ambiente que lhe pode ser hostil.

Esses autores pedem pela volta do sentido do sintoma, a configuração preciosa e única que cada pessoa guarda de sua estruturação e dinâmica psíquicas, que requer escuta singular, em que cada comportamento, sentimento, pensamento, percepção e emoção são desenhados simbolicamente na forma de sinais e sintomas (Guarido, 2007; Benedetti & Urt, 2008).

Essas considerações fazem jus aos estudos que associam em larga escala os aspectos da saúde mental dos pais com os de sua prole, principalmente nos períodos da gravidez e pós parto. Isso se deve à importância crucial das fases iniciais de vida do bebê para que ele venha a ser um adulto saudável e com qualidade de vida (Maldonado-Durán, Garcia, Lartigue, & Karacostas, 2002).

Sob o ponto de vista da saúde mental dos pais dessas crianças, há a pesquisa de Güçlü e Erkiran (2005) com 118 crianças diagnosticadas com TDAH e seus progenitores, comparadas aos pais de crianças com enurese noturna, cujos resultados indicaram que o transtorno afetava tanto os filhos quanto os pais. Ou seja, considerações psicopatológicas sobre a parentalidade poderiam ser construtivas para os tratamentos fornecidos, pois os índices obtidos neste estudo apontaram para a ocorrência de 19,9% de transtornos parentais obsessivo-compulsivo, 8,1% de personalidades antissociais, 3,4% com traços para *bordeline*, sendo 1,3% caracterizados como tal.

Existem comprovações de que níveis moderados e graves de estresse durante a gravidez predispueram à expressão de comportamentos hiperativos e/ou desatentos com a

mesma gravidade (Grizenko, Shayan, Polotskaia, Ter-Stepanian, & Joober, 2008). E que mães de crianças com TDAH compõem população de risco para a depressão (Chronis, Gamble, Roberts, & Pelham, 2006).

Dados semelhantes foram colhidos por Martini, Knappe, Beesdo-Baum, Lieb e Wittchen (2010) que, em pesquisa com 992 mães, observaram que houve transmissão da ansiedade das gestantes às suas crianças, como também o fato de terem experienciado angústias durante a gravidez potencializaram seus filhos a serem ansiosos ante separações, apresentarem TDAH e transtornos de condutas.

O mesmo aconteceu com a investigação realizada na Tailândia por Gau (2007) em 375 mães de crianças diagnosticadas e medicadas e mães de 750 controles, que a conduziram, em sua conclusão, a recomendar a integração de abordagens para os pais, além da medicação. Seus dados demonstraram que mães de crianças com TDAH expressaram grande angústia, pouca rede familiar de suporte à função parental, sendo que também se caracterizaram por serem menos afetivas, mas mais controladoras e super protetoras.

Situação que remete a determinadas dinâmicas familiares, juntamente com as perguntas sobre como essas mães e esses pais desempenharam as funções primordiais com o seu bebê, ou seja, quais as necessidades da criança que não foram contempladas para que ela se desenvolvesse com empecilhos e transtornos.

A psicanálise inglesa, através de Melanie Klein, enfatizou as relações de objeto que ocorrem entre o bebê e sua mãe, em que a dimensão a ser investigada é a intrapsíquica, ou seja, as que ocorrem no mundo interno do indivíduo, através de suas relações com um objeto que não necessariamente necessita ser real, e sim habitar a fantasia.

A criança, ao se sentir amparada, sustentada, acarinhada, traria para o seu mundo interno um objeto bom; maus tratos em geral, indiferença, frieza de contato lhe forneceria o contrário, a introjeção de um objeto mau – nos seus dizeres metafóricos, *seio bom* e *seio mau*. Esses sentimentos primitivos a levariam a determinados estados de raiva, inveja, ódio, como também de amor, o que a fariam, por consequência, movimentar-se através de duas posições fundamentais da psique, a *esquizoparanóide*, em que os objetos são vivenciados de forma parcial, voltada para si mesmo e tendo o meio como ameaça, e a *depressiva*, onde haveria espaço para a culpa do ato feroz e o arrependimento que conduz à reparação com os objetos, alcançando a sua integralidade (Castro et al, 2009).

No dizer kleiniano, a criança com hiperatividade seria a que permaneceria na posição esquizoparanóide sem conquistar a posição depressiva, não atingiria o mundo simbólico e, com isso, fusionada com a mãe, tenderia a ocupar o papel do pai ausente (Hopf, 2009).

Winnicott, discípulo e dissidente de Klein, também valorizou a díade mãe-bebê, mas expandiu seu entendimento dessa relação inserindo-a em um meio, levando em consideração a cultura, que pode facilitar, ou não, o seu desenvolvimento. Ao final do processo, afinal, a criança tem condições de atingir a sua autonomia.

Introduziu, dessa forma, a dimensão intersíquica à intrapsíquica, elaborando conceitos de *ambiente suficientemente bom*, que provê a mãe, através da atitude protetora do pai, das condições ideais e naturais para que exerça seu papel materno, o de *mãe suficientemente boa*. Isso pressupõe ser a mediadora entre a criança e o mundo, apresentando a ela a realidade, porém permitindo que a mesma possa vivenciar a fantasia e a criatividade. A mãe acolhe e contém, traduz as angústias da criança e conforta-a em seu desamparo, disponível e devotadamente (Winnicott, 1975; Santos, 1999).

Lacan, psicanalista da escola francesa, nos trouxe a criança que se vê impactada pela presença do pai, que rompe a sua fantasia de completude vivenciada com sua mãe, traz-lhe a rejeição de ser a terceira, e não mais a segunda, em seu coração. Esse processo de aceitar o não e se sentir ferido em sua onipotência é o que a lançará para a simbolização de sua angústia e, desta, para a linguagem e a construção de si mesma (Richard, 2001).

Hoje a psicanálise se vê às voltas com noções de transpsíquico, ou seja, o humano só se constitui em grupo. Assim, diferente da relação de objeto que se dava no mundo infantil regido pela fantasia kleiniana, próximo, mas não semelhante à importância do meio para a teoria winnicottiana, o vínculo se dá através de sentimentos de pertencimento (Correa, 2000).

Dessa forma, existe um legado que perpassa a existência do indivíduo e que, como o próprio nome indica, formata-o perante a existência de seu grupo social, aquele ao qual pertence, em primeira instância, familiar e, após, social.

Por tudo isso é que pesquisas como as conduzidas por Orlando (2010), ao estudar os modelos parentais para o TDAH, são importantes em suas conclusões, uma delas, a de que o tratamento farmacêutico pode não ser suficiente para as crianças ou seus pais. E muitas vezes há a necessidade de se incluir padrões psicológicos e culturais nas pesquisas sobre o assunto.

Quando se atinge este ponto da discussão, entra em cena um elemento discutível: o diagnóstico, palavra que em sua origem grega significava, justamente, o ato de discernir, reconhecer em se separando (Silva Jr. & Ferraz, 2001).

Diagnóstico clínico é o feito pelo médico, que interpreta os sintomas, normalmente a partir das queixas descritas pelo paciente, identifica os sinais, dados observáveis, e elenca elementos para compor um determinado quadro e, assim, reconhecendo-o, poder tratá-lo (Yager & Gitlin, 1999). Para isso há a necessidade de categorizações de sinais e sintomas, o

que vem a configurar a nosografia de dada patologia. Para entender os antecedentes da doença, a sua etiologia, existe a nosologia, que vem a realizar a sua classificação a partir de explicações sobre as suas causas.

As manifestações humanas, porém, nem sempre são tão óbvias e evidentes, podendo facilmente ser compreendidas, como é o caso de comportamentos que revelam que existem perturbações em algumas instâncias como as do pensamento, da consciência, da memória, da percepção, do humor, entre outras. Assim, por muito tempo as doenças consideradas mentais, que não tinham comprovação orgânica, tiveram várias explicações de origem, míticas, místicas, obras de anjos, deuses, demônios e profetas, com seus atos cegos à razão, à realidade, à norma social.

Da própria medicina, então, nasceram as investigações sobre essas manifestações a fim de descrevê-las detalhadamente. No início do século XIX tem-se Pinel, francês que ao publicar o *Tratado Médico-Filosófico sobre a alienação mental*, criou a psiquiatria. No decorrer dos anos, além de muitas outras contribuições, um neurologista fez muita diferença: Sigmund Freud trouxe à luz a idéia de que, embora a utilidade das descrições sobre o padecimento psíquico, as fantasias também reinavam nos discursos dos pacientes, com uma influência a qual denominou de inconsciente, que atuava como instigador de muitas atitudes consideradas ilógicas. Com isso, disse sobre ações de resistência ao tratamento vindas do próprio paciente, bem como de projeções de aspectos de sua própria vida na figura do médico (Ceccarelli, 2005).

A consideração que se impôs era a de que, além das disfunções orgânicas, as representações e as idéias também poderiam causar desajustes mentais de ordem clínica.

Concomitantemente, foi a partir do século XIX, com o grande avanço dos recursos tecnológicos que permitirão a instrumentalização da medicina e o conhecimento sobre processos biológicos, que a psicologia irá, em seu nascimento, aplicar-se a estudar a percepção humana e a querer mensurar os elementos do psiquismo humano.

Ou seja: a psicologia, embora nascida da filosofia, teve seu crescimento modelado pela medicina, a partir do positivismo e seus agregados, quais sejam a imparcialidade, a objetividade, a distinção entre sujeito e objeto, fruto da história moderna e da industrialização da sociedade de então.

No mesmo período, porém, a psicanálise apresentava seus conceitos ao mundo moderno, inclusive à psiquiatria, que passou a considerar a dinâmica psíquica como explicação etiológica das manifestações patológicas mentais.

O início do século XX foi o berço para que Karl Jaspers, psiquiatra e filósofo, inaugurasse uma nova disciplina sobre o sofrimento psíquico, a psicopatologia (Ceccarelli,

2005), que se edificará sobre as bases da determinação orgânica da loucura, embora considerando os aspectos psíquicos descritos por Freud.

Também foi a época em que se deu um grande desenvolvimento nos testes psicológicos, com a criação do conceito de *idade mental*, por Binet, e de *quociente de inteligência* (Q.I.), relação entre a idade mental e a possível idade real do sujeito, por Terman, o que propiciou o aparecimento de testes para medi-la.

Outros psicólogos, influenciados pela psicanálise, empreenderam a construção de medidas de personalidade a partir de métodos projetivos, por considerarem que existiam particularidades individuais que permeavam a percepção humana e a influenciavam, algo para além das informações que são fornecidas pelos órgãos sensoriais. Ou seja, as pessoas não eram tábulas rasas que simplesmente reagiam quando estimuladas.

A partir de um teste de associação de palavras concebido por Jung em 1904, somaram-se, sobre outros aspectos, o exame de Rorschach, em 1920, e o Teste de Apercepção Temática, de Murray, em 1935. Esses instrumentos, por não possuírem estímulos perceptivos estruturados, propiciavam ao sujeito a projeção de seus conteúdos psíquicos e, assim, a expressão de seus elementos inconscientes (Silva Jr. & Ferraz, 2001).

Outros tipos de testes a esses foram acrescentados, como os expressivos, baseados em desenhos da figura humana, de árvore e casa, bem como a possibilidade de observar uma criança brincando, em hora-lúdica, para que suas expressões pudessem ser decodificadas pelo profissional, ou mesmo de proceder à avaliação a partir de entrevistas semidirigidas, formato em que as informações são obtidas, mas há espaço para a espontaneidade na escuta ao sujeito.

Médicos não podem aplicar testes, é prerrogativa da psicologia essa possibilidade, o que configura o denominado psicodiagnóstico, avaliação complexa que parte da entrevista para aprofundar-se nos testes de inteligência, habilidades específicas, personalidade, fazendo uso de mensurações objetivas e projetivas. Processo que, por sua abrangência e detalhamento, demanda muito tempo em sua execução.

No caso do TDAH, é o olhar clínico, principalmente do pediatra, o grande avaliador sobre se o transtorno acomete a criança e o adolescente, e depende desse ponto de vista a conduta a ser tomada. Cabe ao médico consensioso solicitar avaliação psicológica, completa em sua metodologia de testes objetivos e projetivos.

O que acontece é que para se considerarem esses aspectos necessita-se da herança filosófica e sociológica no raciocínio clínico, algo que não ocorre na realidade pragmática positivista. A partir do momento que a ciência passou a educar as pessoas e a norteá-las de acordo com as práticas da saúde, exerceu também pressão para dizer o que era certo e errado para os seus corpos e suas vidas –

no que Foucault (1979) genialmente cunhou de disciplina dos corpos.

A história foi seguindo seu curso, e à repressão imposta pelo conhecimento da medicina e da psicologia, que retirou dos pais certo saber sobre seus filhos, deu-se o desenvolver da modernidade.

Alcançou-se a contemporaneidade com mudanças radicais impressas no modo de viver ocidental. A tecnologia subverteu hierarquias até então tidas como imutáveis, papéis sociais foram revistos e transformados, o conhecimento alcançou complexidade incomensurável – e não se sabe se as crianças consideradas hiperativas do início do século vinte poderiam ser comparadas às deste século vinte e um.

Barbetti (2003), aliás, relacionou o conceito de hiperatividade com a descoberta da eletricidade, a partir de 1880 e, conseqüentemente, às teorias sobre energia, com suas altas e baixas cargas, com o fato de ser algo que não deveria ser desperdiçado, que necessitava ser canalizado em função de um objetivo útil, o de se transformar em um adulto saudável e educado.

O autor acentuou, justamente, que na literatura do TDAH encontravam-se ausentes análises fenomenológicas que incluíssem o contexto cultural que é o substrato onde o transtorno acontece. Para ele, o TDAH infantil está pareado ao estresse adulto em um mundo complexo que revela sua pluralidade e ansiedade através da televisão, vídeo games, computadores e restaurantes *fast foods*.

Visualizamos, aqui, mais uma faceta desse complexo tema, no período contemporâneo o registro da imagem passou a desempenhar o papel de reflexo da identidade – a tela da televisão ou do computador tomou o lugar do espelho que propiciava à criança se reconhecer como ser distinto. A televisão é a produtora de sentido, a publicidade a norteadora dos desejos, o consumo o estímulo para o movimento do ser. Como consequência tem-se o comportamento ancorado no consumo como experiência primeira e última de satisfação, o império das imagens, do instantâneo, em um eterno presente (Millan, 2002).

O que acontece quando a imagem é o que constitui a subjetividade? Para a psicanalista Kehl (Bucci & Kehl, 2004), essa dinâmica se configura sob o fetichismo que se instaura como relação entre coisas e imagens. Quando o ter substitui o ser. Quando só se é o que se é quando se tem a posse de certos objetos, inversão que alterou substancialmente o sentido do próprio humano.

Ao invés de cidadão, dono de suas escolhas, mas vivendo imerso nas escolhas de seus pares e tendo que lidar com a repressão aos seus desejos pelo bem social, passou-se a ser consumidor, ser sem escolha, projetado na busca do objeto ideal, que nunca irá se completar, e que assim gerará angústia e, com ela, nova necessidade de aquisição.

A televisão não tem espaço nem tempo, seu presente é contínuo, instaura a descontinuidade

no plano psíquico (Haroche, 2009), experiência aparentemente oposta à do desenvolvimento infantil, que se processa por etapas a partir de aquisições e limitações, entre corridas e tropeços, em que o corpo é território a ser apropriado por quem dele tem consciência. Nesse modelo, o movimento se realiza em um local, em um determinado tempo e sob dimensão espacial.

Daí, talvez, até mesmo o próprio desenvolvimento neuropsicomotor das crianças já estar sob mudanças (Benedetti & Urt, 2008), pois as conquistas motoras que eram realizadas afetivamente nas brincadeiras de roda, no atirar e controlar o corpo para conseguir alcançar a pedra jogada na amarelinha, em se esquivar para não ser alcançado pela bola jogada entre equipes, apenas existem, talvez, em cidadezinhas em que ainda se admitem crianças de pé no chão, ou na periferia perigosa e violenta das grandes cidades, mas aí é, por vezes, consequência de abandono. Os videogames atuais, embora propiciem a possibilidade de movimento, não o fazem interligando-o à relação com o outro e, sim, à máquina que cria a realidade virtual. Crianças de baixa renda amadurecem cedo, já que necessitam ser responsáveis por si mesmas; tirando exceções, as demais cumprem horários em agendas quase profissionais. Mesmo quando brincam, crianças de dois anos o fazem em outra língua, já em pleno aprendizado.

Crianças hiperativas, impulsivas, desatentas, são crianças sem limites. O que vivenciam não tem começo, meio e fim, não fecha um círculo e, com isso, talvez haja dificuldades para que essas experiências possam ser simbolizadas e, assim, tenham representação psíquica. Possivelmente, quem sabe, há disjunção entre o que vivem, o que sentem, o que pensam, trindade que, configurada, permite que a pessoa vá se conhecendo, apoderando-se de seus recursos, expandindo-se em seu desenvolvimento em todos os níveis.

Qual é a dimensão corpórea de um ser hiperativo? Quais serão as dificuldades que o impedem de estabelecer relação de alteridade com os seus, respeitando as fronteiras alheias e contendo-se em si mesmo? Por que não consegue se consolidar ante o tempo, o espaço e em seu próprio movimento? Ater-se a algo que permita a concentração e a imersão no si mesmo que o fará recolher impressões e conhecimentos para elaborar uma ideia, um plano, um ideal?

Schnitman (1996, p. 17) deu seu recado ao considerar que “tornar-se um ser humano consiste em participar em processos sociais compartilhados, nos quais emergem significados, sentidos, coordenações e conflitos.”

Talvez, como denunciou McCrae e Kay (2008), o quadro perdure porque existe certa miopia que só enxerga os problemas mentais como resultantes de comportamentos que precisam ser curados, e das companhias farmacêuticas cujo interesse é manter a população americana contida por medicamentos para permanecer com seus altos índices de lucro.

E é inquestionável que essa situação permanece no gerúndio, como comprovou

Hoagwood, Kelleher, Feil e Corner (2000) em artigo sob a perspectiva nacional americana, período de 1989 a 1996, em que 3/4 de crianças atendidas por queixa de transtorno foram medicadas, sendo que a taxa das encaminhadas à psicoterapia decresceu de 40% para 20%.

Ou, no dizer de Courtois, Champion, Lamy e Bréchon (2007), a sociedade hiper controlada não consegue tolerar transtornos de comportamentos, por isso pretende adequá-los. Chegam a distinguir dois tipos de hiperatividade: a que é motivada por problemas de separação, individualização, acesso à simbologia e à socialização, caracterizada pelo tipo Hiperativo, e a que se estabelece no narcisismo secundário, sobre as instâncias psíquicas do ego ideal, ideal de ego e superego, tipificando o tipo Desatento.

Sociedade que também alterou o papel da escola, que precisa estar equipada não somente para transmitir informações sobre conhecimentos específicos que darão acesso à capacitação profissional, como também prover seus alunos de funções antes fornecidas por seus familiares.

Assim, o que se quer é uma escola que se habilite a realmente ter um ensino que desperte interesse e motive crianças acostumadas à tecnologia do mundo contemporâneo e às mudanças que essa condição acarreta na vida cotidiana, com dinâmicas que incentivem a atividade cooperativa (Luft, 2007).

As transformações operadas na contemporaneidade não foram poucas, pois a civilização, através do poder da imagem, alterou a forma com que foi estruturada, baseada na linguagem, primeiramente oral para depois atingir a escrita e, com ela, o conhecimento do universo.

O sociólogo italiano Sartori (2001) expôs com brilhantismo a sua compreensão desse processo de passagem do simbólico ancorado na linguagem para o domínio da imagem. Em seu entender, essa mudança alterou o rumo da civilização, que se desenvolveu a partir de narrações orais, atingindo o seu ápice com a linguagem escrita, disseminável a partir da invenção da imprensa.

Se a palavra é um símbolo, necessitando ser decodificado por ser habitante do mundo da representação, a imagem basta por si mesma, oblitera a capacidade da abstração, faz com que o humano responda a estímulos audiovisuais. “Sete horas de televisão, mais nove horas de trabalho (incluindo os percursos), mais seis ou sete horas para dormir, fazer asseio e comer, perfazem 24 horas: a jornada completa.” (p. 36), eis o seu resumo cáustico da vida de hoje.

Convém salientar que o fato de se olhar clinicamente com o objetivo de diagnóstico já é se situar perante um valor: o de que aquela pessoa a sua frente pode ser dessa ou daquela forma, mas que há um ideal a ser buscado. Há uma norma presente, comum a um grande

número de pessoas, que caracteriza a fatia de adequação social a se alcançar, na estatística denominada de curva de Gauss – que, por assim o ser, é modelo excludente, que ignora os que estão à margem (Memória, 2004).

O diagnóstico obtido a partir da caracterização de sintomas entre aqueles listados pelos DSM-IV (APA, 2002), muitas vezes através de escalas cuja somatória de comportamentos aponta para indicação do transtorno, pode ser obtido por qualquer pessoa que responda às questões sobre a criança, os pais, professores, familiares.

Nesse modelo pouca importa a etiologia da queixa, o que poderia singularizá-la, mas, sim, o consenso genérico alcançado a partir de sinais que, somados, formatam determinado quadro (Rodrigues, 2003). O adoecimento psíquico não está mais justaposto à angústia humana, mas sim, colado à biologia como mal orgânico.

Embora haja um grande número de escalas para identificar o TDAH, muitas delas com confiabilidade científica, dificuldades permanecem.

Um ponto controverso diz respeito à principal fonte de informações para a classificação ser feita, pais e professores, que demonstram partilhar de opiniões semelhantes com relação aos comportamentos de desatenção e/ou hiperatividade, mas que alcançam grandes diferenças quanto se trata da percepção sobre os sintomas emocionais da criança (Miranda, Soriano, Fernández, & Meliá, 2008).

Interessante é o dado fornecido de que, quando são as próprias crianças a responderem esses questionários, o que se nota é que elas não se sentem assim funcionando de forma tão diferente, e quando avaliadas em termos de qualidade de vida, conceito que busca identificar a percepção única, individual e extremamente subjetiva do contentamento que se tem de si, física, psicológica e socialmente, revelam se sentirem bem melhores do que os seus pais indicam. (Danckaerts et al, 2010).

O certo é que as escolas e seus professores, a fim de propiciar aprendizagem ao aluno, e dele esperar a produtividade compatível, enfrentam com certo custo todos aqueles que, de uma forma ou outra, dificultam que esse processo aconteça e, por fim, coloquem em risco a própria existência da instituição.

Ao final, as crianças são avaliadas em sala de aula, mas pouco se sabe a respeito do que esse professor-avaliador pensa sobre o assunto, ou de que forma age em se tratando de alunos não tão dóceis ou, se passivos, distraídos.

Esse dado é de vital importância, pois resultados de pesquisas apontaram para a grande força que tem a opinião dos professores, inclusive quanto ao melhor tratamento a ser dado ao aluno. Isso se comprovou com a aferição do grande impacto no sucesso dos estudantes a partir

das atitudes positivas e pacientes de alguns professores, que tiveram a sensibilidade de distinguir, entre muitos de uma mesma classe, aqueles que necessitavam de atenção especial (Sherman, Rasmussen, & Baydala, 2008).

Mesmo se tratando de psicólogos escolares, o estudo conduzido por Miller (2006) em Rhode Island, EUA, com quase duas centenas deles revelou que, embora não dominando os padrões de diagnóstico, são os responsáveis por essa categorização. Seu índice de comprovação diagnóstica ocorreu somente em 65% dos casos – talvez como resultado dos testes e escalas que utilizaram, dos quais o *Wechsler Intelligent Scale for Children*, WISC (Wechsler, 2002), foi o único a ser considerado com padrão satisfatório de avaliação.

Além de pais e professores, existem outros profissionais envolvidos que apresentam problemáticas diversas, como os resultados obtidos em pesquisa com dez de cada área, psicologia, psiquiatria e neurologia em uma capital brasileira, com a finalidade de dimensionar os critérios tanto de diagnóstico quanto de tratamento que prescreviam aos seus pacientes. O olhar do profissional foi direcionado pelas informações dadas pelos pais, e a medicação foi a medida adotada pelos médicos, ou seja, psiquiatras e neurologistas.

Embora seja recomendada para o diagnóstico do TDAH, devido ao seu caráter complexo, uma avaliação multifatorial que começa com os pais, passa pela escola, pela família como um todo, abrangendo comportamentos acadêmicos, sociais, de aprendizagem, entre outros, é processo impossível de ser desenvolvido e concluído somente em uma consulta. Ao contrário, são necessárias muitas horas de análise, adequada para a prática particular, não a pública ou conveniada (Peixoto & Rodrigues, 2008).

Como complicador à acuidade diagnóstica, há o fato de que outros transtornos estão associados ao TDAH, como o de conduta e o opositor desafiante, ambos considerados transtornos disruptivos, bem como a depressão, transtornos de ansiedade e também de aprendizagem (Rohde & Halpern, 2004).

Os testes, por sua vez, dimensionam o quanto a criança está afastada do que seria esperado em termos de memória, domínio da linguagem, pensamento abstrato e simbólico, a potencialidade para se concentrar e executar uma dada tarefa, arcando com a frustração se a mesma não tiver sido realizada a contento, habilidades de escrita e de leitura, bem como capacidade para se expressar suas ideias e seus sentimentos, relacionando-se afetivamente com os que vivem ao seu lado. Há os que pedem que essa análise possa incluir os testes projetivos, que priorizam o mundo interno da criança e a sua livre expressão (Graell & Vaz, 2006). A avaliação feita através de testes projetivos poderia vir a complementar os objetivos, bem como as escalas, pois são capazes de perceber nuances que só o olhar singular propicia,

como o demonstrado no estudo de caso de duas crianças que apresentavam sintomas similares de TDAH e, portanto, foram conduzidas a essa específica enfermaria de dado hospital francês.

Após o uso de testes projetivos, ou seja, como o próprio nome indica, aqueles que, por não serem estruturados, permitem que a pessoa projete a dinâmica psíquica que lhe seja peculiar, grande diferença apresentou-se: uma das crianças era psicótica, o que desabilitava totalmente o uso de estimulantes (Lara et al, 2007).

A pergunta que o artigo lançou sobre o tema foi a de questionar como seria o diagnóstico para TDAH se fossem utilizadas técnicas projetivas, como a do teste de Rorschach, em que a *gestalt* do sujeito se manifesta ao olhar para determinadas manchas e, nelas, identificar figuras que representam a sua realidade interna, projetada (Harris, Reynoso, Meehan, Ueng-McAle, & Tuber, 2006). O mesmo acontece em relação a desenhos livres ou sob temas específicos, em que se consegue dimensionar a integridade psíquica da pessoa, conceito que repousa na abordagem psicanalítica, metodologia que estabelece pontos de vista particulares baseados na relação entre dois sujeitos.

Observou-se, assim, que desenhos incongruentes, sem coesão e integração, expressavam funcionamentos psicóticos, ou seja, não integrados, próprios de uma dinâmica psíquica comprometida estruturalmente (Grassano, 1996). Já em neuróticos as representações evidenciavam fluxo com a realidade, apesar das dificuldades notadamente emocionais, pois sua dinâmica psíquica se modelava com base na repressão à satisfação de desejos e os conflitos daí advindos, o que resultava em muita frustração (Menichetti, 2003).

Em relação aos tratamentos psicológicos e/ou psicoterapias ofertados a essas crianças e adolescentes, têm-se pontos intrigantes, a começar pela pergunta se vale ou não a pena fazê-los.

Desde a década de 50, a partir de artigo em que o psicólogo inglês Eysenck afirmava ser a psicoterapia ineficaz para adultos, que a mesma se viu observada por olhares perscrutadores que indagavam sobre sua validade, se os seus efeitos eram benéficos ou não, ou se promoviam mudanças nos sintomas expressos. Argumentava ele que o tempo, e não as técnicas, havia sido o responsável pela melhora observada nos pacientes (Guarido, 2007; Cordioli et al, 2008).

Outro especialista, Levitt, alguns anos mais tarde, debruçou-se sobre os resultados das psicoterapias feitas em crianças e adolescentes, e não encontrou diferença entre os que faziam ou não o tratamento (Weisz, Hawley, & Doss, 2004).

Os resultados das investigações que ocorreram, a partir daí, apontaram para significativa porcentagem que, ao contrário, acusava benefícios com o tratamento psicoterápico.

Também se revelava o interessante dado de que todas as abordagens conquistaram o

mesmo patamar de aprovação, ou seja, não havia *a melhor* ou *mais indicada* forma de se tratar o indivíduo (Sousa, 2006).

A crise instalada por Eysenck (Diniz Neto & Féres-Carneiro, 2005), contudo, foi de fundamental importância para que os pesquisadores iniciassem o processo de criação de regras para validar métodos terapêuticos, bem como estabelecer critérios norteadores da prática clínica e institucional (Pheula & Isolan, 2007).

O produto dessa ação foi a primeira revisão estatística, ou metanálise, de avaliação de psicoterapias na infância, realizada por Casey e Berman (1985), a partir da análise de 75 estudos em que crianças em terapia eram comparadas a grupos controles.

Os resultados mostraram-se animadores, expressando-se efetivos quando pareados à terapia de adultos, além de apresentarem melhoras comportamentais na ordem de 2/3 que crianças sem tratamento.

No terreno da efetividade da psicoterapia infantil o viés se dá por conta da diversidade que a clínica fornece, difícil de ser categorizada em toda a sua abrangência, principalmente naquelas norteadas pela psicanálise (Deakin & Nunes, 2008).

Mesmo porque o expressivo número de técnicas psicoterápicas, em seu total no patamar variável de duzentas e cinquenta (Cordioli et al, 2008) a mais de quinhentas (Pheula & Isolan, 2007), demanda algum tipo de organização que possa não somente embasar a prática clínica quanto fornecer elementos para decisões na esfera da saúde pública. Mas não só, pois a prática educacional também necessita de critérios para se estabelecer, seja para lidar com prováveis portadores de TDAH, seja para contribuir na formação de profissionais qualificados a trabalhar com essa população.

Esse corpo de conhecimentos passou a ser conceituado como psicoterapia baseada em evidências, ou seja, estruturada sobre dados empíricos e com apresentação de resultados significativos (Pheula & Isolan, 2007). Através dela, é possível categorizar, em meio à variabilidade de intervenções, quais são as mais adequadas para específicos padrões de perturbação (Baptista, 2010).

Talvez esse posicionamento de se conseguir evidenciar procedimentos possa ser comum à rede científica médica, pautada em um saber que se dimensionou e valorizou por meio de conceitos como eficácia e eficiência, ou seja, quando se atingiu o objetivo proposto (eficácia), e quando se obteve boa relação entre a técnica empregada e a produção obtida (eficiência).

A grande dificuldade é encontrar meios de medição da subjetividade dos resultados alcançados pelas psicoterapias, principalmente aquelas cujas técnicas privilegiam o imprevisível, não o seu contrário. Além de se considerar complicador o fato de que a

psicoterapia é um processo dinâmico, mensurável por vários meios e sob amplas perspectivas, visando buscas múltiplas (Deakin & Nunes, 2008).

Assim, têm-se as perspectivas *qualitativas*, feitas com base na análise teórica do corpo de informação sobre o assunto, em forma de revisões narrativas, e as *quantitativas*, que tentam estabelecer critérios com base na análise de casos estatisticamente significativos e comprováveis. As últimas, não por acaso, têm expressão numérica relevante, visto seus procedimentos serem padronizados, com o intuito final de obtenção de mudança comportamental específica.

Com relação às primeiras, qualitativas, seus próprios profissionais se veem enredados na tentativa de quantificar o inquantificável, ou seja, de sua prática clínica faz parte o manejo da subjetividade de forma muito complexa – como constituir um grupo controle de idênticas proporções em suas individualidades? Como alcançar um número de sujeitos expressivo para a pesquisa ter validade estatística? Aparentemente o que se tem é algo bastante desconfortável: ao mesmo tempo em que se reconhece ser extremamente delicado quantificar processos psicoterápicos que se apoiam em expressões subjetivas, também se tem a certeza de que algo necessita ser feito dada a ausência dos estudos, notadamente os psicanalíticos, no mundo científico (Fonagy, 2003; Deakin & Nunes, 2008).

No campo psicanalítico, usa-se o modelo interpretativo, guiado pelas instâncias psíquicas consideradas por essa abordagem, que atuam de forma inconsciente e, portanto, não perceptível à consciência e à elaboração racional. Através da conversa e do brincar, abre-se espaço para que determinados sentimentos que se cristalizaram e, assim, estão impermeáveis à transformação, possam ser expressos através da cena terapêutica e como que refeitos em uma nova forma vivencial.

Uma das sugestões para conseguir esse empirismo é a fornecida por Deakin e Nunes (2008), que propõem a revisão de prontuários e observação sistemática da prática clínica.

Ou o trabalho realizado por Kupfer e Bernardino (2009), dentro do paradigma psicanalítico, no estudo denominado pelas autoras de *pesquisa em psicanálise*, em que foram mapeados 31 indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil e dificuldades psíquicas posteriores. Os resultados encontrados revelaram, em 267 protocolos, o aparecimento de 61 tipos de sintomas clínicos comprometedores que indicaram que essas crianças poderiam apresentar dificuldades em relação à sua imagem corporal, bem como problemas em sua relação com o outro e aos limites por ele impostos.

Outros autores, preocupados com a necessidade de evidenciar os resultados da clínica da subjetividade, aventuraram-se em teorias que tentaram dar conta de aproximações teóricas

a partir de pontos de partida diferentes. Kandel (2003), neurocientista austríaco de origem, mas naturalizado americano, que alcançou o ápice da carreira científica ao ser laureado com o prêmio Nobel da Academia de Ciências Suecas em Medicina, em 2000, por sua pesquisa com aprendizagem e memória, tem dedicado especial atenção em unir a biologia molecular com a psiquiatria e psicanálise. Ao assim fazer, propôs o que denominou de ciência do futuro, a neurociência cognitiva.

Guilé (2004), em seu artigo, também fez coro à Kandel, ao sugerir a combinação entre reabilitação cognitiva, ou seja, técnica que visa ao desenvolvimento das funções executivas como um todo, e método psicoterapêutico, através da orientação psicanalítica, a fim de aliviar as operações defensivas de seus portadores.

Já o psicanalista brasileiro Cassorla (2003) entendeu como produtiva a concomitância dos tratamentos, medicamentoso e psicanalítico, pois permitiu que muitas pessoas antes inacessíveis ao processo psicanalítico, dele pudessem se beneficiar.

Finalmente, há os que questionam por que e para que, afinal, as psicoterapias deixaram-se invadir por modelos das ciências administrativas, com conceitos como efetividade, eficiência, produtividade e resultados, e qual será a utilidade disso tudo (Costa, 2002).

Foi a grande dificuldade dos pais em decidir qual o melhor tratamento a ser dado a seus filhos o ponto de partida desse estudo. Algo que também é determinado por seus valores socioculturais.

Em 2005, 73 pais de crianças de 5 a 13 anos, do sexo masculino, responderam questionários que resultaram na afirmação de que, em metade deles, a primeira busca de ajuda recaiu sobre o uso da medicação e controle comportamental. Mas também procuraram apoio, em idêntica medida, em dietas alimentares e vitaminas. Muitos compreendiam o que acontecia com suas crianças como algo interno, generalizado e de longa duração, sendo que os que assim pensavam tendiam a não se apoiar nos tratamentos com evidências científicas (Johnston, Seipp, Hommersen, Hoza, & Fine, 2005).

Talvez se possa materializar este embate de posições com uma discussão ocorrida em 2000 entre dois cientistas ingleses, Dr. Paul Cooper, professor de Educação da Universidade de Leicester, e Dr. Steve Baldwin, professor de Psicologia Universidade de Teesside (Baldwin & Cooper, 2000).

Enquanto Baldwin aponta que o diagnóstico para o TDAH não é exato como o propiciado por exames de sangue ou testes metabólicos, com critérios estabelecidos por pais e professores que, por sua vez, fazem uso de resultados fornecidos por avaliações não confiáveis, Cooper contrapõe ao localizar o TDAH como mais um transtorno clínico, cujo

diagnóstico deve ser guiado pelos prejuízos que a criança tem em sua vida pessoal e social, em abordagem multidisciplinar que pode, sim, fazer uso de anfetaminas.

Baldwin acusa pesquisadores de serem financiados pelos laboratórios, cita advogados que estão em processo judicial contra as empresas farmacêuticas acusando-as de terem criado, desenvolvido e promovido o diagnóstico do transtorno, com o objetivo de aumento de vendas da Ritalina, com práticas questionáveis como pagamento aos que participavam em pesquisas de grupos de pais. Cooper assume que algumas empresas podem ter condutas impróprias e que mesmo o governo pode não falar a verdade em suas políticas, que as técnicas de detecção do TDAH não são perfeitas, mas os profissionais que lidam com essas crianças merecem ter informação para poderem tomar decisões, sabendo distinguir entre ciência e crença.

Mas Cooper concorda com os questionamentos e as acusações de Baldwin e também lamenta o uso indiscriminado da medicação, bem como a necessidade de pesquisas confiáveis, mas acredita que sua mordacidade em relação aos laboratórios foi exagerada. Por sua vez, Baldwin não nega o componente biológico que deve haver para o transtorno, mas deixa claro que o papel de psicólogos é o de providenciar intervenções alternativas de cunho psicossocial para trabalhar com as crianças e suas famílias, bem como com a escola, adequando-a em suas instalações e fornecendo treinamento aos seus professores. E permanece a discutir sobre o que realmente se constitui em *evidência* quando se considera uma dada informação aceita pela comunidade científica.

As duas posições denotam maneiras diferentes, mas não necessariamente excludentes, de pensar o mundo, a vida, o humano e sua existência. Entre os dois polos, miríades de possibilidades que tangenciam para um ou outro lado, retrato da contemporaneidade complexa em que se vive, tecida panorâmica e eletronicamente em conexões únicas e múltiplas, o que se traduz em muitos pontos de partida, ilimitadas possibilidades de trajetórias, inúmeros olhares para uma mesma situação.

No centro de toda a discussão, a criança TDAH que necessita de atenção, que tem sobre si os olhares de todos aqueles que a enxergam como diferente, que a todos impacienta. Hiperativo, não há o que o faça aquietar-se; distraído não vê o tempo passar. Ou seja: antes mesmo de entender o que lhe é pedido já empreendeu a ação para, em sua metade, perceber que não tem ideia de seu objetivo.

É o aluno que não espera a professora pedir pelo giz e lhe indicar onde obtê-lo, rapidamente sai para buscá-lo, só percebendo que não tem destino a ir na metade do caminho. Em sua volta, tanto a professora o recrimina pela ansiedade e antecipação, quanto os colegas riem de sua falta de congruência. Também a menina que, de tão quietinha quase passa

despercebida, em silêncio e com o olhar ao longe, desmotivada, sem respostas a serem dadas ante perguntas que necessitam de sua pertinência. E que vive a esquecer, e perder, tudo o que lhe passa pelas mãos.

Crianças assim são difíceis de conviver, não correspondem ao que delas é esperado, acabam por fazer com que seus pais carreguem a peja de não educarem seus filhos, de não lhes darem limites, o que estigmatiza as famílias, culpabilizando-as, e o círculo vicioso está montado.

São consideradas como as que não aprendem, as que, impulsivas, podem ser agressivas, ou as que, passivas, são alvo de *bullying* dos colegas, comportamento de desqualificação destrutiva a todo aquele que não se apresenta com a tipologia considerada ideal por colegas imaturos e preconceituosos.

Nos filmes americanos se convencionou denominá-los de *freaks*, os esquisitos.

O resultado mais óbvio dessa falta de pertencimento à idade e ao seu desenvolvimento é o rebaixamento da autoestima – a criança passa a se considerar menor, a se defender dos que as julgam, criticam, retaliam.

Em minha memória despontam as falas dos pais que, durante este trabalho, pude colher, referindo-se ao fato de serem punitivos com seus filhos por demandarem atenção contínua, pois não conseguem ser de outro jeito – é o menino que, quando vai tomar banho sozinho, aos 11 anos de idade, necessita de alguém que o avise do tempo que passa que, sem isso, pode chegar a horas. Ou aquele que se recusa terminantemente a fazer a lição, aparentemente irredutível a toda e qualquer intervenção – quando decide fazê-la, apresenta tanta má vontade que chega a ser pitoresco, resume a redação, por exemplo, em uma única frase, algo como *nasceu, cresceu, morreu*. Características, porém, que permanecem durante o seu crescimento e que, quando adulto, fazem com que essa criança do passado seja encarada como problema de ordem pública, e não mais privada, devido à instabilidade profissional, o que resulta em pouca produtividade, o mesmo acontecendo com suas relações afetivas, o que a faz candidato potencial a casamentos desfeitos (Caliman, 2008).

Até mesmo, quando motorista, pertencer à porcentagem atestada em pesquisa dos que podem vir a causar mais acidentes devido à sua impulsividade. O mesmo estudo, curiosamente, revela que mulheres, mesmo quando diagnosticadas como TDAH, são mais cuidadosas do que os motoristas homens do grupo controle. (Rosenbloom & Boaz, 2011). Mas aí entramos no terreno do gênero que, no transtorno, traz benefícios às meninas, pois meninos têm três vezes mais chances de apresentá-lo. Uma explicação provável é a que considera a associação de hiperatividade ao elemento masculino e passividade ao feminino – e como distraído incomoda menos do que hiperativo, talvez também pouco seja visto como problema.

Mas, como afirma categoricamente o pragmático Barkley (2008), teorias culturais são especulativas e com poucas chances de serem testadas cientificamente.

Embora a riqueza de perspectivas, no entanto, respostas precisam ser fornecidas aos que procuram os serviços psicológicos em busca de uma solução para o problema que vivenciam.

Porque a escola os expulsam, eles têm dificuldades em fazer amigos ou, quando o fazem, é com crianças de menor idade ou adultos, o pareamento com seus iguais e suas prováveis comparações são evitadas, estão propensos a se machucarem mais, porque são desatentos ou, impetuosos, não prevêm a consequência do gesto impensado.

Além de tudo, a perspectiva é que essas características permaneçam e venham a comprometer a possibilidade de um futuro com alegrias.

Ao mesmo tempo, a fala de suas mães são consensuais quanto à amorosidade que suas crianças diagnosticadas com TDAH possuem, de como por vezes são populares na vizinhança onde moram, e de que, curiosamente, passam horas extremamente concentrados em jogos de computador, algo impensável de ocorrer em outras situações, onde a desatenção ou a hiperatividade as impedem de se focarem em algo.

Transtorno ou singularidade, transtorno e singularidade, somente transtorno, somente singularidade, o panorama vivencial e científico para o tema TDAH se apresenta multifacetado, com demanda crescente para sua solução. Ou soluções. Que necessitam serem dimensionadas em sua magnitude e abrangência a fim de que algumas respostas possam ser respondidas e, assim, fornecer as diretrizes necessárias para que seja executado trabalho psicológico com consciência e qualidade.

2 OBJETIVOS

Realizar levantamento das publicações científicas, nos últimos dez anos (2000–2010), referentes a psicoterapias e tratamentos psicológicos para crianças e adolescentes de 6 a 16 anos, diagnosticadas como portadoras do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, TDAH, a fim de conhecer como os bancos de dados refletem essa realidade.

Mapear a produção científica selecionada com relação aos tipos de psicoterapias e tratamentos psicológicos utilizados, tipos de pesquisas publicadas, país de procedência do pesquisador titular, características das pesquisas quanto ao número de sujeitos, quando empíricas ou sob método de estudo de caso, além do número de estudos, quando no formato de metanálise.

Identificar nos artigos a procedência institucional do pesquisador principal, bem como a área de estudo, o ano e o país de publicação, a fim de propiciar um quadro dimensional da expressão do transtorno no contexto global quanto ao tempo e espaço.

Verificar qual a predominância das psicoterapias e dos tratamentos psicológicos na faixa etária pesquisada.

3 MATERIAL E MÉTODO

Este trabalho não faz distinção entre gênero, etnia, classe sociocultural, bem como entre os três subtipos de TDAH referidos pelo DSM-IV (APA, 2002), Hiperativo, Desatento ou Combinado.

A partir da categorização referente às abordagens teóricas utilizadas, procedeu-se também à classificação da seleção em termos do tipo de pesquisa realizada, quais sejam:

1. Artigos de metanálise (revisão sistemática).
2. Artigos de revisão analítica (revisão bibliográfica).
3. Artigos sobre pesquisa empírica.
4. Artigos sobre estudos de casos.
5. Artigos teóricos.

A pesquisa considerou os seguintes balizadores como critérios de **inclusão**:

1. Artigos inseridos no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2010.
2. Artigos que se referiam à faixa etária dos seis aos dezesseis anos de idade, assim definida justamente por ser o TDAH mais facilmente detectado a partir da inserção da criança na escola (Assumpção & Kuczynski, 2010).
3. Artigos que compreendiam não somente a criança e/ou adolescente, mas também pais e professores, pois muitos tratamentos concebem a forma de conduzir o transtorno abrangendo o ambiente familiar e o escolar.
4. Artigos científicos e dissertações referentes a pesquisas experimentais, em pequena ou larga escala, bem como estudos de casos, além de revisões e metanálises.

Foram considerados os seguintes parâmetros como critérios de **exclusão** para a pesquisa de dados:

1. Artigos que se referiam a resenhas de livros, cartas, entrevistas, conferências, bem como material com registro em áudio e/ou vídeo.
2. Artigos que se referiam ao TDAH como diagnóstico secundário ou em decorrência de outras morbidades. A gravidade desses quadros requer tratamento específico, com características facilmente identificáveis e não permeáveis às influências familiares e/ou culturais.

Foram utilizados os seguintes identificadores de busca, respeitando-se a língua da base de dados:

1. TDAH e tratamento psicológico.
2. TDAH e psicoterapia.

Esta revisão analítica foi realizada nos seguintes bancos de dados eletrônicos:

1. Medline (*National Library of Medicine*).
2. PsycINFO (*Psychological Abstracts, American Psychological Association, APA*).
3. LILACS (*Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud*).
4. SciELO (*Scientific Electronic Library Online*).
5. PSICODOC (*Base de Datos Bibliográfica de Psicología*).

A análise dos resultados foi empreendida com base em Turato (2003), segundo o qual é útil codificar o material selecionado em uma pesquisa por meio da criação de categorias que possam agrupar os resultados sob ponto de vista coerente.

Dessa forma, foram elencadas oito discriminações para a discussão dos resultados encontrados:

1. Número de pesquisas relativas às psicoterapias e aos tratamentos psicológicos ofertados às crianças e aos adolescentes.
2. Tipos de tratamentos utilizados.
3. Tipos de pesquisa utilizados.
4. Número de sujeitos nas pesquisas empíricas e nas pesquisas de estudos de caso.
5. Tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas.
6. Área de concentração dos periódicos das publicações selecionadas.
7. Países em que as pesquisas foram publicadas.
8. Anos em que as pesquisas foram publicadas.

4 RESULTADOS

TDAA: O TRANSTORNO MULTIDISCIPLINAR

A pesquisa resultou em um total de 2.214 artigos. Após seleção feita através da leitura de *abstracts*, resumos, artigos completos e dissertações, obtiveram-se 92 referências ao tema.

Assim, foram excluídos estudos que se referiam a crianças com menos de seis anos de idade, bem como as maiores de 16 anos e também pesquisas em que as comorbidades ocupavam o papel central, ao invés do TDAH propriamente. O foco foi a citação de alguma psicoterapia e/ou tratamento psicológico, não importando o uso ou não de medicação.

Os artigos foram categorizados a partir de seus específicos bancos de dados, de acordo com a abordagem teórica que sustentava a prática psicológica, subdivididos nos tipos de pesquisas utilizadas. Para tanto, usaram-se os critérios estabelecidos por Cordioli et al (2008) a partir dos quais as psicoterapias são diferentes em relação às teorias e técnicas que utilizam, aos objetivos a serem alcançados, à duração e periodicidade das sessões realizadas.

Configurou-se, a partir daí, dois grandes grupos com várias diversificações, o primeiro baseado em modelos comportamentais e cognitivo-comportamentais, o segundo se referindo aos que se estruturam sobre modelos psicodinâmicos, com mais três categorias, às que se referem à teoria de sistemas, à corrente existencialista e à psicomotora.

▪ **Psicoterapias baseadas em modelos comportamentais e cognitivo-comportamentais** – podem estar ou não associadas à medicação, que demandam uma atitude ativa por parte do psicoterapeuta, muitas vezes interventiva, com situações preparadas para serem conduzidas perante determinados objetivos.

A terapia comportamental está erigida sobre os conceitos de observação e experimentação, entendendo o comportamento como fruto da aprendizagem que é vivenciada a partir de sua relação com o ambiente.

Considerando a psicologia como ciência do comportamento, propõe-se a analisá-lo experimentalmente, fazendo uso de técnicas variadas, porém sistemáticas e cientificamente descritas, com a finalidade de ajudar o cliente a modificar seus comportamentos.

O organismo, assim, aprende a se comportar a partir de processos como o do reflexo condicionado, em que estímulos emitidos pelo meio provocam reações comportamentais, enunciado feito a partir das experiências do russo Pavlov.

Já o americano Skinner enfatizou comportamentos produzidos a partir da interação entre o organismo e as consequências providas pelo ambiente, processo em que ocorre a

modificação de ambos. Têm-se, assim, os comportamentos operantes, que geram a ação e, a partir da resposta do meio, são sensíveis aos efeitos do ato que produziram. Através da utilização de técnicas específicas, faz uso da identificação das contingências de reforçamento positivo e negativo a fim de manejá-las tanto para desenvolver um novo comportamento, como também para mantê-lo.

De caráter monista, ou seja, não admite dualidade como a estabelecida entre corpo e mente, considera o organismo que sente, pensa, age sempre em relação com seu meio, a ele respondendo e sendo moldado através das contingências, de seus reforçadores positivos ou negativos, de padrões aversivos a serem evitados (Abreu & Guilhardi, 2004; Cordioli et al, 2008).

A terapia cognitivo-comportamental se desenvolveu nos anos 60 a partir das experiências de Beck com a depressão, em que teve sua atenção despertada pela visão pessimista que os pacientes tinham de si mesmos e de tudo a sua volta, o que o fez elaborar formas de modificação do que denominou de crenças errôneas. Outros autores colaboraram para a construção teórica dessa corrente, como Mahoney e seus estudos sobre processos cognitivos, bem como Ellis, a pesquisar sobre razão e emoção.

Baseando-se no modelo do condicionamento operante, ou seja, o comportamento é resultado das condições desencadeadoras ante reforços e punições, também se apoia nos conceitos de aprendizagem social, em que o ambiente é ressaltado em suas múltiplas possibilidades de estímulo e, portanto, de emissões de respostas via processos cognitivos.

De perfil dualista, pois pressupõe a existência de uma mente a representar internamente o que acontece no exterior e a construir sentidos sobre os mesmos, operacionaliza-se através de várias técnicas, entre as quais se destacam a *psicoeducação* (a compreensão sobre o transtorno e de como o modelo cognitivo-comportamental atua), a *autoinstrução* (promoção da fala para si mesmo como forma de ajuda no controle dos comportamentos desadaptados), o *automonitoramento* (observação dos próprios comportamentos e anotações a esse respeito), a *autoavaliação* (estímulo a que o cliente passe a se olhar de forma crítica), o *sistema de recompensas* (por meio da potencialização de reforçadores) e o *treinamento para pais* (calcado na aprendizagem social, a modelagem e a representação de papéis para ensinar sobre o transtorno em si, além de como ser útil para a mudança de comportamento dos filhos) (Abreu & Guilhardi, 2004; Cordioli et al, 2008).

- **Psicoterapias baseadas em modelos psicodinâmicos** – priorizam as instâncias intrapsíquicas (desejos, fantasias, sentimentos, pensamentos) e interp-síquicas (o desenvolvimento humano se dá a partir de um ambiente suficientemente acolhedor).

O sintoma tem um sentido na história singular do indivíduo, vem à tona na forma de comunicação de estados subjetivos diversos. A atitude do psicanalista é menos interventiva e mais neutra, deixando espaço de fala para que aflore as emergências do sujeito, as quais irão ser analisadas e interpretadas pelo profissional, pontualmente, visando *insights*, ou seja, momentos em que o analisando percebe por si só, como em um lampejo, a significação de suas atitudes, pensamentos e sentimentos.

Com base teórica estabelecida a partir de Freud, a psicanálise recebeu acréscimos de muitos teóricos, entre eles Melanie Klein, que desenvolveu a teoria objetal, Anna Freud com a psicologia do ego, Winnicott, que colocou a atenção no vínculo entre mãe e bebê e no ambiente facilitador para o seu desenvolvimento, Lacan, procedendo à releitura dos textos freudianos, entre outros, destacou o encontro do inconsciente com a linguagem. Em todas, porém, permaneceu a ênfase na investigação dos processos mentais (Zimerman, 1999).

A psicanálise tradicional caracteriza-se por seu caráter longo, com muitas sessões semanais, em que o cliente, através de sua fala livre e espontânea, irá se expressando para o profissional que, por sua vez, por meio da interpretação simbólica dos sonhos relatados, da análise das defesas psíquicas que utiliza como forma de autoproteção, do processo de transferência com o cliente, que projeta sobre o analista suas vivências, permite que as mesmas possam ser reconfiguradas a partir da contratransferência que se estabelece no terapeuta e que modula as suas interpretações. Para tanto, conta com arcabouço teórico consistente, em que é priorizada a existência de um inconsciente dinâmico.

No decorrer da construção da psicanálise, houve os que a ela se opuseram, criando variações para a teoria freudiana, como é o caso de Jung, primeiramente psicanalista e seguidor de Freud para, depois, dele se afastar ao desenvolver a terapia analítica ou junguiana. Nela, a espiritualidade é entendida como importante elemento da vida humana, algo que lhe é inerente, atividade de expressão de níveis profundos do inconsciente, ponto de vista bem diferente dos freudianos, que a concebiam como um estágio a ser superado, indício da imaturidade humana frente à sua fragilidade. Dessa forma, Jung elegeu a religiosidade em detrimento da sexualidade tão preconizada pelos freudianos. Em outras palavras, ele dessexualizou a libido (Negreiros, 2003).

Dentre suas técnicas, está a da utilização de uma caixa de areia, onde o paciente dispõe figuras representativas da vida cotidiana, bonequinhos masculinos, femininos, com formato adulto e infantil, além de artefatos diversos, projetando nesse cenário o seu mundo interno.

O mesmo princípio é aplicado à ludoterapia, em que se propicia espaço para que a criança, através do brincar e de sua ludicidade, expresse suas ansiedades, dilemas, conflitos.

Adler, também contemporâneo de Freud, dele se dissociou enveredando por conceitos que aproximaram o psíquico e o orgânico para que este humano pudesse se manter em segurança, estabelecendo defesas e produzindo mecanismos de superioridade, com objetivos definidos (Richard, 2001).

Erik Erikson, por sua vez, ao entender o humano como ser social por excelência, preferiu priorizar, em sua teoria, sua relação com o meio que o cerca. Considerando, portanto, o ser que vive em relação ao seu ciclo vital, propôs a divisão de seu desenvolvimento em fases ou estágios psicossociais que se iniciam na infância e terminam na morte, marcadas por crises de identidade, ou seja, o ego é o mediador desses embates, podendo ao final dessas fases alcançar um bom ou mau resultado (Richard, 2001).

Em relação aos adolescentes, o autor esclareceu que a procura de um papel social pode ocasionar períodos de falta de discernimento, onde a vontade de agradar faz com que altere atitudes, pensamentos e sentimentos, sem ter um eixo constitutivo para se manter estável, algo a ser conquistado ao final dessa jornada (Silva & Costa, 2005).

A partir de Freud e de seus conceitos aconteceram muitas variações, como é o caso da psicoterapia psicanalítica, realizada em menor número de sessões, por vezes somente uma por semana, apoiada em conceitos psicanalíticos, porém sem fazer uso estrito de sua técnica.

Outras derivações aconteceram a partir da demanda clínica da contemporaneidade, com outras denominações, como psicoterapia de orientação psicanalítica, terapia breve, focal, de apoio, compreensiva, entre outras (Cordioli et al, 2008).

- **Terapia sistêmica familiar** – criada a partir da teoria de sistemas, do desenvolvimento da cibernética e do estudo dos sistemas, ou seja, aqui não se busca a causalidade linear de um dado, já que os eventos são percebidos em sua circularidade.

Assim, um sistema é mais do que a soma de seus elementos, já que se estabelecem relações entre seus componentes com alto nível de complexidade. Não há indivíduo isolado respondendo a um sintoma e, sim, considera-se o sistema familiar que está com alguma obstrução em sua comunicação. Dessa forma, o sintoma é interrelacional, daí a terapia sistêmica familiar ter como objetivo a promoção de uma comunicação que flua sem empecilhos entre seus membros (Richard, 2001).

- **Gestalterapia** – baseada na corrente existencialista e desenvolvida por Fritz Perls, nela não há divisão entre corpo e mente, natureza e cultura, social e individual, ou seja, é-se em tudo e é-se no mundo: *gestalt*, ou seja, todo.

A relação pessoa-mundo é privilegiada; nessa perspectiva, a qualidade do contato entre as pessoas também se evidencia, sendo sua terapia baseada no propiciar que o cliente se totalize, integre partes dispersas de si mesmo, adquira consciência em sua busca do devir e do crescimento psicológico daí resultante. O presente e o aqui-agora são imperativos (Porchat, 1982; Richard, 2001).

▪ **Terapia psicomotora** – linha da psicologia que se desenvolveu a partir das preocupações com o movimento humano e suas implicações não somente com o mundo externo, mas também com o si mesmo.

Dessa forma, não se restringe somente ao corporal, motor, mas também ao cognitivo, educativo e, no caso do TDAH, ao relacional, onde se irá buscar a comunicação entre os integrantes do grupo por meio de atos motores (Sociedade Brasileira de Psicomotricidade [SBP], 2011).

A psicomotricidade, no decorrer dos anos, justapôs-se a correntes teóricas diferentes, algumas mais pautadas na adequação do comportamento ao meio, através de exercícios reeducativos, outras ensejando perceber, no sintoma motor, o sentido dado por um corpo que é também simbólico (Levin, 2004).

Considerando-se essas categorias, os seguintes resultados foram obtidos, conforme os critérios de inclusão e exclusão já mencionados no protocolo:

4.1 PROCEDÊNCIA: Banco de Dados MEDLINE

4.1.1 Descritores: *ADHD x PSYCHOLOGICAL TREATMENT* – A leitura e análise das 301 referências resultaram na inclusão de 16 estudos, 15 nas abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, com um artigo sob a psicodinâmica (Gráfico 1, p. 62).

4.1.1.1 Abordagens comportamental e cognitivo-comportamental – 15 referências, três de revisão (duas metanálises e uma analítica), seis pesquisas empíricas e seis artigos teóricos a respeito do transtorno e de seus tratamentos (Gráfico 2, p. 62).

a) Artigos de metanálise: 2 referências.

Foram localizados dois artigos em pesquisa sistemática, ou metanálise, ambos europeus, o primeiro deles realizado em Londres, por Keen e Hadjidakoumi (2008), estudo meticuloso e amplo com as questões impostas pelo transtorno. Atestando a grande variação

que existe na prevalência do TDAH que, em alguns casos, oscila entre 1,7% a 16,0%, também ressaltaram a ausência de testes objetivos para diagnosticá-lo. A pesquisa foi norteada por três perguntas: quais os efeitos de tratamentos farmacológicos, psicológicos e ambos. Os resultados encontrados (e permanentemente atualizados, já que a metanálise é pesquisa aberta a essa possibilidade), em 34 pesquisas, revelaram que entre os medicamentos o metilfenidato é uma das possibilidades benéficas a ser ministrada, seguida de outros fármacos (clonidina, sulfato de anfetamina e modafinil), com ausência de reconhecimento científico de efetividade para o bupropiona, a homeopatia e ômega-3.

Quanto ao ponto em questão dos tratamentos psicológicos, somente foi reconhecido o combinado, ou seja, o remédio metilfenidato com a abordagem comportamental, aqui considerada sob variadas técnicas (modificação sob contingências, terapia cognitiva-comportamental, terapia individual, treinamento ou educação para pais e professores, aconselhamento familiar, treinamento de habilidades sociais, relaxamento).

O mesmo não pode ser dito com a combinação de sulfato de dexanfetamina com o tratamento psicológico, de efetividade desconhecida.

Terapias comportamentais isoladas também não ofereceram respaldo científico. Quanto ao tratamento para pais, não houve comprovação de que seja mais significativo quando associado à intervenção com professores.

Os suíços Bachmann, Bachmann, Rief e Mattejat (2008), por sua vez, empreenderam pesquisa no período de 2000 a 2007, sobre a eficácia dos tratamentos em quatro transtornos psiquiátricos que ocorrem na infância, quais sejam, transtorno de ansiedade, transtorno de conduta, depressão e TDAH.

A partir de 112 artigos consultados, esclareceram que, dentre os quatro, somente o TDAH tem na medicação estimulante a sua melhor opção de tratamento, o que não acontece com os outros, que encontram na psicoterapia a sua melhor resposta. Apesar dessa consideração, também avaliaram que a combinação de medicação com tratamento psicológico é uma possibilidade que se faz relevante tanto para o TDAH quanto para a depressão.

Com relação à eficácia, os tratamentos para TDAH e o transtorno de ansiedade alcançaram melhores resultados quanto comparados à depressão e ao transtorno de conduta.

Finalizam esclarecendo que muito há a ser feito nesse campo tanto no aspecto metodológico quanto em seu conteúdo.

b) Artigos de revisão analítica: 1 referência.

Loro-López et al (2009) realizaram uma pesquisa de atualização sobre o TDAH,

colocando-o como o transtorno mais comum e estudado dentro da neuropsiquiatria, com consequências que perduram por toda a vida.

Assim, sendo um acometimento crônico, seu tratamento necessita de planejamento, estabelecido a partir das últimas evidências científicas a respeito da medicação, aliado à intervenção psicoeducativa, mas também levando em consideração as escolhas pessoais tanto da criança quanto de seus familiares.

A eficácia do tratamento com estimulantes fez com que sejam muito estudados, dando boa resposta a 65% a 85% de seus consumidores. Outra possibilidade é o uso de atomoxetina, aprovada pelos órgãos responsáveis pela administração de alimentos e medicações na Europa.

Ressaltaram a comum ocorrência das comorbidades, muitas vezes as causas para que os tratamentos escolhidos não surtam efeitos

c) Artigos sobre pesquisas empíricas: 6 referências.

Duas das pesquisas selecionadas referiam-se ao MTA (*Multimodal Treatment study of ADHD*), um estudo multicêntrico promovido pelo Instituto Nacional de Saúde Mental americano (NIMH), o primeiro teste clínico que enfocou um transtorno infantil. Implementado em seis centros nos Estados Unidos e um no Canadá, a partir de 1992, veio a preencher a lacuna da inexistência de pesquisas longitudinais para as crianças e os adolescentes que recebiam tratamento multimodal.

O teste foi aplicado em 579 crianças com idade entre sete e nove anos, todas preenchendo os critérios do DSM-IV (APA, 2002) para o tipo combinado, divididas em quatro grupos: o primeiro, um programa intensivo de tratamento comportamental multifacetado, compreendendo treinamento para pais, intervenções na escola e programa de verão para a criança; segundo, tratamento com o estimulante metilfenidato; terceiro, tratamento combinado e, finalmente, um grupo de comparação provindo da comunidade, sem especificações de cuidados.

Os tratamentos foram realizados no período de 14 meses, com testagem realizada em seu início, após três e nove meses e em seu final (Barkley, 2008), norteados pela indagação se a medicação seria mais efetiva do que o tratamento comportamental e, segunda questão, se o tratamento combinado, entre medicação e psicoterapia comportamental, seria mais expressivo do que quando utilizado isoladamente.

Esse estudo, por sua grandeza de sujeitos, planejamento, profissionais envolvidos e resultados ao longo do tempo foi um marco dentro da pesquisa científica do TDAH, com muitos pesquisadores dedicados a esmiuçá-lo sob amplas vertentes.

Dessa forma, o estudo MTA propiciou campo fértil para muitas investigações, como foi o caso da conduzida por Wells et al (2000), focada nos resultados que implicavam as relações entre pais e filhos.

Os autores chamaram a atenção ao fato de que, se naturalmente existiam dificuldades nas relações entre pais e filhos, caracterizadas por interações negativas e conflitos marcados pela raiva, no ambiente familiar onde existiam crianças com o transtorno este dado encontrava-se extremado. Ou seja, o estresse de pais de crianças TDAH, quando comparados aos que não tinham filhos com o transtorno, revelava-se aumentado significativamente, o que resultava em atitudes parentais matizadas por sentimentos de sobrecarga. Os autores postularam que esses dados são relevantes, já que colocam um ambiente familiar alterado por expressões de afeto não produtivas como significativo do ponto de vista etiológico para o transtorno.

A hipótese dos pesquisadores era a de que o tratamento combinado, que aliava medicação estimulante e tratamento comportamental, deveria resultar em maiores benefícios do que os tratamentos isolados com relação ao estresse parental, às interações entre pais e filhos, à depressão materna e ao conflito marital.

Após apuração feita através de várias escalas e questionários, os resultados apontaram para a melhora dos escores relativos à parentalidade negativa nos três tipos de tratamento fornecidos, a terapia e a medicação isoladas e combinadas.

No entanto, o mesmo não pode ser dito a respeito da depressão materna, dos conflitos conjugais e do estresse parental, onde não foram encontradas respostas significativas em nenhum dos quatro grupos, inclusive o comparativo.

Fato a ser notado é que as escalas de avaliação também foram preenchidas pelos filhos, o que pode ter falseado as respostas devido justamente às dificuldades que apresentam nas funções executivas, em virtude do próprio transtorno.

A segunda pesquisa sobre o estudo MTA localizada nos bancos de dados dizia respeito ao impacto do tratamento no tocante aos problemas com as lições de casa, um item de uma das seis áreas que o estudo considerou, o do *desempenho acadêmico*, juntamente aos *sintomas*, *agressão* e *transtorno opositivo*, *sintomas internalizados*, *estratégias sociais* e *relações pais-filho*.

Os autores consideraram que crianças com TDAH normalmente lidam com as tarefas escolares de forma a lhes trazer muitos prejuízos e que tantos problemas acarretam em sua vida escolar, área considerada pelos autores como tendo merecido pouca atenção e análise. A predisposição à evasão, assim, muitas vezes é consequência do fato de as crianças esquecerem de fazer anotações, ou as fazerem de forma inexata, não terminarem as tarefas que lhes são

solicitadas, não lembrarem compromissos, cometerem erros por falta de atenção e, por não conseguirem planejar suas ações, dificilmente darem conta de materializar um projeto.

Assim, foram analisados os resultados das 579 crianças estudadas na pesquisa MTA, com idade entre sete e nove anos, que por sua vez apontaram para a similaridade dos três tratamentos quando pareados ao grupo de comparação.

Todas apresentaram melhoras quanto ao item pesquisado, o das lições de casa, sendo que somente no combinado esses efeitos permaneceram por mais tempo (Langberg et al, 2010).

Döpfer et al (2004) dedicaram sua pesquisa a clarificar o significado dos diversos componentes do tratamento multimodal, com o propósito de avaliar a efetividade do tratamento medicamentoso e da terapia comportamental sob uma abordagem adaptativa – o tratamento pode sofrer alterações em função de seus resultados.

Ressaltando que representam uma das poucas pesquisas não realizadas em língua inglesa, propuseram o estudo CAMT, *The Cologne Adaptive Multimodal Treatment*, a fim de investigar se o tratamento A, ou a combinação de A e B são efetivos nos casos específicos em que o tratamento B é inefetivo.

Com 75 crianças com idades entre seis e dez anos, estabeleceram como diferencial as adequações do modelo às necessidades individuais, como se faz no atendimento clínico particular. Após uma fase inicial de psicoeducação fornecida a todas, com duração de seis sessões, foram elas divididas em dois grupos, o primeiro com terapia comportamental, também em seis sessões, e o segundo com administração de metilfenidato. Os dois grupos continuaram a participar da psicoeducação.

Quando o tratamento era considerado totalmente efetivo, as crianças recebiam somente acompanhamento em longo prazo, com a possibilidade de permanecerem com uso da medicação; quando medianamente efetivo, outro componente do tratamento era acrescentado, sob uma forma combinada ou, quando não efetivo, todos os componentes do tratamento eram substituídos.

Os dados mostraram que os sintomas para TDAH, bem como os problemas individualizados apontados pelos participantes, além das comorbidades, decresceram durante o tratamento. Ademais, 26% das crianças que receberam terapia comportamental necessitaram do tratamento combinado, posteriormente, sendo que em 82% delas a medicação isolada precisou ser adicionada a terapia comportamental.

As escalas aferidas pelos professores indicaram o tratamento combinado como melhor alternativa à terapia comportamental isolada.

Assim, foram consideradas intervenções efetivas tanto a terapia comportamental quanto o tratamento combinado, ambos dimensionados de forma a privilegiar estratégias multimodais que respeitem a individualidade de seus sujeitos.

Svanborg et al (2009), por sua vez, realizaram pesquisa em 99 pacientes, em estudo com duração de dez semanas, em que objetivaram mensurar a eficácia da medicação atomoxetina em comparação com psicoeducação e grupo controle, a fim de verificarem os benefícios do tratamento em relação à qualidade de vida. Os autores esclareceram que foi sob este quesito, o de qualidade de vida, que as crianças com TDAH foram comparadas com as que têm doenças somáticas.

Enquanto 50 sujeitos foram considerados placebo, 49, após responderem a vários questionários e escalas para efeito de caracterização da amostra quanto aos quesitos exigidos, foram medicados. Concomitantemente, seus pais participaram do programa de psicoeducação realizado em quatro sessões.

Após reteste, sem entrar em considerações sobre as especificidades dos instrumentos utilizados, chegaram à conclusão de que o fármaco resultou em superioridade estatística em quase todas as escalas, com exceção das que aferiram o domínio da linguagem e de sua pronúncia. Quanto à própria percepção de autoestima, e segundo escala específica, nenhum dos tratamentos provocou mudanças.

Considerando, porém, os resultados abrangendo os vários tipos de características listadas pelas escalas, os autores destacaram como sendo o tratamento combinado o de maior abrangência de efeitos positivos tanto em relação à criança quanto aos seus pais. Com relação a essas últimas, não foram detectadas mudanças significativas na autoimagem que faziam de si mesmas e de seus progenitores.

As duas pesquisas seguintes se referem ao programa de estratégias para positivar a função parental (*Strategies to Enhance Positive Parenting*, STEPP), devido ao fato de terem observado o baixo envolvimento de algumas famílias no tratamento dos filhos, o que resultava em benefícios limitados a partir do final do mesmo. Mais especificamente essa situação ocorria quando se tratava de mães solteiras, condição descrita pelos autores como a responsável pela obtenção de baixos escores alcançados nos treinamentos comportamentais para pais, durante e após a sua realização.

Os autores não entraram em considerações filosóficas ou sociais sobre as causas de tal situação, simplesmente concluem que essas mães, quando comparadas a casais tradicionais, são mais propensas à depressão, não têm suporte social, vivem com altos índices de estresse, o que configura verdadeiras barreiras para que cumpram as determinações do tratamento, desde sua

frequência até a disposição para responder questionários e realizar tarefas em seu treinamento.

No primeiro estudo, considerado como piloto e conduzido por Chacko et al (2008), doze mães de filhos diagnosticados com TDAH receberam nove semanas de treinamento, com sessões de noventa minutos uma vez por semana, concentrando-se em três pontos principais: determinar sua viabilidade e aceitação, seus benefícios em relação à criança e à função parental, além de localizar as modificações para que viesse a ser um ensaio randomizado, ou seja, sujeitos escolhidos aleatoriamente a partir de dado perfil.

Os resultados considerados como marcantes foram os que expressaram a satisfação das mães com o tratamento, sendo que 86% delas completaram o programa, dado bastante encorajador, além de ter sido efetivo na redução dos comportamentos problemáticos dos filhos, do estresse e ocorrência de psicopatologia após seu término.

Na segunda pesquisa, também conduzida por Chacko et al (2009), o número de sujeitos aumentou substancialmente, com 120 mães solteiras participando do programa de treinamento comportamental para pais. A premissa era a mesma: embora a comprovada eficácia do treinamento para pais, mães solteiras apresentavam alto risco de não obterem bons resultados durante e após o seu término.

Neste estudo, já randomizado, compararam-se grupos que receberam o tradicional treinamento para pais com o programa potencializado de treinamento para pais (STEPP), com grupo controle formado a partir de lista de espera.

Os resultados demonstraram genericamente tanto os benefícios do tratamento tradicional quanto do programa, sendo que este último ressaltou-se em termos de funcionamento parental, quando testado pós tratamento.

De forma em geral, contudo, o programa STEPP mostrou ter maior poder de engajamento que o tradicional.

O problema é que não se obteve a normalização do comportamento para a maioria das crianças no treinamento comportamental para pais, e os ganhos do tratamento não se mantiveram.

d) Artigos teóricos: 6 referências.

Buitelaar e Kooji (2000), holandeses, publicaram artigo em que localizaram o TDAH como um transtorno persistente, com expressivo caráter hereditário, configurando anormalidades estruturais e funcionais na região cerebral denominada frontoestriatal. Referindo-se à falta de um exame específico, biológico ou psicológico, que pudesse identificar o transtorno com precisão, esclareceram que, em virtude dessa dificuldade, o diagnóstico é clínico, feito a partir de revisões cuidadosas que o profissional faz sobre

características observadas e das informações providas dos pais dos pacientes, bem como de seus professores e também da própria criança.

Os autores consideraram que os tratamentos efetivos são o que associaram a medicação e, entre os fármacos, os psicoestimulantes, com a terapia comportamental, mas também discutiram sobre os maiores benefícios resultantes do uso do remédio de forma isolada, quando comparado à terapia comportamental sozinha.

Dessa forma, o tipo combinado funcionou como uma segunda escolha, quando somente a medicação não surtiu os resultados esperados, ou quando a criança tinha menos de cinco anos de idade.

Finalizando o estudo, trouxeram a necessidade de se reconhecer o TDAH para melhor proceder com relação ao seu tratamento, sendo necessária a colaboração de muitos profissionais, desde o clínico geral até conhecimentos da psiquiatria adulta, passando por psicólogos que fazem os primeiros atendimentos à criança, professores e a escola, e a estrutura de guias normativos infantis, muitas vezes produzidos por órgãos públicos, pediatras, sistema de saúde mental e psiquiatria infantil.

No mesmo ano, Santosh e Taylor (2000), ingleses, em seu artigo reconheceram a utilização de estimulantes como sendo peça fundamental do tratamento para TDAH, já que entre 65% a 75% se beneficiaram com seus resultados.

Os autores explicaram que os estimulantes são rapidamente absorvidos pelo organismo, com seus efeitos no comportamento já aparecendo em trinta minutos, alcançando seu pico dentro de uma a três horas, finalizando-se em um período de cinco horas.

Com mecanismo não totalmente conhecido, os estimulantes reduzem a hiperatividade e melhoram a impulsividade, sendo reputados como mais efetivos quando comparados aos programas de intervenções comportamentais e cognitivas, sendo que sua combinação com intervenções psicossociais se apresenta pouco vantajosa ao seu uso isolado.

Discorrendo sobre a necessidade de monitoração no uso dos fármacos, com adequada verificação se as dosagens estão sendo criteriosamente seguidas pelos familiares ou os que são responsáveis pela medicação, para não haver abusos, o artigo é concluído com a constatação de que mais pesquisas comparativas entre as diversas formas de se intervir no TDAH deverão ser feitas. Nessas, que possa haver investigações com outros perfis de sujeitos, como pré-escolares e adultos, os que apresentam somente hiperatividade ou desatenção, bem como os com comorbidades.

Na mesma linha de abordagem ao TDAH que privilegia o uso de medicação com ou sem associação a terapias psicossociais e comportamentais, no artigo dos árabes Al-Gramdy e

Quareshi (2001) o transtorno é visto como um dos mais comuns na psiquiatria infantil, diagnosticado a partir de entrevista neuropsiquiátrica somada a informações providas de outras fontes. Estabeleceram em 90% de bons resultados naqueles que fizeram o tratamento combinado de medicação e terapias psicossocial e comportamental, ressaltando o grande valor que as terapias têm, embora o que mais se use sejam as drogas psicofarmacológicas. Também argumentaram serem necessárias mais pesquisas sobre o assunto, com a afirmação de que esses pacientes demandam avaliação cuidadosa e tratamento apropriado, em longo prazo, para prevenir conseqüências negativas.

Os romenos Diaconu, Grigore e Burlea (2009) partilharam de opiniões semelhantes às anteriores, destacando ser o TDAH um transtorno complexo, que perturba as crianças em seu aprendizado, em sua regulação emocional, organização, motivação, memória e outras funções monitoradas pelo sistema cerebral. Apontaram ser a medicação associada com tratamento comportamental e intervenções comportamentais na escola, como os mais importantes aspectos de seu tratamento.

A teorização de Manos, Tom-Revzon, Bukstein e Crismon (2007) desenvolveu-se a partir da caracterização do TDAH como transtorno que, sem diagnóstico e tratamento, pode vir a prejudicar a vida tanto de crianças quanto adultos.

Com ligações com neurotransmissores e comorbidades psiquiátricas, sua etiologia está ligada a múltiplos genes bem como influências ambientais, sendo os estimulantes utilizados em seu tratamento produzidos há mais de cinquenta anos. Este dado fez com que considerassem o tratamento combinado, associando farmacoterapia bem administrada, de estimulantes ou não-estimulantes, com intervenções psicossociais, como o que apresentou ótimos resultados.

Langberg, Epstein e Graham (2008) trataram, em seu artigo, de intervenções de estratégias de organização no tratamento de TDAH, a fim de sanar as dificuldades encontradas por essas crianças com relação à administração de contingências.

Com problemas na organização de seu tempo e de suas coisas, de modo geral, é na escola que essas crianças expressarão seus prejuízos em termos de esquecimento ou perda da lição de casa, além de planejamento inadequado para as avaliações.

Aos pacientes são ensinados sistemas de administração de seu tempo e seu material sob forma mais efetiva, através do uso de contingências associadas ao treinamento de habilidades, buscando a promoção de estratégias organizativas e sua generalização.

Essas intervenções, tidas como técnicas isoladas ou como partícipes de um programa de intervenções amplo, resultaram em grande desenvolvimento nos setores citados, quais

sejam, organização de material, administração das lições de casa, planejamento e gerenciamento do tempo, o que pode vir a reduzir sintomas de TDAH, além de trazer benefícios escolares.

Há necessidade, contudo, de pesquisas randomizadas, com avaliação longitudinal, antes de serem consideradas estabelecidas como baseadas em evidências.

4.1.1.2 Abordagem Psicodinâmica – selecionado um artigo teórico (Gráfico 2, p. 62).

a) Artigos sobre estudos de caso: 1 referência.

Salomonsson (2004), em seu artigo, buscou a interface entre neuropsiquiatria e psicanálise, tecendo considerações sobre a possibilidade de a psicanálise ser de ajuda efetiva para essas crianças. O autor elegeu o estudo de caso para fazer considerações sobre as diferenças entre a visão da neuropsiquiatria e a fornecida pela psicanálise, a começar por seus objetivos: a primeira se firma sobre uma etiologia genérica e abrangente, já a segunda pretende um diagnóstico singular.

Anthony era um menino de seis anos, de olhos curiosos e amedrontados que, aos dois, recebeu tratamento para deficientes e, aos quatro, foi diagnosticado com autismo e leve retardo mental, por que se apresentava segurando um objeto de plástico em uma das mãos, sem querer nenhum tipo de contato físico. Com o desenvolvimento bastante comprometido, expressando-se de forma ininteligível, com omissão de consoantes e vogais, já na primeira sessão o analista percebeu a possibilidade de se realizar a psicanálise, dada a expressão de afetos e fantasias com conteúdo simbólico que o menino demonstrou possuir. Isso aconteceu na forma de um armário semifechado, interpretado como a metáfora para os problemas epistemológicos da criança.

Em contrapartida, e contratransferencialmente, o mesmo armário medianamente fechado também foi considerado pelo autor como uma representação da dificuldade que psicanalistas têm ao se propor a acessar informações científicas neuropsiquiátricas. A infalibilidade de muitos dos pesquisadores é qual porta que se fecha a toda e qualquer opinião contestatória.

Discorrendo sobre os conceitos que cercam a neuropsiquiatria, baseados em causas orgânicas, que não reputam aos fatores psicossociais isolados a ocorrência do transtorno, somente quando associados com a disfunção cerebral, analisa o modelo de Barkley, em que o TDAH é definido como uma inibição do comportamento, ou seja, a dificuldade com a atenção representa sintoma secundário. Assim considerado, deve-se fornecer à criança a possibilidade de substituir esse déficit por um sistema de autocontrole.

Já a análise é método de imersão em si mesmo em uma situação clínica com transferência inconsciente e contratransferência. O campo de investigação é o paciente e, através da contratransferência, as próprias experiências do profissional expressas na sessão analítica. Inicia-se com as experiências conscientes para, ao final, alcançar as ideias inconscientes.

Esclarecendo que a natureza do método psicanalítico não se adequa às colocações sobre a etiologia neurobiológica, pois não há como justificar a explicação causal como o conceito é usado nas ciências naturais, outorgam à psicanálise, quando bem conduzida, muitos benefícios para essas crianças.

Aos dezoito meses, a análise de Anthony propiciou a associação de sua impulsividade com suas fantasias agressivas combinadas a memórias que o faziam sentir medo de vingança. Ao final de quatro anos, término do tratamento, Anthony era um menino razoavelmente alegre e confiante em si mesmo, com senso de tempo preciso e memória invejável, fazendo uso de uma linguagem variada e rica em referências a locais e eventos mundiais, expressando suas emoções, embora apresentasse ainda certa tendência para a onipotência. Esses resultados também dependem de pais devotados e reabilitação neuropsiquiátrica competente, cruciais em suas funções.

♦ **Quantificação geral** do número de sujeitos, tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas, área de concentração dos periódicos, países e distribuição anual das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Esses parâmetros encontram-se representados nos gráficos 3, 4, 5, 6 e 7 (p. 62 – 64).

Gráfico 1 – Número de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: MEDLINE. Descritores: *ADHD x Psychological treatment*.

Gráfico 2 – Tipos de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: MEDLINE. Descritores: *ADHD x Psychological treatment*.

Gráfico 3 – Número de sujeitos sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: MEDLINE. Descritores: *ADHD x Psychological treatment*.

Gráfico 4 – Tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: MEDLINE. Descritores: *ADHD x Psychological treatment*.

Gráfico 5 – Área de concentração dos periódicos das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: MEDLINE. Descritores: *ADHD x Psychological treatment*.

Gráfico 6 – Países envolvidos nas publicações das pesquisas relativas às psicoterapias e tratamentos psicológicos sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: MEDLINE. Descritores: *ADHD x Psychological treatment*.

Gráfico 7 – Distribuição anual das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: MEDLINE. Descritores: *ADHD x Psychological treatment*.

4.1.2 Descritores: *ADHD x PSYCHOTHERAPY* – A pesquisa localizou 345 referências, das quais 28 foram selecionadas para esta dissertação, 27 das quais sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, uma sob a psicodinâmica (Gráfico 8, p. 72).

4.1.2.1 Abordagens comportamental e cognitivo-comportamental – Os dados referiram-se a 28 trabalhos, 17 destinados à revisão (três no formato de metanálise e 17 analíticos), três sobre pesquisas empíricas e sete na forma de artigos teóricos a respeito do transtorno e de seus tratamentos (Gráfico 9, p. 72).

a) Artigos de metanálise: 3 referências.

Foram localizados três artigos sob a metodologia da metanálise. O primeiro deles se referia a 174 estudos que sinalizaram com fortes evidências a efetividade dos tratamentos comportamentais (Fabiano et al, 2009); o segundo trouxe a necessidade de se pesquisar tratamentos além dos comportamentais e medicamentosos, no caso, os cognitivos-comportamentais, os cognitivos e as intervenções baseadas na neurociência, com 26 estudos comparativos entre essas três formas de intervir. Os resultados dessa pesquisa apontaram para a necessidade de maiores estudos a respeito, já que os dados obtidos se mostraram bastante promissores (Toplak, Connors, Shuster, Knezevic, & Parks, 2008).

A terceira metanálise foi realizada em um período de 21 anos, em crianças holandesas de seis a doze anos, também em 26 estudos, sob o objetivo de comparar a eficácia do uso da medicação, tratamento psicossocial e a combinação de ambos, em relação a sintomas sociais e de oposição, além de melhora escolar.

Os tratamentos medicamentoso e psicossocial se mostraram efetivos na redução de sintomas como um todo, sendo que o psicossocial não expressou relevância para o comportamento opositivo observado na escola.

Os três tipos de tratamento, no entanto, não trouxeram transformações construtivas na função acadêmica, embora tenham demonstrado efetividade no quesito comportamento social, além das escalas preenchidas por seus pais (Van Der Oord, Prins, Oostertaan, & Emmelkamp, 2008).

b) Artigos de revisão analítica: 14 referências.

A maioria das revisões privilegiou o tratamento multimodal como o mais adequado, em que há associação entre a medicação e tratamento para a criança ou adolescente, seus pais

e em seu ambiente escolar, com exceção de Swanson et al (2008).

Uma de suas conclusões é de que a medicação é a primeira medida a ser tomada, com ou sem psicoterapia comportamental, com evidências da ação de seus efeitos até dois anos após o início da administração. Após esse período, porém, essa superioridade não permanece, o que fez os autores considerarem várias hipóteses, por exemplo, a de que, fora do programa, não exista a mesma disciplina quanto ao uso dos remédios.

Chegaram a esses resultados fazendo uso da medicação, no caso, o metilfenidato, com padrão de administração de três doses diárias, sem interrupções, durante o período de vigência do estudo, 14 meses. A terapia comportamental também era intensiva e padronizada em três técnicas, 27 sessões de treinamento de pais em grupo, entremeadas com oito sessões individuais; intervenções na escola durante dois anos, com a inclusão de consultoria aos professores e treinamento na sala de aula durante 12 semanas; finalmente, oito semanas de Programa de Tratamento de Verão (*8-week Summer Treatment Program*). Avaliações foram realizadas no início do tratamento, com reteste após três e nove meses. Os resultados apontaram o tratamento farmacológico como o propiciador de maior redução nas escalas de avaliação dos sintomas quando pareados ao tratamento psicossocial em longo prazo. Com relação à comparação entre medicação e tratamento combinado, não foram encontradas diferenças significativas entre ambos, embora a terapia comportamental isoladamente não tivesse expressões relevantes.

Na Alemanha, um grupo de clínicos e pesquisadores de nove países, representando cinco continentes, inclusive o Brasil, foi formado para que fossem investigadas as evidências recentes sobre o TDAH e suas práticas consolidadas, a fim de chegarem a um consenso sobre o assunto. Alguns pontos foram parametrizados, como o de que o transtorno apresenta-se como uma desordem neurocomportamental bastante comum, caracterizada como de grande impacto em vários setores da vida do indivíduo, que se vê com prejuízos cognitivos, emocionais e sociais. Assim, necessita de tratamento e de acompanhamento ao longo da vida, sendo as intervenções medicamentosas fortemente embasadas em evidências, juntamente ao tratamento multimodal (Remschmidt & Global ADHD Working Group, 2005).

Murphy (2005), por sua vez, ao descrever a variedade de tratamentos disponíveis para adolescentes que poderiam ser associados com medicação, listou psicoeducação, psicoterapia, estratégias automonitoradas de compensação para comportamentos, instrumentos e dispositivos para auxiliar esses processos de autoconsciência, além de sessões de orientação (*coaching*). Não deixou de lado a necessidade de escolher-se uma escola adequada às dificuldades da criança, bem como intervir nas acomodações que a cercam no momento em

que realiza alguma tarefa.

Kaiser, Hoza e Hurt (2008) também teceram considerações sobre a consultoria à escola, citando o uso da medicação, o treinamento comportamental para pais e o monitoramento direto de contingências como tratamentos com evidências.

Nessa mesma linha encontramos o artigo de Horst e Hendren (2005) que, além dos tratamentos já citados, dedicaram atenção especial à pesquisa longitudinal realizada pelo governo americano, o Estudo MTA, que estabeleceu comparações entre a utilização isolada e em longo prazo da medicação, a terapia comportamental e a combinação de ambas. Interessante foi notar que o tratamento multimodal, na França, faz-se acompanhar, além da medicação, do treinamento para os pais, da psicoterapia à criança e intervenções escolares, de terapia psicomotora, ou psicomotricidade (Le Heuzey, 2008).

A referência a tipos alternativos de intervenções também foi considerada por Greydanus, Pratt, Sloane e Rappley (2003) que, além das já citadas, abarcando psicoterapia e terapia cognitivo-comportamental, integraram grupos suportivos, a técnica de *biofeedback* e a meditação, com o aceite do tratamento multimodal como o mais adequado, juntamente ao esforço conjunto realizado por pais, professores e clínicos.

Os americanos Daly, Creed, Xanthopoulos e Brown (2007), ao revisarem estudos sobre a eficácia das intervenções comportamentais, apresentaram resultados indicativos de que crianças em idade escolar dão respostas satisfatórias quando as intervenções são realizadas em sua casa e em sua classe na escola.

Esclareceram também que o tratamento que associa a monitoração do comportamento e medicação é a primeira opção a ser indicada. Fizeram recomendações de que sejam realizadas maiores investigações, já que importantes questões envolvendo este tema não puderam ser contempladas nesse estudo.

O artigo da universidade de Maryland enunciou proposições em que muitos indivíduos mesmo medicados continuaram a apresentar prejuízos significativos em sua trajetória de vida, o que veio a requerer intervenções comportamentais na escola e na forma de treinamento para pais (Knight, Rooney, & Chronis-Tuscano, 2008).

Com relação às técnicas psicossociais, Antshel e Barkley (2008) trouxeram a informação de que o treinamento para pais e para professores na monitoração da sala de aula foram as que receberam suporte científico. Se o treinamento cognitivo-comportamental realizado com a criança teve pouca evidência de eficácia, o treinamento de habilidades sociais revelou-se com limitada evidência nesse quesito. Como resultado, há necessidade de investigações sobre os efeitos potenciais ou eventos adversos associados a essas formas de

manejo clínico, a fim de guiar tratamentos adequados a essas dificuldades.

O mesmo pesquisador do artigo anterior, Barkley (2002), já havia realizado revisão sobre a eficácia dos tratamentos psicossociais, ressaltando que os promissores eram os que se referiam ao treinamento para pais, aos métodos de modificação comportamental em sala de aula e intervenções acadêmicas. Também considerou a possível necessidade de terapia familiar focada na solução de problemas, estratégias de comunicação e a coordenação de múltiplos recursos escolares durante o dia, esclarecendo que para serem efetivos em seus prognósticos os tratamentos precisam ser mantidos e muitas vezes prorrogados.

Biederman e Spencer (2008) esclareceram que a medicação teve sua eficácia inquestionavelmente comprovada em 50 a 70% de sua aplicação, com mais de 170 pesquisas controladas que envolviam mais de nove mil sujeitos, promovendo não somente a melhora de comportamentos inadequados quanto incrementando a autoestima e a cognição, bem como a relação social com a família. No entanto, essa eficácia é variável conforme a idade e a associação com comorbidades.

As psicoterapias cognitivas e cognitivo-comportamental, combinadas com medicação, podem desempenhar um papel importante como tratamento de questões organizacionais e psicopatologias associadas.

Young e Amarasinghe (2010), ingleses, referiram-se ao TDAH como uma desordem do desenvolvimento que está presente na vida da criança e persiste em sua maturidade, necessitando de estudos voltados a todas as faixas de idades, não somente às crianças. Respeitando as necessidades e circunstâncias individuais, reputam como primeira e melhor forma de tratamento em crianças escolares com prejuízos leves, os programas de treinamento para pais e intervenções comportamentais na escola. Já em crianças com muitas dificuldades deve-se fazer uso da medicação combinada.

Adolescentes respondem muito bem a intervenções multimodais, com o uso de estratégias que integram a família e a escola, geralmente propiciando o desenvolvimento de habilidades sociais.

Habilidades sociais destacadas por de Boo e Prins (2007) com amplas evidências de efetividade, a partir dos resultados que obtiveram em quatro estudos, comprovam que o tema já é bastante conhecido, embora não integrado em um corpo de conhecimento.

c) Artigos sobre pesquisas empíricas: 3 referências.

Jensen et al (2007), na mesma linha de investigação, propuseram-se a pesquisar a permanência dos efeitos do tratamento multimodal após 36 meses de utilização, com 485

crianças na faixa dos dez a treze anos. Os dados que colheram apontaram para a mesma direção, a medicação apresentou resultados que permaneceram por dois anos, mas não por três, devendo ser observado o início da intervenção na trajetória do transtorno. Porém, como os três tratamentos demonstraram ser úteis para a atenuação dos sintomas, quando comparados ao início dos mesmos, há margem para muitas pesquisas, a responder perguntas como a que diferencia crianças que devem manter a medicação por toda a vida daquelas que, embora interrompendo o tratamento, permanecem bem.

Estudo com objetivos semelhantes ao do MTA já haviam sido promovidos na Universidade de Medicina de Nova York, com algumas variáveis, entre elas a seleção dos sujeitos, 103 crianças de sete a nove anos que já haviam sido testadas e tinham respondido bem ao estimulante, não apresentando problemas de conduta e aprendizagem, como bem descrevem Abikoff, Hechtman, Klein, Gallagher et al (2004).

Elas foram divididas em três grupos que receberam igual medicação, com a diferença de que, no primeiro, seu uso era isolado, no segundo, associado ao modelo psicossocial (composto de aconselhamento, desenvolvimento de habilidades sociais, ajuda acadêmica e psicoterapia) e, no terceiro, recebendo um tratamento simples de atenção, funcionando como placebo.

O programa teve duração de dois anos (ao invés dos 14 meses do MTA), sem intervenção no ambiente escolar ou tratamento de verão. Seus resultados foram positivos nos três grupos, sendo que nenhuma supremacia foi verificada seja tratamento combinado sobre a medicação isolada, ou nesta última em relação ao grupo placebo.

Fechando a categoria de pesquisas empíricas, Frölich, Döpfner, Berner e Lehmkuhl (2002) desenvolveram um programa cognitivo-comportamental com estratégias auto-instrutivas e automonitoradas seguidas de treinamento para pais, com a finalidade de reduzir problemas de aprendizagem e comportamentos agressivos e de oposição.

Assim, realizaram estudo com 18 crianças, testando-as quatro semanas anteriores ao início da pesquisa, posteriormente aplicando tratamento comportamental durante seis semanas, seguido de treinamento para pais com igual duração. Questionários e escalas foram fornecidos aos pais e professores semanalmente a fim de acompanhar a redução, ou não, dos sintomas.

Os dados obtidos resultaram na informação de que a abordagem cognitivo-comportamental é efetiva na redução tanto dos sintomas que apareciam em casa quanto na escola, o que os fez concluir ser essa técnica muito importante como colaboradora no tratamento do TDAH. O mesmo se pode dizer do treinamento para pais, que também resultaram em melhoras na sintomatologia, sendo considerado pelos autores como um

importante componente do tratamento cognitivo-comportamental.

d) Artigos teóricos: 7 referências.

Preuss et al (2006) esclareceram que, similar ao que ocorreu com o estudo MTA nos Estados Unidos, a Europa também implantou uma pesquisa de observação para descrever seus casos de TDAH, denominado estudo ADORE (*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Observational Research in Europe*). Para tanto, pediatras e psiquiatras infantis procedentes de dez países europeus investigaram 1.573 crianças e adolescentes de seis a dezoito anos, em sete momentos diferentes, durante suas rotinas normais de atendimento, através de várias escalas e questionários, por um período de dois anos, avaliando-as em termos de diagnósticos, padrões de tratamentos e resultados obtidos, acompanhando-as a partir das condições iniciais quando do início do tratamento.

O estudo ADORE trouxe à comunidade europeia o consenso de que o TDAH é um transtorno reconhecido e diagnosticado nos países envolvidos (Alemanha, Áustria, Dinamarca, França, Holanda, Islândia, Itália, Noruega, Reino Unido e Suíça), com crianças expressando altos níveis de sintomas, prejuízos significativos e qualidade de vida reduzida. Dessa forma, chegou-se ao conhecimento sobre o encaminhamento dado pelos profissionais para 1.478 crianças com idade média de nove anos de idade, sendo que houve a predominância da farmacoterapia, prescrita em 25% dos casos, seguida de psicoterapia (19%), combinação de ambas (25%), outros tipos de terapia (10%) e sem tratamento (21%).

Pfiffner, Calzada e McBurnett (2000) escreveram sobre o fato de que estimulantes ajudam a reduzir as dificuldades sociais das crianças TDAH, mas seus efeitos não passam disso.

Por outro lado, a abordagem comportamental tem evoluído em suas técnicas para lidar com o assunto, superando o modelo único de manejo de contingências para um padrão que engloba múltiplos instrumentos.

Assim, combinadas são as técnicas comportamentais e as cognitivo-comportamentais no tratamento das crianças, mediadas por seus pais, professores, colegas e pessoas que a rodeiam. Um tratamento que associe a medicação com terapia comportamental, no dizer dos autores, poderia vir a sanar muitas das dificuldades associadas com prejuízos sociais.

O tratamento multimodal é tema também do artigo de Whalen (2001), em que conceitua como ótima a intervenção que associa criança, tratamento e situação. O autor estabelece o Estudo MTA como um marco, além de reconhecer a comprovada superioridade do tratamento farmacológico para a maioria das crianças.

No entanto, a fim de aumentar a durabilidade dos ganhos da medicação em longo prazo, pesquisas deveriam ser feitas sobre tratamentos psicossociais, sobre quais as formas de

desenvolvê-los, como fazer uso de outras modalidades, agentes, objetivos.

Shah, Cork e Cowdhury (2005) enfatizaram a necessidade de a criança e seus pais conhecerem os aspectos do transtorno, bem como utilizarem intervenções psicossociais que possam ajudá-los e aos professores a melhor lidar com a situação.

O artigo de Reeves e Anthony (2009) trouxe outro ponto de discussão, ao revelar que nem sempre o que é recomendado pela ciência se faz na prática profissional. Em outras palavras, embora o tratamento multimodal seja tido pelo meio científico como mais adequado, dificilmente é o mais utilizado.

Isso se deve tanto devido à dificuldade de acesso ao serviço especializado quanto à falta de conhecimento dos médicos e profissionais que lidam com cuidados primários sobre tratamentos não medicamentosos. Essa situação ocorre mesmo sob a indicação da própria Associação Americana de Psicologia (*American Psychological Association*) de que sejam fornecidas à criança as intervenções psicossociais, antes da medicação.

O autor também destacou que as intervenções psicossociais criam espaço para que pais desempenhem importante papel no tratamento de seus filhos, bem como reparem prejuízos sofridos nas relações sociais dos envolvidos, terreno inatingível pela medicação.

Já Waxmonsky (2005) ressaltou que, muitas vezes, a medicação, embora sendo a primeira indicação de tratamento, não surte efeitos em todas as crianças. Em seu estudo, relacionou as terapias psicossociais, com ênfase na modificação comportamental, como mais adequadas às crianças; aos adolescentes a terapia cognitivo-comportamental seria recomendada.

Wilens e Spencer (2010) ficaram com a palavra final devido à recente data de publicação do estudo que fizeram sobre o TDAH, em que colocaram tanto a psicoterapia isolada como combinada com medicação como úteis, principalmente se houver comorbidades. Já os estimulantes são fundamentais no controle dos sintomas do TDAH em longo prazo.

4.1.2.2 Abordagem psicodinâmica – Foi selecionado um artigo teórico (Gráfico 9, p. 72).

a) Artigos teóricos: 1 referência.

Kawai (2009), psicanalista japonês, trouxe considerações sobre o autismo e o TDAH, aproximando-os sob a perspectiva de ambos manifestarem a ausência de um sujeito consciente, relacional, já que apresentavam dificuldades de limites e de linguagem, condições essenciais para a subjetivação acontecer.

Dessa forma, o TDAH poderia se aproximar das regiões fronteiriças do autismo de menor gravidade. Assim sendo, considerou o autor, psicoterapias que estão estabelecidas na

relação entre sujeitos, como é o caso da psicanálise e do aconselhamento rogeriano não diretivo, tornam-se inapropriadas. Ao contrário, a psicoterapia necessita promover a emergência desse sujeito simbólico e de sua linguagem, através de momentos de separação e confrontação com o terapeuta.

O embasamento teórico utilizado no estudo se faz sob a análise de Jung, que entende os processos de união e separação como concomitantes, e não consecutivos, dirigindo-se para um movimento dialético. Não se trata de treinar pessoas deficientes e, sim, fazer emergir suas subjetividades através da utilização de imagens, consideradas na teoria como símbolos, profundos e com significados ocultos, passíveis de serem compreendidos através da análise da estrutura dos sonhos e das chaves que neles são veiculados. Há também a consideração de possuírem as imagens funções transcendentais, além da consciência e do inconsciente, favorecendo o despertar do sujeito pleno, conceito considerado paradigmático dentro da teoria junguiana, que faz uso do modelo narrativo para aprofundar a compreensão do fenômeno psicológico, contrapondo-se à ciência de evidências.

♦ **Quantificação geral** do número de sujeitos, tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas, área de estudo dos periódicos, países e distribuição anual das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Esses parâmetros encontram-se representados nos gráficos 10, 11, 12, 13 e 14 (p. 72-74).

Gráfico 8 – Número de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: MEDLINE. Descritores: *ADHD x Psychotherapy*.

Gráfico 9 – Tipos de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: MEDLINE. Descritores: *ADHD x Psychotherapy*.

Gráfico 10 – Número de sujeitos sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: MEDLINE. Descritores: *ADHD x Psychotherapy*.

Gráfico 11 – Tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: MEDLINE. Descritores: *ADHD x Psychotherapy*.

Gráfico 12 – Área de concentração dos periódicos das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: MEDLINE. Descritores: *ADHD x Psychotherapy*.

Gráfico 13 – Países envolvidos nas publicações das pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: MEDLINE. Descritores: *ADHD x Psychotherapy*.

Gráfico 14 – Distribuição anual das publicações das pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: MEDLINE. Descritores: *ADHD x Psychotherapy*.

♦ **Identificação geral** dos anos das pesquisas selecionadas, dos autores, país de procedência do pesquisador titular, nome e país da publicação, bem como a caracterização das mesmas quanto à área de concentração, início de circulação, periodicidade e número de artigos publicados da fonte Medline (Quadros 1 e 2, p. 74-77).

Quadro 1 – Relação dos anos das pesquisas publicadas presentes no banco de dado MEDLINE, dos nomes dos autores, país de procedência do pesquisador titular, nome e país da publicação.

Ano	Nome dos pesquisadores e procedência institucional do titular.	País origem do titular	Nome da publicação	País da publicação
2000	Buitelaar, J. K., Kooij, J. J. – <i>Centro Médico Universitário de Utrecht, Psiquiatria Infantil.</i>	Holanda	Ned Tijdschr Geneesk (Nederlands Tijdschrift Geneeskunde)	Holanda
2000	Pfiffner, L. J., Calzada, E., McBurnett, K. – <i>Clínica de Hiperatividade, Atenção e Problemas de Aprendizagem, Universidade de Chicago.</i>	Estados Unidos	Child Adolesc Psychiatr Clin N Am (Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America)	Estados Unidos
2000	Santosh, P. J., Taylor, E. – <i>Departamento de Psiquiatria de Criança e Adolescente, Instituto de Psiquiatria, King's College.</i>	Inglaterra	Eur Child Adolesc Psychiatry (European Child & Adolescent Psychology) – Em língua inglesa	Alemanha
2000	Wells, K. C., Epstein, J. N., Hinshaw, S. P., Conners, C. K., Klaric, J., Abikoff, H. B., Abramowitz, A., Arnold L. E., Elliot, G., Greenhill, L. L., Hoza, B., Jensen, P. S., March, J. S., Pelham, W., Pfiffner, L., Severe, J., Swanson, J. M., Vitiello, B., Wigal, T. – <i>Centro Médico da Universidade Duke.</i>	Estados Unidos	J Abnorm Child Psychol (Journal of Abnormal Child Psychology)	Estados Unidos
2001	Al-Ghamdy, Y S., Qureshi, N. A. – <i>Departamento de Saúde Geral.</i>	Arábia Saudita	Saudi Méd J (Saudi Medical Journal) – Em língua inglesa	Arábia Saudita
2001	Whalen, C. K. – <i>Departamento de Psicologia e Comportamento Social, Universidade da Califórnia.</i>	Estados Unidos	J Clin Child Psychol (Journal of Clinical Psychology)	Estados Unidos
2002	Barkley, R. A. – <i>Departamento de Psiquiatria, Universidade de Medicina de Massachusetts.</i>	Estados Unidos	J Clin Psychiatry (The Journal of Clinical Psychiatry)	Estados Unidos
2002	Frölich, J. Döpfner, M., Berner, W., Lehmkuhl, G. – <i>Clínica e Policlínica de Psiquiatria e Psicoterapia para crianças, Universidade de Colônia.</i>	Alemanha	Prax Kinderpsychol/Kinderpsychiatr (Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie)	Alemanha
2003	Greydanus, D. E., Pratt, H. D., Sloane, M. A., Rappley, M. D. – <i>Departamento de Pediatria e Desenvolvimento Humano, Universidade Estadual de Michigan.</i>	Estados Unidos	Pediatr Clin North Am (Pediatric Clinics of North America)	Estados Unidos
2004	Abikoff, H. Hechtman, L., Klein, R. G., Fleiss, K., Etcovitch, J., Cousins, L., Greenfield, B., Martin, D., Pollack, S. – <i>Centro de Estudo da Criança, Universidade de New York.</i>	Estados Unidos	J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (Journal of the American Academy of Child Psychiatry)	Estados Unidos
2004	Döpfer, M., Breuer, D., Chürmann, S., Metternich, T. W., Rademacher, C., Lehmkuhl, G. – <i>Clínica e Policlínica de Psiquiatria e Psicoterapia para Crianças, Universidade de Colônia.</i>	Alemanha	Eur Child Adolesc Psychiatry (European Child & Adolescent Psychology) – Em língua inglesa	Alemanha
2004	Salomonsson, B. – <i>Associação Psicanalítica Sueca.</i>	Suécia	Int J Psychoanal (The International Journal of Psychoanalysis)_	Inglaterra

Ano	Nome dos pesquisadores e procedência institucional do titular.	País origem do titular	Nome da publicação	País da publicação
2005	Horst, R. O., Hendren, R. L. – <i>Departamento de Psiquiatria e Ciência Comportamentais, Centro Médico Davis, Universidade da Califórnia.</i>	Estados Unidos	Essent Psychopharmacol (Essential Psychopharmacology)	Estados Unidos
2005	Murphy, K. – <i>Clínica Central de Massachusetts.</i>	Estados Unidos	J Clin Psychol (Journal of Clinical Psychology).	Estados Unidos
2005	Remschmidt, H., Global ADHD Working Group – <i>Clínica para Crianças, Universidade Marburg.</i>	Alemanha	Eur Child Adolesc Psychiatry (European Child & Adolescent Psychiatry) – Em lingual inglesa.	Alemanha
2005	Shah, M., Cork, C., Chowdhury, U. – <i>Bedfordshire & Luton Community NHS Trust (convênio).</i>	Inglaterra	Community Pract (Community Practitioner's and Health Visitor's Association)	Inglaterra
2005	Waxmonsky, J. G. – <i>Psiquiatria, Universidade Estadual de New York.</i>	Estados Unidos	Essent Psychopharmacol (Essential Psychopharmacology)	Estados Unidos
2006	Preuss, U., Ralston, S. J., Baldursson, G., Falissard, B., Lorenzo, M. J., Rodrigues Pereira, R., Vlasveld, L., Coghill, D., ADORE STUDY GROUP. – <i>Departamento de Psiquiatria para Criança e Adolescente, Universidade Bern.</i>	Suíça	Eur Child Adolesc Psychiatry (European Child & Adolescent) – Em inglês.	Alemanha
2007	Daly, B. P., Creed, T., Xanthopoulos, M., Brown, R. T. – <i>Departamento de Saúde Pública, Universidade Temple.</i>	Estados Unidos	Neuropsychol Rev (Neuropsychology Review)	Estados Unidos
2007	de Boo, G. M., Prins, P. J. – <i>Departamento de Psicologia Clínica, Faculdade de Ciências Sociais e Comportamentais, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de Amsterdam.</i>	Holanda	Clin Psycho Rev (Clinical Psychology Review)	Estados Unidos
2007	Jensen, P. S., Arnold, L. E., Swanson, J. M., Vitiello, B., Abikoff, H. B., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hinshaw, S. P., Pelham, W. E., Wells, K. C., Conners, C. K., Elliot, G. R., Epstein, J. N., Hoza, B., March, J. S., Molina, B. S., Newcorn, J. H., Severe, J. B., Wigal, T., Gibbons, R. D., Hur, K. – <i>Centro para o avanço da saúde mental infantil, Universidade de Columbia.</i>	Estados Unidos	J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (Journal of the American Academy of Child Psychiatry)	Estados Unidos
2007	Manos, M. J., Tom-Revzon, C., Bukstein, O. G., Crismon, M. L. – <i>Children's Hospital, Cleveland.</i>	Estados Unidos	J Manag Care Pharm (Journal of Managed Care Pharmacy)	Estados Unidos
2008	Antshel, K. M., Barkley, R. – <i>Departamento de Psiquiatria e Ciências Comportamentais, Universidade Estadual de New York.</i>	Estados Unidos	Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. (Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America)	Estados Unidos
2008	Bachmann, M., Bachmann, C., Rief, W., Mattejat, F. – <i>Clínica para crianças, Universidade Giessen und Marburg.</i>	Alemanha	Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother (Zeitschrift für Kinder – und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie)	Suíça
2008	Biederman, J., Spencer, T. J. – <i>Unidade de Pesquisa em Psicopatologia Pediátrica, Hospital Geral de Massachusetts.</i>	Estados Unidos	Child Adolesc Psychiatr Clin N Am (Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America)	Estados Unidos
2008	Chacko, A., Wymbs, B. T., Flammer-Rivera, L. M., Pelham, W. E., Walker, K. S., Arnold, F. W., Visweswarajah, H., Swanger-Gagne, M., Girio, E. L., Pirvics, L. L., Herbst, L. – <i>Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina Mount Sinai.</i>	Estados Unidos	J Atten Disor (Journal of Attention Disorders)	Estados Unidos
2008	Kaiser, N. M., Hoza, B., Hurt, E. A. – <i>Departamento de Psiquiatria, Universidade da Califórnia.</i>	Estados Unidos	Expert Rev Neurother (Expert Review of Neurotherapeutics)	Inglaterra

Ano	Nome dos pesquisadores e procedência institucional do titular.	País origem do titular	Nome da publicação	País da publicação
2008	Keen, D., Hadjikhouri, I. – <i>Departamento de Pediatria, Hospital St. George.</i>	Inglaterra	Clin Evid (Clinical Evidence) – on line	Inglaterra
2008	Knight, L. A., Rooney, M., Chronis-Tuscano, A. – <i>Departamento de Psicologia, Universidade de Maryland.</i>	Estados Unidos	Curr Psychiatry (Current Psychiatry)	Estados Unidos
2008	Langberg, J. M., Epstein, J. N., Graham, A. J. – <i>Hospital de Crianças de Cincinnati, Divisão de Medicina Comportamental e Psicologia Clínica.</i>	Estados Unidos	Expert Rev Neurother (Expert Review of Neurotherapeutics)	Inglaterra
2008	Le Heuzey, M. F. – <i>Serviço de Psicopatologia da Infância e da Adolescência, Hospital Robert-Debré.</i>	França	Arch Pediatr (Archives de Pédiatrie)	França
2008	Swanson, J., Arnold, L. E., Kraemer, H., Hechtman, L., Molina, B., Hinshaw, S., Vitiello, B., Jensen, P., Steinhoff, K., Lerner, M., Greenhill, L., Abikoff, H., Wells, K., Epstein, J., Elliot, G., Newcorn, J., Hoza, B., Wigal, T, MTA COOPERATIVE GROUP – <i>Centro de Desenvolvimento da Criança, Universidade da Califórnia.</i>	Estados Unidos	J Atten Disor (Journal of Attention Disorders)	Estados Unidos
2008	Toplak, M. E., Connors, L., Shuster, J., Knezevic, B., Parks, S. – <i>Departamento de Psicologia, University York.</i>	Canadá	Clin Psychol Rev (Clinical Psychology Review)	Estados Unidos
2008	Van der Oord, S., prins, P. J., Oosterlaan, J., Emmelkamp, P. M. – <i>Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de Amsterdam.</i>	Holanda	Clin Psychol Rev (Clinical Psychology Review)	Estados Unidos
2009	Chacko, A., Wymbs, B. T., Wymbs, F. A., Pelham, W. E., Swanger-Gagne, M. S., Girio, E., Pirvics, L., Herbst, L., Guzzo, J., Phillips, C., O'Connor, B. – <i>Departamento de Psicologia, Universidade Estadual de New York.</i>	Estados Unidos	J Clin Child Adolesc Psychol (Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology)	Inglaterra
2009	Diaconu, G., Grigore, I., Burlea, M. – <i>Faculdade de Medicina, Pediatria, Universidade de Pediatria e Farmácia.</i>	Romênia	Rev Méd Chir Soc Méd Nat Iasi (Revista Medico-Chirur Societatii Medicisi Naturalistidin Iasi)	Romênia
2009	Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M. Chronis-Tuscano, A., O'Connor, B. C. – <i>Universidade Estadual de New York.</i>	Estados Unidos	Clin Psychol Rev (Clinical Psychology Review)	Estados Unidos
2009	Loro-Lópes, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Varela-Casal, P., Campos, J. A., Correia-Lauffer, J. – <i>Instituto Neuroconductual, Hospital Infanta Leonor.</i>	Espanha	Rev Neurol (Revista de Neurologia)	Espanha
2009	Reeves, G., Anthony, B. – <i>Divisão de Psiquiatria da Criança e Adolescente, Universidade de Maryland.</i>	Estados Unidos	Paediatr Drugs (Paediatric Drugs)	Nova Zelândia
2009	Svanborg, P., Thernlund, G., Gustafsson, P. A., Hägglöf, B., Schacht, A., Kadesjö, B. – <i>Laboratório Eli Lilly.</i>	Suécia	Eur Child Adolesc Psychiatry (European Child & Adolescent Psychology) – Em língua inglesa	Alemanha
2009	Kawai, T. – <i>Centro de Pesquisa Kokoro, Universidade de Kyoto.</i>	Japão	J Anal Psychol (The Journal of Analytical Psychology)	Inglaterra
2010	Langberg, J. M., Arnold, L. E., Flowers, A. M., Epstein, J. N., Altaye, M., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Kotkin, R., Simpson, S., Molina, B. S., Jensen, P. S., Abikoff, H., Pelham, W. E., Vitiello, B., Wells, K. C., Hechtman, L. – <i>Departamento de Pediatria, Universidade de Cincinnati de Medicina.</i>	Estados Unidos	J Clin Child Adolesc Psychol (Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology)	Inglaterra

Ano	Nome dos pesquisadores e procedência institucional do titular.	País origem do titular	Nome da publicação	País da publicação
2010	Wilens, T. E., Spencer, T. J. – <i>Hospital Geral de Massachusetts.</i>	Estados Unidos	Postgrad Med (Postgraduate Medicine)	Estados Unidos
2010	Young, S., Amarasinghe, J. M. – <i>Instituto de Psiquiatria, King's College.</i>	Inglaterra	J Child Psychol Psychiatry (Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines)	Inglaterra

Fonte: MEDLINE.

Descritores: *ADHD* x *PSYCHOLOGICAL TREATMENT*
ADHD x *PSYCHOTHERAPY*

Quadro 2 – Identificação das publicações científicas presentes no banco de dado MEDLINE, área de concentração, início de circulação, país de origem, periodicidade e número de artigos publicados.

Nome da publicação	Área	País da publicação	Ano fundação	Periodicidade	Artigos
Arch Pediatr (Archives de Pédiatrie: organe officiel de la Société Française de Pédiatrie)	Pediatria	França	1994	mensal	1
Child Adolesc Psychiatr Clin N Am (Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America)	Pediatria / Psiquiatria	Estados Unidos	1992	trimestral	3
Clin Evid (Clinical Evidence) – on line	Medicina	Inglaterra	2006		1
Clin Psychol Rev (Clinical Psychology Review)	Psicologia – Psicologia clínica	Estados Unidos	1981	8 nos/ano	4
Community Pract (Community Practitioner: the journal of the Community Practitioners' & Health Visitor's)	Enfermagem	Inglaterra	1998	mensal	1
Curr Psychiatry Rep (Current Psychiatry Reports)	Psiquiatria	Estados Unidos	1999	bimensal	1
Essent Psychopharmacol (Essential Psychopharmacology)	Farmacologia	Estados Unidos	1996	trimestral	2
Eur Child Adolesc Psychiatry (European Child & Adolescent Psychiatry)	Pediatria / Psiquiatria	Alemanha	1992	mensal	5
Expert Rev Neurother (Expert Review of Neurotherapeutics)	Neurologia	Inglaterra	2001	bimensal (desde 2002)	2
Int J Psychoanal (The International Journal of Psycho-Analysis)	Psiquiatria / Psicanálise	Inglaterra	1920	quinzenal (desde 1993)	1
J Abnorm Child Psychol (Journal of Abnormal Child Psychology)	Pediatria / Psiquiatria	Estados Unidos	1973	8 nos./ano (desde 2008)	1
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (Journal of the American Academy of Child Psychiatry)	Pediatria / Psiquiatria	Estados Unidos	1987	mensal	2
J Anal Psychol (The Journal of Analytical Psychology)	Psicologia	Inglaterra	1955	trimestral	1
J Atten Disor (Journal of Attention Disorders)	Psiquiatria / Psicologia	Estados Unidos	1996	6 nos./ano (desde 2008)	2
J Child Psychol Psychiatry (Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines)	Psiquiatria / Psicologia	Inglaterra	1960	8 nos./ano	1
J Clin Child Psychol (Journal of Clinical Child Psychology)	Pediatria / Psicologia	Estados Unidos	1971 até 2001	trimestral	1
J Clin Child Adolesc Psychol (Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, APA).	Pediatria / Psicologia	Inglaterra	2002	6 nos./ano (desde 2009)	2

Nome da publicação	Área	País da publicação	Ano fundação	Periodicidade	Artigos
J. Clin Psychiatry (The Journal of Clinical Psychiatric)	Psiquiatria	Estados Unidos	1978	mensal	1
J Clin Psychol (Journal of Clinical Psychology)	Psicologia / Psicologia clínica	Estados Unidos	1945	mensal (desde 1999)	1
J Manag Care Pharm (Journal of Managed Care Pharmacy)	Farmácia	Estados Unidos	1995	quinzenal	1
Ned Tijdschr Geneesk (Nederlands Tijdschrift Geneeskunde)	Medicina	Holanda	1957	semanal	1
Neuropsychol Rev (Neuropsychology Review)	Neurologia / Psicologia	Estados Unidos	1990	trimestral	1
Paediatr Drugs (Paediatric Drugs)	Terapia medicamentos a / Pediatria	Nova Zelândia	1999	mensal (desde 2001).	1
Pediatr Clin North Am (Pediatric Clinics of North America)	Pediatria	Estados Unidos	1954	quinzenal	1
Postgrad Méd (Postgraduate Medicine)	Medicina	Estados Unidos	1947	mensal (desde 2001)	1
Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr (Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie)	Pediatria / Psiquiatria	Alemanha	1952	10 nos./ano	1
Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi (Revista medico-chirurgical a Societati de Medici sj Naturalisti din Iasi)	Medicina	Romênia	1956	trimestral	1
Rev Neurol (Revista de Neurologia)	Neurologia	Espanha	1972	mensal	1
Saudi Med J (Saudi Medical Journal)	Medicina	Arábia Saudita	1979	mensal	1
Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother (Zeitschrift für Kinder – und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie)	Pediatria / Psiquiatria	Suíça	1996	trimestral	1

4.2 PROCEDÊNCIA: Banco de dados PSYCINFO

4.2.1 Descritores: *ADHD* x *PSYCHOLOGICAL TREATMENT* – Do total de 946 pesquisas e revisões analisadas, foram selecionados 20 artigos que cumpriam as especificações do protocolo desta pesquisa, 14 sob as abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, seis sob a psicodinâmica (Gráfico 15, p. 90).

4.2.1.1 Abordagens comportamental e cognitivo-comportamental – Foram localizadas 14 referências, entre três revisões analíticas, sete pesquisas empíricas, dois estudos de caso e dois artigos teóricos (Gráfico 16, p. 90).

a) Artigos de revisão analítica: 3 referências.

Döpfner e Lehmkuhl (2002) enfatizaram a importância de se avaliar efetivamente os tratamentos fornecidos, destacando o Estudo MTA como o mais relevante internacionalmente.

Através dessa grande pesquisa se pode demonstrar a eficácia tanto da terapia farmacológica quanto da comportamental, embora na época, em suas primeiras testagens, não tivesse ficado absolutamente claro a superioridade da combinação de ambas sobre a medicação ministrada isoladamente. Esses resultados, porém, foram reanalisados, novas pesquisas foram realizadas e, assim, chegou-se à conclusão de que realmente o combinado apresentou-se como primeira opção de tratamento.

Os autores mencionaram pesquisa similar realizada em países de língua alemã que seguiu os mesmos princípios, o *Cologne Multimodal Interventions Study*, capitaneados pela Universidade de Colônia, em que resultados semelhantes foram obtidos, destacando ser o tratamento combinado o mais efetivo.

Root e Resnick (2003), a partir dessa revisão em que discorreram sobre o TDAH, sua nomenclatura, sintomas, comorbidades, etiologia e diagnóstico, pesquisaram os achados clínicos e os consensos estabelecidos por vários guias para seu tratamento, incluindo o considerado mais completo deles, o Estudo MTA. Ao discorrerem sobre os resultados encontrados, reputaram efetividade aos modelos comportamentais-psicossociais ou sua combinação com intervenções medicamentosas.

O artigo dos chineses Liu, Wang e Wang (2003) foi dedicado ao levantamento dos tratamentos para TDAH realizados fora de seu país (terapia cognitivo-comportamental, terapia medicamentosa, treinamento de habilidades sociais, terapia de educação psicológica, terapia de grupo e tratamento multimodal). A conclusão a que chegaram indicou que a terapia comportamental é a de fácil aceitação e que a combinação de medicação com tratamento psicossocial pode potencializar os efeitos terapêuticos.

b) Artigos sobre pesquisas empíricas: 7 referências.

Lehner-Dua (2002) realizou pesquisa sobre a efetividade do programa para pais desenvolvido por Barkley, com três pontos principais de interesse: o nível de estresse dos pais, seu senso de competência e as percepções que tinham a respeito dos sintomas dos filhos.

Foram analisados 48 pais de crianças de seis a onze anos, divididas em dois grupos, um recebendo o treinamento e, outro, constituindo-se em grupo suportivo. Após avaliações de várias escalas, aplicadas antes e depois do tratamento, houve significativa diminuição estatística da percepção dos pais sobre a severidade dos sintomas dos filhos, quando comparada ao grupo controle. O mesmo ocorreu com relação ao estresse, sendo que a percepção de suas competências como pais aumentou nos dois grupos, sem diferenciação.

Hoza et al (2003) contribuíram com duas pesquisas, realizadas com dois anos de

intervalo, em que se preocuparam em dimensionar as relações de amizade entre crianças com TDAH e colegas da mesma faixa etária, já que a literatura se referia a ser esse contato muito pobre. Crianças hiperativas, impulsivas e desatentas, com seus comportamentos inusuais, recebem rejeição imediata de seus pares, situação muitas vezes dificilmente reversível.

A primeira pesquisa foi realizada com 209 crianças que faziam um tratamento de verão para TDAH, baseado no modelo multimodal, de caráter intensivo, processando-se em oito semanas, com nove horas de atividades por dia, cinco dias por semana, a fim de especificamente intervir na dificuldade de seus relacionamentos.

As crianças formaram grupos de doze componentes, próximos em idades, com cinco orientadores que trabalharam com o mesmo grupo durante todo o período. A partir da terceira semana do programa, as crianças formaram duplas a fim de promover o desenvolvimento de habilidades para o relacionamento entre iguais.

O assunto é complexo, pois não se trata somente de rejeição, algo que acontece com frequência, mas também da capacidade de estabelecer relação afetiva e solidária, que se transforma em algo valioso nos momentos críticos do desenvolvimento, como na adolescência.

Os resultados indicaram que tanto o comportamento dos pais quanto as características do amigo ou amiga que a criança tenha tido a predisuseram a ter ou não uma relação satisfatória de amizade. Ou seja, as crianças que foram pareadas com as que tinham baixo índice de antisociabilidade e as que possuíam pais presentes, alcançavam ótima qualidade em suas amizades, além de melhorarem nas avaliações feitas por seus professores.

Dois anos depois, o titular da equipe dedicou-se a examinar os resultados sobre o mesmo assunto, ou seja, a dificuldade em se relacionar com seus pares, dessa vez com 285 crianças que participavam do Estudo MTA.

Cruzando os dados obtidos nos vários tipos de tratamentos feitos, quais sejam o combinado comparado à terapia comportamental e cuidados da comunidade, medicação e tratamento combinado, terapia comportamental e cuidados da comunidade, os resultados indicaram que as crianças de todos os grupos permaneciam, ao seu final, significativamente prejudicadas com relação a seus relacionamentos (Hoza et al, 2005).

Wells et al (2006) também destinaram seus estudos para o MTA, para mensurar objetivamente os resultados do tratamento com relação a melhoras na relação entre os pais e suas crianças TDAH, tida como conflituosa. Crianças com TDAH são mais difíceis de obedecerem a ordens, seguir instruções, sustentar a atenção solicitada pela mãe ou pelo pai e, com isso, acabam recebendo, em troca, reações negativas por parte dos pais.

Nessa pesquisa foram recrutadas 579 crianças, com idades entre sete e 9,9 anos,

divididas em quatro grupos para receber 14 meses de intervenções, uso de medicação isolada, terapia comportamental intensiva, combinação de medicação e terapia comportamental intensiva e, quarto, um grupo para comparação, com tratamentos feitos na comunidade.

Os resultados sinalizaram que o tratamento combinado apresentou dados significativos na construção de relações mais saudáveis, embora nenhum deles tenha atuado sobre os comportamentos das crianças em si.

Os chineses Yao-guo, Lin-yan, Qiao-rong e Guang-wen (2005), por sua vez, avaliaram cinco crianças diagnosticadas com TDAH antes e depois de participarem de um treinamento com duração de seis semanas, baseado na aquisição de habilidades autogerenciadas.

Os resultados demonstraram que quatro crianças responderam bem à intervenção, o que foi considerado como um tipo de treinamento adequado a essa população.

Pelham et al (2005) ressaltaram em seu artigo que tanto o uso de medicação quanto tratamentos comportamentais estão baseados em evidências, o mesmo não tendo acontecido com o combinado, medicação e tratamento comportamental, que permaneceu pouco estudado. Assim, parte das 27 crianças com idades entre seis e doze anos que participavam de um tratamento de verão recebeu placebo e outra a medicação, sendo aplicados dois níveis de modificação de comportamento em semanas alternadas. Os dois tratamentos resultaram em efeitos significativos, sendo que o tratamento combinado revelou-se superior ao ministrado isoladamente.

Os pesquisadores também registraram que a medicação, quando usada em baixas doses e acoplada ao tratamento de modificação de comportamento, produz bons resultados.

Bonney (2000), pesquisador alemão, propôs uma abordagem diferenciada, apoiada na psicologia cognitiva, porém associando-a às teorias de sistemas e da linguagem, em que o comportamento é entendido como processo interativo entre os elementos de um sistema. Ou seja, a partir dos conceitos piagetianos de aprendizado sensorial e motor, percebeu-se a criança como tendo seu aprendizado embasado por aferências sensoriais criadas a partir do ambiente.

Dessa maneira, realizou-se um experimento nas quais 46 crianças do ensino fundamental com idade média de 7,8 anos, durante oito sessões, deveriam reagir a um sinal acústico com resposta apropriada ao invés de um comportamento motor expressivo, bem como modificar respostas negativas em positivas, apenas com interações visuais e de toque. A hipótese norteadora do trabalho foi a de que comportamentos TDAH também poderiam ser respostas a partir de estímulos negativos do ambiente, em um sistema de comunicação truncado, que não favoreça aprendizados diferenciados.

A avaliação dos resultados por seus pais foi realizada por telefone, em que lhes eram

feitas perguntas sobre as impressões que tinham de seus filhos, suas características comportamentais e suas performances escolares.

Obtiveram-se, assim, melhoras comportamentais na ordem de 82.6%, com 52.6% com significativo sucesso escolar, o que fez o autor ressaltar a necessidade de maiores discussões das relações e constelações familiares no tratamento de crianças hiperativas.

d) Artigos sobre estudos de caso: 2 referências.

O trabalho de Whitefield-Alexander e Edwards (2009) apresentou um estudo de caso, metodologia que os autores reputam como de muita importância, já que maneira de entender como a intervenção realmente atua na prática e qual o caminho de melhor desenvolvê-la. Os autores criticaram a ênfase excessiva que é dada às pesquisas empíricas controladas e randomizadas, em busca da efetividade dos tratamentos, já que este posicionamento fez com que os estudos de caso passassem a ocupar posição marginal no mundo científico.

Estudo de caso que se deu na África do Sul, no que os autores denominaram de tratamento transcultural, a pretensão foi a de aplicar o modelo de intervenção cognitivo-comportamental desenvolvido no primeiro mundo em pessoas que vivem no terceiro mundo, em uma prática clínica rotineira.

Assim, foram realizadas duas sessões com um menino de nove anos de idade, diagnosticado com TDAH, sendo que seus pais e professores, consideradas pessoas chaves para que os resultados fossem efetivos, fizeram uma sessão, cada um, em que lhes foi fornecido um programa de administração de contingências a ser aplicado à criança. Os resultados alcançados foram significativos tanto após o final do tratamento quanto depois de dois anos de seguimento, não podendo ser atribuídos à remissão espontânea.

Os autores salientaram ser o envolvimento dos pais e professores de importância crucial, o maior fator contribuinte para a efetividade do tratamento em questão.

Yeschin (2000) discutiu em seu trabalho sobre a necessidade de, além de se pesquisar sobre o TDAH, ajudar essas pessoas com relação à qualidade de suas funções intra e interpessoais. Para tanto, aliou conceitos bem diferentes originados de fontes diversas, como o programa multimodal de Barkley, a teoria psicanalítica das relações objetais e as ideias de Bronowski sobre linguagem.

O autor defendeu a posição de que crianças com TDAH recebem mais críticas e rejeição por exigirem paciência dos seus pares devido à sua desconcentração, à dificuldade em serem objetivas e racionais ao se verem diante de alguma mensagem, já que tendem a não saber controlar suas emoções, ao não proporcionarem o tempo devido para que um conteúdo

seja entendido e sobre ele possam ser planejadas ações, inibindo respostas impulsivas. Assim, internalizam esses afetos, introjetando padrões de relacionamentos objetivos deficitários, marcados por angústias.

O autor descreveu dois estudos de caso com resultados significativos, em que se associou um programa estruturado comportamental com duas sessões de grupo por semana, duas sessões familiares por mês e terapia individual quando se mostrou necessário, além de encontros interdisciplinares entre terapeuta e professores.

d) Artigos teóricos: 2 referências.

Lauth e Fellner (2004) realizaram estudo com o objetivo de avaliar impactos específicos das intervenções, entre elas treinamento de atenção para a criança, treinamento social e consultoria a pais e professores, com testagem antes do início do tratamento, durante o processo e após doze meses de seu término.

Ao final da terapia foram encontrados grandes resultados, entre eles a aquisição de comportamentos adequados permanentemente, conforme as avaliações feitas pelos pais.

Somente os professores, após um ano de seguimento, revelaram um efeito médio do tratamento.

Chronis, Jones e Raggi (2006) teceram considerações sobre a necessidade dos tratamentos serem específicos para seus clientes, ou seja, para que crianças compreendam a conexão entre ato e consequência, essa última deve lhes ser apresentada em intervalo de tempo diminuto; punições para adolescentes, para serem efetivas, devem impedir sua liberdade e agir como perda de privilégios.

Analysaram, também, as várias formas de tratamentos disponíveis, perante sua efetividade e evidências, a começar pela medicação, identificando que no mínimo 85% das crianças diagnosticadas com TDAH faziam uso de estimulantes, até mesmo por terem atuação comprovada. Porém, ressaltaram que existem muitas limitações quanto ao fármaco utilizado de forma isolada, até porque cerca de 30% das crianças não respondem bem aos seus efeitos, bem como há indícios de que o transtorno está associado a problemas familiares, área impossível de ser atingida pelo remédio. Sobre as intervenções baseadas nas famílias, os autores esclareceram ser de extrema necessidade esses procedimentos, já que os comportamentos impulsivos que caracterizam o TDAH muitas vezes contribuem para que as relações familiares fiquem prejudicadas e com pouca qualidade.

Pesquisas demonstraram, também, que a parentalidade deficitária é uma das maiores causas de resultados negativos em tratamentos em longo prazo.

Foram dadas instruções aos pais sobre os princípios da aprendizagem social e das técnicas de modificação comportamental, bem como foram capacitados a identificar e manipular as causas e conseqüências das atitudes de suas crianças, monitorando seus comportamentos problemáticos, dando-lhes atenção positiva, premiando-as quando da emissão de comportamentos adequados, entre outros.

As intervenções baseadas nas escolas vieram para solucionar os prejuízos que as crianças tinham em sala de aula, além de interferirem no ritmo do aprendizado dos colegas. Dessa forma, foram fornecidas orientações aos professores através de psicoeducação sobre o transtorno, bem como a utilizarem técnicas comportamentais, como por exemplo, comandos efetivos, saber quando ignorá-los se necessário, premiá-los quando a isso fazem jus. Aqui também estão incluídas as intervenções acadêmicas, a fim de sanar problemas com lições de casa ou treinamento de estratégias para completar provas, por exemplo.

O treinamento em habilidades sociais ainda necessita de maiores pesquisas, mais existe a sugestão de que combiná-lo com treinamento para pais apresenta mais resultados do que treinamento para pais isolado.

Programa de tratamento de verão, realizado em oito semanas, de caráter multimodal, pretende desenvolver os relacionamentos das crianças TDAH com seus iguais, bem como suas interações com os adultos, desempenho acadêmica, além de auto-eficácia.

Os tratamentos combinados entre comportamental e medicação em doses pequenas têm conquistado muita satisfação por parte dos clientes.

4.2.1.2 Abordagem psicodinâmica – foram encontradas seis referências, cinco para estudos de caso e uma para artigo teórico (Gráfico 16, p. 90)

a) Artigos sobre estudos de caso: 5 referências.

Rainwater (2007), em seu extenso trabalho de doutoramento em filosofia, com concentração na área de psicologia clínica, expôs suas preocupações quanto à maneira de se considerar as crianças em nossa sociedade, principalmente as diagnosticadas com TDAH. Isso se deve ao fato de a literatura científica sobre o tema estar ancorada no modelo biológico, por sua vez estabelecido em bases filosóficas materialistas e funcionalistas, sem que haja espaço para a sua associação com causas psicológicas e sociais. Entendendo que não se pode somente perceber o TDAH do ponto de vista biológico, também evidenciou que o oposto, o psicológico, não deve prevalecer, mas sim estender a preocupação não somente quanto à descrição de comportamentos, como também à sua etiologia.

Partindo da abordagem psicanalítica que, por sua vez, é dualista, já que coloca cérebro e mente em instâncias distintas, o autor esclareceu ser muito importante a inclusão de fatores psicogênicos no entendimento do TDAH. Em outras palavras, em se levando em consideração uma forma absolutamente diferente das ciências cognitivas e biológicas de se lidar com o transtorno, já que para ele a existência de conflitos inconscientes e as defesas a eles associadas compõem a explicação sobre o TDAH.

Ressaltando que o transtorno está associado ao significado subjetivo da experiência individual, esclareceu ser este fato algo conhecido pelos psicanalistas há muito tempo, como atestam as leituras de Melanie Klein, Sigmund Freud e Donald Winnicott. Por essa perspectiva, comportamentos inatentos, hiperativos e impulsivos podem significar defesas contra pensamentos, sentimentos e memórias intoleráveis, que aparecem sob forma maníaca, a mesma que, no DSM-IV, está associada à hiperatividade, inatenção e impulsividade.

Rainwater descreveu um encontro que ocorreu em 2002, em que 86 pesquisadores de saúde mental provindos de diversas disciplinas publicaram um documento internacional, no qual, consensualmente, reconheceram a validade e a legitimidade do diagnóstico para TDAH feito pelo DSM-IV e seu caráter de fato científico incontestado. Neste parecer também salientaram que muitos sofrimentos não são evitados por conta dos que reputam ser o TDAH um mito, condição benigna ou fraude veiculada em mídias populares.

O autor destacou que, embora representativos, esses 86 pesquisadores não simbolizavam a totalidade dos que lidavam com o assunto e, dessa forma, não poderiam ignorar todos aqueles que trabalhavam com o TDAH sob outras abordagens e técnicas. Assim, Rainwater questionou, em seu trabalho, a legitimidade e o tipo de ciência que apoiava esse posicionamento, firmemente associada ao uso de medicação como primeiro passo de enfrentamento ao problema.

De forma contundente e mordaz, Rainwater critica os pesquisadores que, de acordo com suas peculiaridades, fizeram com que o TDAH tivesse vários nomes mencionados na literatura científica sobre o tema. A lista começa com transtornos neuropsiquiátricos, de comportamento disruptivo e de aprendizagem, problemas neurocognitivos de inatenção, de função executiva e de inibição comportamental, de auto-regulação associada com o apego aos cuidadores infantis, ou transtorno de desenvolvimento com influências biológicas e ambientais. Ou seja, se os fatores sociais e ambientais são minimizados por esta linha de pesquisa, não há reconhecimento algum de que esses comportamentos possam ter sido influenciados por conflitos inconscientes.

O autor narrou um estudo de caso em que buscou prover cientificamente seus

resultados, não por meio de método experimental, mas sim pelo exploratório, já que o tratamento psicanalítico não é positivista, utilizando-se de outras vias de averiguação, como revisões feitas por colegas, busca de suporte teórico, supervisões clínicas e discussões em grupo, não sendo possível equacionar os ganhos do tratamento por via de métodos estatísticos de validações.

Nos resultados apresentados em seu estudo de caso, a terapia psicanalítica e a psicanálise são recomendadas como opções importantes de tratamentos para crianças diagnosticadas com TDAH.

Leuzinger-Bohleber, Fischmann, Göppel, Lazer e Waldung (2008) iniciaram o seu artigo relevando o fato de ser o TDAH tema controverso dentro da história da psiquiatria infantil, em relação às suas causas, modelos explicativos, tratamentos.

Também destacaram o pouco envolvimento de psicanalistas nesse debate.

As autoras relataram dois estudos de caso onde os pacientes foram tratados através do *Estudo Preventivo Frankfurt*, realizado com o apoio do Instituto de Tratamentos Psicanalíticos para Crianças e Adolescentes, na mesma cidade, baseado na psicanálise e discursos interdisciplinares.

Esse estudo foi pesquisa ampla, com número de sujeitos bastante significativo, dois grupos com 500 crianças, um de controle, em que a hipótese era a de que dois anos de um programa preventivo e interventivo psicanalítico, não farmacológico, iria resultar em diminuição significativa de distúrbios psicossociais quando as crianças entrassem para o primeiro ano do ensino fundamental. O foco era sobre os comportamentos agressivos comuns às crianças com TDAH em situação social.

Para as autoras, o entendimento psicanalítico sobre o transtorno pressupõe que possa ter havido alguma ocorrência cerebral que trouxe algum tipo de lesão, até devido ao próprio nascimento, emoções precoces da criança que foram negligenciadas, famílias traumatizadas, por exemplo, quando são refugiadas, ou a falta de consonância entre a cultura familiar da criança e o lugar em que vive, algo comum aos países europeus, o fato de crianças potencialmente talentosas não terem sido devidamente estimuladas quando no início de seu desenvolvimento em creches e jardins da infância, problemas de temperamento que a criança possa ter tido com quem dela primeiro cuidou, bem como o fato da criança crescer convivendo com a depressão materna.

O programa consistiu em vários componentes comuns à psicanálise, como supervisão das equipes, fortalecimento da competência profissional dos professores para entender e lidar com crianças consideradas como de difícil trato, programa educativo semanal realizado

individualmente com cada criança e também em grupo, com a inclusão de uma intervenção de prevenção à violência, terapia psicanalítica com a criança, mas sempre incluindo seus pais, para os casos graves, cursos educacionais e orientações aos pais. A colaboração com médicos, pediatras e profissionais de saúde mental foi de vital importância.

Os resultados demonstraram que problemas precoces na regulação de afeto da criança, respeitadas as suas singularidades, levaram-nas a terem seus comportamentos atribuídos ao TDAH. Daí ser tão importante, para as pesquisadoras, o envolvimento de psicanalistas no assunto em discussão, já que conhecedores da complexidade dos traumas, além de outros transtornos do desenvolvimento e de seus tratamentos.

Nos dois casos, as autoras concluíram ser inequívoca a contribuição da psicanálise, pois o tratamento trouxe sustentação psíquica e mudanças psicossociais nos dois casos.

Dammasch (2003), por sua vez, também relatou dois estudos de caso, o primeiro de uma menina que havia desenvolvido hiperatividade como sintoma reativo ao trauma da morte do pai, o segundo de um menino com diagnóstico dado por um psiquiatra. Em ambos, as interpretações dos padrões do TDAH em interação com a história de vida das crianças, propiciaram que fosse elaborado o complexo psicodinamismo do transtorno.

Chavis (2008) trouxe sua experiência no tratamento de TDAH em uma clínica médica, com atendimento a crianças de cinco a dezoito anos, muitas de origem familiar de baixo poder econômico, em que provocou mudanças na forma de se atender a essa população.

Baseando-se em um modelo humanista de entender a criança e sua família com olhar compreensivo, integrou aos conhecimentos psicodinâmicos os provindos de outras áreas. Absorveu a metodologia cognitivo-comportamental e suas conceituações sobre os processos intrapsíquicos, ou seja a cognição e as respostas emocionais, a comportamental e seus processos interpessoais estabelecidos sobre padrões de comportamento, da neurolinguística as técnicas que propiciam que se atinja a resolução dos problemas e o desenvolvimento dos recursos para resolvê-las. Mas privilegiou a possibilidade de, por meio da psicoterapia psicodinâmica, haver a descoberta de dimensões desconhecidas do si mesmo. Relatando cinco estudos de caso com resultados expressivos, considerou que a estrutura complexa do TDAH é estabelecida pelo estresse que as competências requeridas pela escola, família e sociedade exigem.

O autor sugeriu alguns focos para se lidar com a questão, como por exemplo o que ajuda a família e suas crianças a lidarem com os estressores que lhes são comuns. A terapia é focada na fala de seus pacientes.

Markestijn (2004), em seu artigo, enveredou pela perspectiva da psicologia dos

arquétipos junguianos, a fim de trazer acréscimos para o TDAH ao explorar o valor e o significado de uma abordagem psicológica profunda para o seu diagnóstico e tratamento.

A questão norteadora da pesquisa que fez, exposta a partir de um estudo de caso, relacionou-se com o sistema social em que os sintomas de TDAH são manifestados, tal como escola e família, que de alguma forma impedem crianças e adultos de se concentrarem.

Atestando que essa vertente tem sido esquecida pela literatura existente sobre o assunto, a autora também esclareceu que a prevalência desse tipo de transtorno em nossa cultura indica um aspecto da sociedade que inerentemente busca se livrar do lado sombrio da personalidade.

Em uma perspectiva que denominou como sendo mitopoética, possível de ser feita perante a abordagem junguiana, associou os valores culturais com o arquétipo de Apolo, deus do equilíbrio e da razão que, por sua vez, rejeita e desvaloriza todo aquele que se assemelha ao seu oposto, Dionísio, o que reina sobre a insanidade, mais conhecido na contemporaneidade por seu nome romano, Baco, associado a bebidas e orgias. Assim, crianças TDAH são dionisiacas, marcadas por uma natureza aparentemente caótica, com energia cíclica e egos psicologicamente abertos à solta criatividade.

b) Artigos teóricos: 1 referência.

Jones (2002) apresentou artigo crítico sobre a maneira de se entender e tratar o TDAH, que somente privilegia a listagem de sintomas e o treinamento social para a criança estar bem adaptada, porém esquece de ouvi-la e a seus sentimentos e angústias. Dessa forma, há desconsideração sobre alguns fatos que já foram comprovados cientificamente, como é o caso da atuação do inconsciente sobre a consciência, ou seja, pensamentos, sentimentos e atitudes são afetados pela mesma dinâmica da expressão dos sintomas.

O autor discorreu sobre o contexto cultural contemporâneo, pragmático e apoiado em teorias e investigações empíricas, que não favorecem a psicoterapia que se baseia na busca de significados, que demanda maior duração de tempo e que está atrelada à ideologia do ser. Ou seja, com as terapias em curto prazo se obtêm a redução ou eliminação das características indesejadas, porém não a compreensão sobre os fenômenos que as originam e as mantiveram até ali, o que acontece quando se tem um entendimento profundo sobre si mesmo.

Para o autor, o que essas crianças precisam é de um terapeuta empático tanto em sua compreensão do caso quanto em sua interpretação, com o qual elas possam se mirar e, através da relação afetiva que estabeleçam, interiorizar esses sentimentos e, assim, aprender a regulá-los. O diagnóstico também foi posto em questão, pois no entender do pesquisador ele não é

capaz de distinguir entre crianças que possuem verdadeiramente um déficit em seu neurodesenvolvimento das que têm embates com seus conflitos conscientes e inconscientes, seus traumas e/ou seus problemas familiares.

O conhecimento científico revelou que a aquisição afetiva é processo que se dá por meio da aprendizagem e da identificação, algo que não se conquista plenamente quando os cuidadores da criança têm problemas com sua própria expressão afetiva.

Assim, embora ressaltando ser a terapia para TDAH muito difícil, já que existe muita ambivalência de sentimentos e dinâmicas problemáticas, ajuda-se mais efetivamente essas crianças dessa forma do que ao considerá-las como cérebros defeituosos que necessitam de reparos medicamentosos e da terapia comportamental estabelecida a partir de treinamentos.

Por fim, o autor considerou que a conceitualização de sintomas em um modelo biológico reducionista implica não propiciar oportunidade de entender a causa, manutenção e significado do TDAH.

♦ **Quantificação geral** do número de sujeitos, tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas, área de estudo dos periódicos, países e distribuição anual das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica.

Esses parâmetros encontram-se representados nos gráficos 17, 18, 19, 20 e 21 (p. 90–92).

Gráfico 15 – Número de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: PsycINFO. Descritores: *ADHD* x *Psychological treatment*.

Gráfico 16 – Tipos de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: PsycINFO. Descritores: *ADHD x Psychological treatment*.

Gráfico 17 – Número de sujeitos sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: PsycINFO. Descritores: *ADHD x Psychological treatment*.

Gráfico 18 – Tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: PsycINFO. Descritores: *ADHD x Psychological treatment*.

Gráfico 19 – Área de concentração dos periódicos das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: PsycINFO. Descritores: *ADHD x Psychological treatment*.

Gráfico 20 – Países envolvidos nas publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: PsycINFO. Descritores: *ADHD x Psychological treatment*.

Gráfico 21 - Distribuição anual das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: PsycINFO. Descritores: *ADHD x Psychological treatment*

4.2.2 Descritores: *ADHD x PSYCHOTHERAPY* – sob esses descritores foram localizadas

591 referências para tratamentos que, após triagem guiada por protocolo para este estudo específico, resultaram em 22 estudos, doze sob as abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, sete sob a psicodinâmica e três sistêmicas (Gráfico 22, p. 100).

4.2.2.1 Abordagens comportamental e cognitivo-comportamental – Foram localizadas 12 referências, três revisões analíticas, oito pesquisas empíricas e um artigo teórico (Gráfico 23, p. 101).

a) Artigos de revisão analítica: 3 referências.

McNicholas (2000) trouxe, em seu artigo, informações sobre o transtorno, evidenciando os avanços que se teve em termos de validade diagnóstica, reconhecimento dos diferentes subtipos e a ocorrência de comorbidades, além das opções de tratamentos. Para casos excepcionais, previu o acréscimo de investigações adicionais e uso de testes neuropsicológicos.

Em seu artigo referenciou o tratamento multimodal, que associa medicação, terapia comportamental e melhor manejo escolar, com revisões periódicas para que as respostas continuem a ser as melhores, e os efeitos adversos permaneçam os mínimos.

Stubbe e Weiss (2000) escreveram revisão que também apontou para o mesmo modelo de tratamento, o multimodal, como o mais aconselhado em termos de eficácia e custo-benefício, visto ser o TDAH, em suas análises, um complexo neuropsiquiátrico que requer não somente a melhora em seus sintomas, como também intervenções sobre várias áreas em que podem ocorrer muitos prejuízos funcionais, como conflitos familiares e dificuldades escolares.

Bridglal (2003) apresentou revisão analítica sobre os estudos que foram baseados em evidências na linha cognitivo-comportamental para os tratamentos infantis de transtorno de conduta, de ansiedade, depressão e, por último TDAH.

Seus resultados mostraram que a terapia cognitivo-comportamental, isoladamente, parece ser mais efetiva para os transtornos não expressos.

As crianças TDAH usualmente apresentam maiores dificuldades para serem tratadas.

b) Artigos sobre pesquisas empíricas: 8 referências.

Froehlich, Doepfner e Lehmkuhl (2002) demonstraram a efetividade da abordagem cognitivo-comportamental na combinação de tratamento cognitivo-comportamental para 18 crianças, com foco nas habilidades acadêmicas e nos problemas de conduta.

O treinamento para pais, realizado em sequência, buscou aumentar suas habilidades no manejo de comportamentos agressivos e opositores.

Foram realizadas duas medições, uma na quarta semana de tratamento, com exclusão do realizado com os pais e, a segunda, ao final das doze semanas de tratamento, composto de seis semanas de cognitivo-comportamental e seis semanas de treinamento para pais.

Os resultados indicaram significativa e generalizada redução nos sintomas do TDAH, problemas de conduta e com lições de casa, sendo que o treinamento para pais alcançou pontuações ainda melhores quanto aos sintomas. O estudo é finalizado com a orientação de que a terapia comportamental pode ser um promissor componente para o tratamento de TDAH, sendo o treinamento para pais um importante colaborador nos casos em que as crianças tenham problemas para se autodirecionar.

Hansen, Meissler e Ovens (2000) enveredaram pela terapia do brincar em grupo para 30 crianças com TDAH, em tratamento especialmente formatado para seus sintomas, a partir das teorias de aprendizagem social e de atribuições, esta última pertencendo à psicologia social. Nesse processo, o humano estabelece inferências interpretativas sobre as relações causais entre os fenômenos de sua vida.

O modelo utilizado é o da psicoeducação, na aquisição de habilidades sociais e de comunicação.

Os resultados apresentados revelaram o impacto positivo explicitado através de aumento da autoestima, o que permitiu que também fossem melhoradas a habilidade em se adequar a comportamentos socialmente aceitos.

Pesquisa similar foi realizada em 2006 por Muro, Ray, Schottelkorb, Smith e Blanco, em que 23 crianças foram identificadas por seus professores como exibindo dificuldades comportamentais e emocionais.

O tratamento, considerado longo, já que realizado em 32 sessões, baseava-se também no brincar, tendo seus resultados mensurados em seu início, após 16 e 32 sessões.

Os dados foram estatisticamente relevantes em termos de melhoras durante todo o período do tratamento.

Cui, Yufeng e Xilin (2003) demonstraram os efeitos de uma terapia baseada no treinamento de habilidades sociais, sob o ponto de vista da integração cognitiva, em 12 crianças com TDAH por um período de oito semanas.

Após mensuração sob várias escalas, todos os escores apontaram para bons resultados, resultando na afirmação de que pode ser terapia de muita ajuda.

Os próximos quatro artigos foram publicados em um mesmo número de uma revista

científica, no ano de 2004, sendo suas pesquisas conduzidas por elementos da mesma equipe, embora com variações em seus objetivos.

O tratamento se deu em um período de dois anos, sendo que dele fizeram parte 103 crianças com idades de sete a nove anos que não apresentavam problemas de condutas nem de aprendizagem.

As crianças foram divididas em três grupos, o primeiro com o uso somente da medicação, ao segundo acrescentando-se o tratamento psicossocial (constando de treinamento para pais e aconselhamento, treinamento de habilidades sociais, psicoterapia e assistência acadêmica) e o terceiro com a medicação associada a uma atenção psicossocial para funcionar como grupo comparativo.

Abikoff et al (2004) chegaram aos resultados de que o tratamento combinado não provocou um funcionamento superior ao uso do medicamento isolado, nem facilitou a sua descontinuação. Todavia, nos três grupos ocorreram significativas melhoras que permaneceram pelo período de mais dois anos.

Dessa forma, os pesquisadores esclareceram que, em crianças com TDAH que demonstraram boas respostas à medicação, não há suporte de pesquisa que endosse o que denominam de ambicioso tratamento em longo prazo de caráter psicossocial, sendo que os benefícios do metilfenidato permaneceram estáveis também por dois anos.

Já Klein, Abikoff, Hechtman e Weiss (2004), após a aplicação de questionários e escalas nas crianças, pais, professores e psiquiatras, sessões de observação na escola e em aulas de ginástica e aplicação de testes cognitivos, chegou à conclusão de que um abrangente tratamento psicossocial com duração de dois anos foi muito bem sucedido com crianças com TDAH e suas famílias.

Hechtman, Abikoff, Klein, Greenfield et al (2004), por sua vez, mediram o quanto pais e filhos usufruem com os tratamentos ministrados, aplicando questionários para obter o conhecimento dos pais de crianças TDAH sobre os princípios de sua parentalidade, bem como comportamentos negativos e positivos que tinham em função dos filhos. As crianças também responderam sobre o que pensavam sobre o comportamento parental.

Seus dados demonstraram que os efeitos do tratamento psicossocial foram significativamente melhores quanto ao conhecimento dos pais sobre suas funções, mas não provocou mudanças detectáveis quanto às práticas parentais, nem pelas crianças, nem pelos próprios pais. Porém, as mães com posturas negativas obtiveram grandes ganhos que se mantiveram após o término do tratamento.

Em suas conclusões, os cientistas avaliaram que o treinamento para pais não melhorou

a autoavaliação do comportamento dos mesmos, além de que os benefícios rápidos do tratamento estimulante com relação ao comportamento parental negativo se mantiveram com o prolongamento de seu uso.

Em outro artigo, Hechtman, Abikoff, Klein, Weiss et al (2004) realizaram pesquisa com o intuito de analisar os efeitos dos tratamentos com relação ao desempenho acadêmico, avaliação por parte de seus pais sobre as lições de casa da criança, auto-avaliações sobre depressão e autoestima.

Os resultados obtiveram a informação de que nas três intervenções ocorreram melhoras significativas que se mantiveram por dois anos, sendo que não foi encontrada nenhuma vantagem sobre qualquer medida de atuação acadêmica ou estado emocional para o tratamento combinado sobre a medicação isolada, ou sobre a medicação somada ao grupo de comparação. Ou seja, não há suporte científico para que sejam consideradas como proveitosas a assistência acadêmica e a psicoterapia, em termos de melhoras escolares ou ajustamento emocional.

c) Artigos teóricos: 1 referência.

O artigo de Jacobs e Petermann (2005) discorre sobre o TDAH indicando a prevalência variando de 1 a 3% até 16%, dependendo do método em que foi classificada, com seu diagnóstico também estabelecido por questionários respondidos por pais e professores, a partir de observações feitas no comportamentos das crianças.

Inserido na abordagem neuropsicológica em associação com a terapia comportamental, introduziram uma nova técnica ao transtorno, através de um programa de treinamento denominado *Attentioner*, que visou a combinação da terapia neuropsicológica com a comportamental.

O programa não fez uso da medicação, dizendo ser efetivo para os que têm déficit de atenção seletiva.

4.2.2.2 Abordagem psicodinâmica – Foram selecionadas, a partir do protocolo estabelecido, sete referências, quatro estudos de caso e três artigos teóricos (Gráfico 23, p. 101).

a) Artigos sobre estudos de caso: 4 referências.

Bürgin e Steck (2007) esclareceram que a pesquisa na literatura de abordagem psicanalítica para o tema apontou para distúrbios no desenvolvimento infantil, em suas relações objetais que implicam na regulação de afetos e nas funções egóicas, o trauma infantil

da perda de objeto e conflitos psíquicos. Dessa forma, os sintomas do TDAH não podem, de forma alguma, ser generalizados, nem em sua etiologia nem em sua patologização, já que seus fatores são múltiplos.

Sua manifestação se dá na forma de conflitos intrapsíquicos no nível da autorepresentação ou da representação das relações do *self* com o outro, caracterizada por uma insuficiente continência na função de acolhimento e provisão, denominada por Winnicott de *holding* (1990).

Ao relatarem um estudo de caso de um menino de dez anos de idade, diagnosticado com TDAH, notaram que já em sua primeira entrevista com seu terapeuta analítico a criança demonstrou capacidade de falar sobre seus problemas e experiências intrapsíquicas. Seu tratamento, assim, deu-se de acordo com as formas de relacionamento que ele expressava, como autoestima reduzida, agressividade narcísica e impulsividade motora, sendo a transferência e contratransferência caracterizadas como movimentos de identificações projetivas e introjetivas. Salientaram a necessidade de maiores pesquisas na área do tratamento psicanalítico.

Xu, Zhang e Zhang (2008) trouxeram outro estudo de caso de um menino com dez anos de idade, mas a intervenção da qual fizeram uso, também de cunho analítico, foi a da caixa de areia (*Sandplay Therapy*). O tratamento consistiu em 24 sessões individuais acrescidas de quatro sessões realizadas em família, com o mesmo procedimento, em um período de tempo de treze meses.

A ideia propagada por seus autores é a de que este instrumento permite a promoção e reconstrução do desenvolvimento da personalidade de crianças com TDAH e, como consequência, produz efeitos significativos em seus sintomas, em seu ajustamento à escola e nas relações entre pais e filhos.

A afirmação é de que esta psicoterapia é efetiva para crianças TDAH, por conta de características específicas que ocorrem entre os processos terapêuticos e a caixa de areia.

Fricke e Streeck-Fischer (2006), por sua vez, referem-se a um menino de onze anos de idade que havia sido tratado durante muitos anos com metilfenidato e terapia comportamental, mas que apresentava expressivas dificuldades de atenção e cognição, além de comprometimento sensoriomotor. A partir de psicoterapia individual com aporte psicanalítico, foi possível ele desenvolver mecanismos de autoregulação, como também elaborar o sentimento de que o terapeuta não sucumbia aos seus ataques, como provavelmente acontecia com as pessoas que o rodeavam. Ao sustentar-se e sobreviver, criou a alteridade necessária que estabeleceu os limites entre o eu e o outro.

O artigo de Staufenberg (2008) foi crítico com o que chama de imaginário corpo de

conhecimentos sobre o TDAH, apoiado na presunção médica e fisiológica de um transtorno funcional no sistema dopaminérgico.

Denunciando que esse posicionamento implicou na desconsideração da situação psicodinâmica da criança, pois seus conflitos, ansiedades e inconsciente ficaram em segundo plano, propôs mudanças necessárias nas técnicas de tratamentos ofertadas.

O autor descreveu uma psicoterapia psicanalítica de longa duração, onde ilustrou as configurações centrais do paciente e as mudanças obtidas em seu desenvolvimento durante seu processo terapêutico.

A abordagem se baseia nas desordens no relacionamento mãe-bebê, além do papel significativo que a figura do pai possui, já que sua ausência se estabelece como *fome de pai*, principalmente no desenvolvimento de meninos, mais facilmente diagnosticados como TDAH.

b) Artigos teóricos: 3 referências.

Cantor (2000) não pretendeu discutir o valor da medicação nem tampouco o da psicoterapia individual. Somente esclareceu que o fármaco, embora recomendado, nem sempre faz frente à problemática do adolescente TDAH, que está centrada na questão do desenvolvimento da identidade.

O pesquisador utilizou a leitura de Erik Erikson sobre o desenvolvimento da identidade no mundo emocional do adolescente que tanto pode se dar de forma tranqüila, gerando, ao seu final, sentimentos de confiança e segurança, quanto acontecer o oposto. Nesse último caso, ou seja, quando essa fase de vida se faz acompanhar por muitos conflitos, o resultado é um adolescente inseguro, que pode experimentar sentimentos de vergonha, ansiedade e raiva.

Em se tratando do TDAH, muitas das respostas que adolescentes obtêm por parte das pessoas com quem se relacionam possuem carga crítica e de rejeição, o que acaba comprometendo o julgamento que eles possam fazer de si mesmos.

Na psicoterapia em grupo há como se vivenciar essa crise de identidade de forma ao jovem sentir que pertence a um grupo ao qual está filiado, podendo expressar-se entre seus iguais de modo a que recupere o seu crescimento emocional e sua própria identidade.

Streeck-Fischer e Fricke (2007) criticaram o modelo biomédico psiquiátrico e suas características de diagnóstico dimensional, deficiência da dopamina, desordens genéticas ou do desenvolvimento neuronal. Os autores esclareceram que a literatura aponta para alguns fatores de risco específicos encontrados em crianças com TDAH e que estão vinculados à idade precoce e à relação com seu cuidador, que podem vir a ser os deflagradores de

determinadas expressões genéticas. A partir da psicoterapia com orientação psicodinâmica pode-se fornecer a essa criança a possibilidade de desenvolvimento de seus processos regulatórios e simbolização dos pedidos de ajuda, entre outros.

Portrie-Bethke, Hill e Bethke (2009) trouxeram a técnica do brincar embasada na teoria de Adler (*Adlerian play therapy*), associada a um programa abrangente de orientação às crianças com TDAH e seus pais (*Adventure-Based Counseling, ABC*), ancorada no trabalho em grupo. O processo se dá em quatro fases, com o início a partir da construção de uma relação igualitária entre os componentes do grupo, seguindo pela exploração de seus estilos de vida e, terceiro momento, a compreensão dos mesmos por meio da criação de hipóteses. A quarta e última fase é a de reorientação e reeducação, onde se irão fortalecer os resultados conquistados durante o tratamento.

Fazendo uso de variadas técnicas criadas especialmente para o programa, o objetivo final é o de transformar a força despendida nos comportamentos negativos manifestados pelas crianças, em adaptação à vida cotidiana e seus estressores. Por meio do brincar, são explorados os equívocos das crianças quanto aos objetivos a serem alcançados, sua habilidade para buscar sentido às suas atitudes, bem como seus sentimentos de culpa.

A psicoterapia é estabelecida a partir de uma perspectiva diretiva, ou seja, as ações são orientadas e dinâmicas, convertendo-se no que os autores classificaram como um modelo criativo a ser aplicado a essas crianças, o que vem a exigir uma mudança no paradigma que a conduza além do uso da medicação psicotrópica.

4.2.2.3 Abordagem sistêmica – foram selecionados três artigos, um de metanálise, um empíricos e um de estudo de caso (Gráfico 23, p. 101).

a) Artigos de metanálise: 1 referência.

Von Sydow, Beher, Schweitzer-Rothers e Retzlaff (2006) realizaram metanálise sob o tema da terapia familiar sistêmica, que os autores reputam como tratamento com validade científica aplicado em muitos países europeus, não somente na Alemanha, país de origem da pesquisa, além dos Estados Unidos.

Foram analisadas as publicações em língua inglesa, alemã ou espanhola, com a obtenção de 47 selecionados conforme protocolo estabelecido.

Os resultados, obtidos a partir de testagem superior a cinco anos após sua finalização, apontaram para a evidência da eficácia da abordagem em diversos transtornos e sintomas, não somente TDAH, como o alimentar, de substância, depressão, entre outros.

b) Artigos sobre pesquisas empíricas: 1 referência.

Saile e Forse (2002) narraram uma pesquisa comparativa feita na Alemanha com 24 crianças diagnosticadas com TDAH, com média de idade de 10,8 anos, em que um grupo de doze crianças e seus pais receberam tratamento familiar por meio da abordagem sistêmica, enquanto em outro grupo, também de doze crianças e seus pais, utilizou-se a abordagem comportamental.

O procedimento teve a duração de 18 sessões, com testes aplicados em seu início e ao seu final, sendo que ambas as intervenções, nos resultados, mostraram-se eficientes quanto à significativa diminuição da sintomatologia conforme classificação obtida com seus pais e professores.

Mais especificamente, diferentes efeitos foram encontrados nas diversas abordagens, como por exemplo, na comportamental, houve aumento na atitude das mães de reforçarem positivamente aos seus filhos, sendo que na sistêmica ocorreu crescimento na autonomia individual das crianças.

c) Artigos sobre estudos de caso: 1 referência.

Labauve (2003) trouxe o estudo de três casos em que se aplicou a teoria sistêmica familiar associada à teoria de apego desenvolvida pelo psicanalista inglês Bowlby, autor que buscou unir a etologia com a psicologia para o entendimento humano

Baseando-se em pesquisas que atestam resultados efetivos na utilização da terapia familiar ao transtorno, o autor buscou na teoria do apego a explicação para os comportamentos das crianças diagnosticadas com TDAH.

Assim, as primeiras experiências que bebês têm com seus cuidadores são as que irão modelar os seus relacionamentos futuros, já que relações de apego são mecanismos básicos, primitivos e biológicos com função de manter o ser com sentimentos de estabilidade e segurança, fundamentais para a conquista de sua autonomia.

É através do padrão desses primeiros cuidados que a criança estabelecerá suas identificações futuras, base dos relacionamentos afetivos, bem como a sua própria forma de perceber o mundo em que vive.

Ao associar esse entendimento do humano com a visão sistêmica familiar, Labauve trouxe a leitura circular, e não linear, dos sintomas de crianças TDAH, em que tais atitudes geram respostas coercivas por parte dos adultos, reforçando a insegurança nos vínculos entre essas e seus pais.

Por meio do estudo de três casos clínicos bem sucedidos, o autor mostrou ser este tipo

de tratamento uma alternativa viável para o problema.

♦ **Quantificação geral** do número de sujeitos, tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas, área de estudo dos periódicos, países e distribuição anual das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, psicodinâmica e sistêmica.

Esses parâmetros encontram-se representados nos gráficos 24, 25, 26, 27 e 28 (p. 101-102).

Gráfico 22 – Número de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, psicodinâmica e sistêmica. Fonte: PsycINFO. Descritores: *ADHD x Psychotherapy*.

Gráfico 23 – Tipos de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, psicodinâmica e sistêmica. Fonte: PsycINFO. Descritores: *ADHD x Psychotherapy*.

Gráfico 24 – Número de sujeitos sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, psicodinâmica e sistêmica. Fonte: PsycINFO. Descritores: *ADHD x Psychotherapy*

Gráfico 25 – Tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica e sistêmica. Fonte: PsycINFO. Descritores: *ADHD x Psychotherapy*.

Gráfico 26 – Área de concentração dos periódicos das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Fonte: PsycINFO. Descritores: *ADHD x Psychotherapy*.

Gráfico 27 – Países envolvidos nas publicações das pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, psicodinâmica e sistêmica. Fonte: PsycINFO. Descritores: *ADHD* x *Psychotherapy*

Gráfico 28 – Distribuição anual das publicações das pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, psicodinâmica e sistêmica. Fonte: PsycINFO. Descritores: *ADHD* x *Psychotherapy*

♦ **Identificação geral** dos anos das pesquisas selecionadas, dos autores, país de procedência do pesquisador titular, nome e país da publicação, bem como a caracterização das mesmas quanto à área de concentração, início de circulação, periodicidade e número de artigos publicados da fonte PsycINFO (quadros 3 e 4, p. 103-106).

Quadro 3 – Relação dos anos das pesquisas publicadas presentes no Banco de Dados PsycINFO, dos autores, país de procedência do pesquisador titular, nome e país da publicação.

Ano	Nome dos pesquisadores e procedência institucional do titular.	País origem do titular	Nome da publicação	País da publicação
2000	Bonney, H. - <i>Prática privada</i>	Alemanha	Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr (Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie)	Alemanha
2000	Cantor, D. – <i>Diagnostic Learning Ctr & Family Counseling (Assoc. filantrópica).</i>	Estados Unidos	Journal of Psychotherapy in Independent Practice	Estados Unidos
2000	Hansen, S., Meissler, K., Ovens, R. – <i>Departamento Família e Unidade da Criança, Ulster County Mental Health (Governamental).</i>	Estados Unidos	J Child & Adolescent Group Therapy	Estados Unidos
2000	McNicholas, F. - <i>Departamento de Psiquiatria Infantil, Universidade Columbia</i>	Estados Unidos	Irish Journal of Psychological Medicine	Irlanda
2000	Stubbe, D., Weiss, G. – <i>Departamento de Psiquiatria, Universidade Yale.</i>	Estados Unidos	Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North América	Estados Unidos
2000	Yeschin, N. J. – <i>Prática privada – Centro para Transtornos de Atenção.</i>	Estados Unidos	Child & Adolescent Social Work Journal	Estados Unidos
2002	Döpfner, M., Lehmkuhl, G. – <i>Clínica, Policlínica, Psiquiatria e Psicoterapia para crianças, Universidade da Colônia.</i>	Alemanha	Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr (Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie)	Alemanha
2002	Froehlich, J., Doepfner, M., Lehmkuhl, G. - <i>Clínica e Policlínica para Crianças e Adolescentes, Universidade de Colônia</i>	Alemanha	Behavioural and Cognitive Psychotherapy	Estados Unidos
2002	Jones, J. D. - <i>Prática particular</i>	Estados Unidos	Psychotherapy: theory, research, practice, training	Estados Unidos
2002	Lehner-Dua, L. L. – <i>Universidade Hofstra</i>	Estados Unidos	Dissertation Abstracts Internacional	Estados Unidos
2002	Saile, H., Forse, I. – <i>Universidade Trier, Psicologia.</i>	Alemanha	Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie	Alemanha
2003	Bridglal, S. A. - <i>A.P.C. Associazione di Psicologia Cognitiva di Roma, Italian Home for Children di Boston</i>	Estados Unidos	Psichiatria e Psicoterapia	Estados Unidos
2003	Cui, L., Yufeng, W., Xilin, W. – <i>Instituto de Saúde Mental, Universidade Peking.</i>	China	Chinese Mental Health Journal	China
2003	Dammasch, F. - <i>Prática privada</i>	Alemanha	Analytische Kinder – und Jugendlichenpsychotherapie	Alemanha
2003	Hoza, B., Mrug, S., Pelham, W. E. Jr., Greiner, A. R., Gnagy, E. M. - <i>Departamento de Ciências Psicológicas, Universidade Purdue</i>	Estados Unidos	J Attention Disorders	Estados Unidos
2003	Labauve, B. K. - <i>Universidade Estadual de Tarleton</i>	Estados Unidos	Journal of Systemic Therapies	Estados Unidos

Ano	Nome dos pesquisadores e procedência institucional do titular.	País origem do titular	Nome da publicação	País da publicação
2003	Liu, C., Wang, Y., Wang, X. - <i>Instituto de Saúde Mental, Universidade Perkins</i>	China	Chinese Mental Health Journal	China
2003	Root, R. W. II, Resnick, R. J. - <i>Prática privada.</i>	Estados Unidos	Prof Psychol Res Pr (Professional Psychology: Research and Practice)	Estados Unidos
2004.	Abikoff, H., Hechtman, L., Klein, R. G., Wess, G., Fleiss, K., Etcovitch, J., Cousins, L., Greenfield, B., Martin, D., Pollack, S. - <i>Centro de Estudo da Criança, Universidade New York.</i>	Estados Unidos	J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry)	Estados Unidos
2004	Hechtman, L., Abikoff, H., Klein, R. G., Greenfield, B., Etcovitch, J., Cousins, L., Fleiss, K., Weiss, M., Pollack, S. - <i>Centro de Estudo da Criança, Universidade New York.</i>	Estados Unidos	J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry)	Estados Unidos
2004	Hechtman, L., Abikoff, H., Klein, R. G., Weiss, G., Resnitz, C., Kouri, J., Blum, C., Greenfield, B., Etcovitch, J., Fleiss, K., Pollack, S. - <i>Centro de Estudo da Criança, Universidade New York.</i>	Estados Unidos	J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry)	Estados Unidos
2004	Klein, R. G., Abikoff, H., Hechtman, L., Weiss, Gabrielle - <i>Centro de Estudo da Criança, Universidade New York.</i>	Estados Unidos	J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry)	Estados Unidos
2004	Lauth, G. W., Fellner, C. - <i>Faculdade de Educação Especial, Universidade de Colônia</i>	Alemanha	Kindheit und Entwicklung	Alemanha
2004	Markesteyn, M. J. - <i>Instituto de Graduação Pacífica.</i>	Estados Unidos	Dissertation Abstracts International	Estados Unidos
2005	Hoza, B., Gerdes, A. C., Mrug, S., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Conners, C. K., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Jensen, P. S., Kraemer, H. C., March, John S., Newcorn, J. H., Severe, Joanne B., Swanson, J. M., Vitiello, B., Wells, K. C., Wigal, T. - <i>Departamento de Psicologia, Universidade de Vermont</i>	Estados Unidos	J Clin Child Adolesc Psychology (Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology)	Estados Unidos
2005	Jacobs, C., Petermann, F. - <i>Centro de Clínica Psicológica e Reabilitação, Universidade Bremen.</i>	Alemanha	Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin	Alemanha
2005	Pelham, W. E., Burrows-MacLean, L., Gnagy, E. M., Fabiano, G. A., Coles, E. K., Tresco, K. E., Chacko, A., Wymbs, B. T., Wienke, A. L., Walker, K. S., Hoffman, M. T. - <i>Universidade Estadual de Nova York em Buffalo.</i>	Estados Unidos	Exp Clin Psychopharmac (Experimental and Clinical Psychopharmacology)	Estados Unidos
2005	Yao-guo, G., Lin-yan, S., Qiao-rong, S., Guangwen, H. - <i>Instituto de Saúde Mental, Second Xiangya Hospital, Central South University</i>	China	Chinese Journal of Clinical Psychology	China
2006	Chronis, A. M., Jones, H. A., Raggi, V.L. - <i>Universidade de Maryland, College Park</i>	Estados Unidos	Clin Psychol Rev (Clinical Psychology Review)	Estados Unidos
2006	Fricke, B., S-F., A. - <i>Psicoterapia e Medicina Psicossomática, Hospital NLKH.</i>	Alemanha	Psychotherapeut	Alemanha
2006	Muro, J., Ray, D., Schottelkorb, A., Smith, M. R., Blanco, P. J. - <i>Texas Woman University</i>	Estados Unidos	International Journal of Play Therapy	Estados Unidos
2006	von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer-Rothers, J., Retzlaff, R. - <i>Instituto Psychologisches, Universidade de Hamburgo.</i>	Alemanha	Psychotherapeut	Alemanha

Ano	Nome dos pesquisadores e procedência institucional do titular.	País origem do titular	Nome da publicação	País da publicação
2006	Wells, K. C., Chi, Terry C., Hinshaw, S. P., Epstein, J. N., Pfiffner, L., Nebel-Schwalm, M., Owens, E. B., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Conners, C. K., Elliot, G. R., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P. S., March, J., Newcorn, J. H., Pelham, W. E., Severe, J. B., Swanson, J., Vitiello, B., Wigal, T. – <i>Duke University Medical Center</i>	Estados Unidos	J Consult Clin Psychol (Journal of Consulting and Clinical Psychology)	Estados Unidos
2007	Bürigin, D., Steck, B. – <i>Universidade Basel</i> .	Suíça	Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie	Alemanha
2007	Rainwater, J. B. – Instituto e Universidade Union	Estados Unidos	Dissertation Abstracts International	Estados Unidos
2007	Streeck-Fischer, A., Fricke, B. – <i>Instituto de Análise de Crianças e Psicoterapia Junguiana, NLKH Tiefenbrunn</i>	Alemanha	Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie	Alemanha
2008	Chavis, M. H. – <i>Escola de Estudos Graduados Caspersen</i> .	Estados Unidos	Dissertation Abstracts International	Estados Unidos
2008	Leuzinger-Bohleber, M., Fischmann, T., Goppel, G., Läzer, K. L., Waldung, C. - <i>Instituto Sigmund Freud</i>	Alemanha	Psyche: Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen	Alemanha
2008	Staufenberg, H. – <i>Instituto de Análise de Crianças e Psicoterapia Junguiana</i> .	Alemanha	Psyche: Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen	Alemanha
2008	Xu, J., Z, R-s, Z, W. – <i>Instituto de Desenvolvimento Psicológico, Universidade Beijin, Perkins</i> .	China	Chinese Journal of Clinical Psychology	China
2009	Portrie-Bethke, T. L., Hill, N. R., Bethke, J. G. – <i>Universidade de North Texas</i> .	Estados Unidos	Journal of Mental Health Counseling	Estados Unidos
2009	Whitefield-Alexander, V., Edwards, D. - <i>Departamento de Psicologia, Rhodes University</i>	África do Sul	J of Child and Adolescent Mental Health	África do Sul

Fonte: PsycINFO.

Descritores: *ADHD x PSYCHOLOGICAL TREATMENT* ☐
ADHD x PSYCHOTHERAPY ☐

Quadro 4 – Identificação das publicações científicas presentes nos bancos de dados, área de concentração, início da circulação, , país de origem, periodicidade e número de artigos publicados.

Nome da publicação	Área	País da publicação	Ano fundação	Periodicidade	Artigos
Analytische Kinder – und Jugendlichenpsychotherapie	Psicologia	Alemanha		trimestral	1
Behav Cogn Psychother (Behavioural and Cognitive Psychotherapy)	Psiquiatria	Estados Unidos	1993	trimestral	1
Child Adolesc Psychiatr Clin N Am (Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America)	Pediatria / Psiquiatria	Estados Unidos	1992	trimestral	1
Child Adolesc Social Work J (Child & Adolescent Social Work Journal) 1	Terapia familiar	Estados Unidos	1984	quinzenal	1
Chinese Journal of Clinical Psychology	Psicologia Clínica	China	1993	trimestral	2
Chin Ment Health J (Chinese Mental Health Journal)	Saúde mental	China	1989	mensal	2
Clin Psychol Rev (Clinical Psychology Review)	Psicologia – Psicologia Clínica	Estados Unidos	1981	8 nos./ano	1
Dissertation Abstracts International	Ciências	Estados Unidos	1938	on line	4
Exp Clin Psychopharmacol (Experimental and Clinical Psychopharmacology)	Psicofarmacol	Estados Unidos	1993	quinzenal (desde 2007)	1
International Journal of Play Therapy (Int J Play Therapy)	Ludoterapia	Estados Unidos		trimestral	1
Ir J Psychol Med (Irish Journal of Psychological Medicine) 2	Psiquiatria	Irlanda	1988	trimestral	1
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry)	Pediatria / Psiquiatria	Estados Unidos	1987	mensal	4
J Atten Disord (Journal of Attention Disorders)	Psiquiatria / Psicologia	Estados Unidos	1996	6 nos./ano (desde 2008)	1
J Child & Adolescent Group Therapy (Journal of Child and Adolescent Group Therapy)	Terapia de grupo para crianças e adolescentes	Estados Unidos	1991 (até 2002)	anual	1
J Child Adolescent Mental Health (Journal of Child & Adolescent Mental Health)	Psiquiatria / Pediatria	África do Sul	1999	Bi-anual	1
J Clin Child Adolesc Psychol (Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, APA).	Pediatria / Psicologia	Inglaterra	2002	6 nos./ano (desde 2009)	1
J Consult Clin Psychol (Journal of Consulting and Clinical Psychology)	Psicologia	Estados Unidos	1968	quinzenal	1
J Mental Health Counseling	Saúde mental	Estados Unidos		trimestral	1
J Psychother Indepen Pract (Journal of Psychotherapy in Independent Practice)	Psicologia / Psicoterapia	Estados Unidos	2000 (encerrado)	trimestral	1
J Systemic Therapies (Journal of Systemic Therapies)	Psicoterapia sistêmica	Estados Unidos		trimestral	1
Kindheit und Entwicklung (Infância e Desenvolvimento)	Psicologia comportamental	Alemanha	1992	trimestral	1
Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr (Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie)	Pediatria / Psiquiatria / Psicologia	Alemanha	1952	10 nos./ano	4
Professional Psychology, Research and Practice (Prof Psychol Res Pr)	Psicologia	Estados Unidos	1983	quinzenal	1
Psichiatria e Psicoterapia	Psiquiatria / Psicoterapia	Estados Unidos			1
Psychotherapy (Psychotherapy: theory, research, practice, training)	Psicoterapia	Estados Unidos	1984	trimestral	1

Nome da publicação	Área	País da publicação	Ano fundação	Periodicidade	Artigos
Psyche: Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen	Psicanálise / Psicologia	Alemanha		mensal	2
Psychotherapeut	Psicoterapia	Alemanha	1979	6 por ano	2
Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin	Terapia e Medicina comportamental	Alemanha	1994		1
Z Klin Psychol Psychiatr Psychother (Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie)	Psiquiatria / Psicologia / Psicoterapia	Alemanha	1996 (até 2005)	trimestral	1

Fonte: PsycINFO.

Coexistência da publicação nos dois bancos de dados, Medline e PsycINFO.

4.3 PROCEDÊNCIA: Banco de Dados LILACS

4.3.1 Descritores: TDAH x TRATAMENTO PSICOLÓGICO – Não foram encontradas referências.

4.3.2 Descritores: TDAH x PSICOTERAPIA – Foram encontradas dez referências sob os descritores, com seleção conforme protocolo para quatro pesquisas, três sob as abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, uma para abordagem existencialista (Gráfico 29, p. 110).

4.3.2.1 Abordagens comportamental e cognitivo-comportamental – foram selecionados três artigos, um de revisão analítica e dois empíricos (Gráfico 30, p. 111).

a) Artigo de revisão analítica: 1 referência.

O artigo brasileiro feito por Souza e Ingberman (2000) conceituou o TDAH de forma compatível ao preconizado pelo DSM-IV (APA, 2002), ou seja, com diagnóstico estabelecido sobre a sintomatologia expressada. Tido como transtorno com abrangência em vários setores da vida da criança, esclareceram ser de suma importância a sua identificação e tratamento precoces. As intervenções relatadas são as que associaram medicamentos, principalmente estimulantes, com técnicas comportamentais, sendo que essas poderiam ser da linha cognitivista ou baseadas na análise do comportamento.

As autoras ressaltaram a importância de cada criança ser olhada de forma singular para o estabelecimento das estratégias de tratamento, bem como ser fundamental a presença de seus pais para se obter bons resultados.

b) Artigos empíricos: 2 referências.

Pizarro e Valenzuela (2005) escreveram sobre uma pesquisa realizada em uma escola no Chile, em que se objetivou examinar a eficácia de um programa em curto prazo de tratamento multimodal, por eles denominado de multicomponente.

Assim, selecionaram-se 16 crianças entre oito e onze anos, todas do sexo masculino, previamente diagnosticadas com TDAH, testadas no início da intervenção e ao seu final.

O modelo multimodal incluiu as crianças, seus pais e professores, durante treze semanas, sendo que seus resultados, quando comparados aos obtidos pelo uso de fármacos com relação à tríade de sintomas (hiperatividade, desatenção, impulsividade), não se revelaram superiores. Porém tal não aconteceu com sintomas associados, como depressão, em que se alcançaram resultados acima da média, além de ter demonstrado ser valioso quanto à autoestima das crianças, bem como sua autoeficácia e melhora geral no relacionamento com pais e professores.

Os brasileiros Pelisoli, Moraes, Fortino e Moreira (2006) apresentaram pesquisa desenvolvida em *Centro de Atenção Psicossocial* (CAPS), de caráter público, que primeiramente foi dedicada à triagem das crianças a receber tratamento.

A partir de aula de psicoeducação sobre o TDAH ministrada aos professores de três escolas municipais, entrevistas com os pais, aplicação de escalas e avaliação clínica das crianças, dez delas foram diagnosticadas com o transtorno, com idades entre seis e dez anos, 90% do sexo masculino. As crianças participaram de 18 encontros de grupoterapia sob abordagem cognitivo-comportamental e psicomotora.

Os resultados alcançados foram positivos com relação aos sintomas do transtorno, bem como aos escores escolares e relações sociais.

Porém os autores ressaltaram a necessidade de mais pesquisas para contemplar uma amostra maior, com a possibilidade de se avaliar cada abordagem de forma individualizada.

Quanto às crianças, ainda não lhes foi dada uma intervenção que possa fazer com que seus bons resultados permaneçam por mais tempo.

4.3.2.2 Abordagem existencialista – foi incluído um artigo teórico utilizando-se a abordagem da gestaltterapia (Gráfico 30, p. 111).

a) Artigo teórico: 1 referência.

O artigo dos brasileiros Antony e Ribeiro (2005), embora não se detendo especificamente em tratamentos, introduziu conceitos da corrente existencialista, através da abordagem da gestaltterapia, inaugurando também muitos questionamentos sobre o TDAH,

inclusive quanto à sua existência como doença. Isso se deve ao fato desse arcabouço teórico partir de um olhar fenomenológico, ou seja, aberto para o que o fenômeno traz em toda a sua complexidade, como também holístico, em que o adoecimento nunca é algo que acontece isolado de seu meio. Dessa forma, e como são as pessoas, geralmente, que se queixam das crianças e adolescentes com hiperatividade e/ou desatenção, os autores a reputaram como uma ocorrência de caráter relacional.

Para eles, a criança que não tem domínio sobre o seu corpo demonstra não estar integrada na unidade corpo, motricidade e emocionalidade, como se não tivesse passado pelos processos de constituição de si mesmo; como se não tivesse conquistado as fases de esquema corporal, primeira etapa para que o controle sobre o próprio corpo possa acontecer, já que regula a postura, equilíbrio e orientação espacial; como se não houvesse conquistado sua imagem corporal, em que a consciência da própria corporalidade enseja à estruturação do eu psíquico. Eu psíquico que é eu simbólico, com capacidade de interiorizar seus sentimentos, refletir sobre seus pensamentos e poder fazer escolhas.

A criança hiperativa e/ou desatenta é refém do olhar do outro que sempre a regula e busca normatizá-la, já que ela mesma, aparentemente, está propensa a não conseguir se refrear ante sua movimentação e distração.

Essa demanda de atenção, fornecida principalmente pelas mães, acaba por configurar relação de extrema dependência, onde a criança não tem possibilidade de exercer a sua espontaneidade, o que gera um ciclo vicioso.

Em sua investigação, os autores pesquisaram cinco crianças, abrangendo seus pais e cinco de suas professoras, compondo o número de vinte sujeitos.

Sob metodologia qualitativa, foi aplicado nas crianças, após entrevista aberta, o Teste de Apercepção Infantil com figuras de animais (CAT-A), o que lhes permitiu chegarem às conclusões expostas no artigo.

A criança hiperativa e/ou desatenta, assim, faz uso de três processos básicos, reconhecidos pelos autores como o da *deflexão*, caracterizado pelo contato superficial que ela estabelece com o seu em torno, atitude-defesa contra ansiedades e tensões, como se não fosse dona de seu desejo, não soubesse de si a ponto de se dirigir a algo ou alguém que a motive a estabelecer relação, a *projeção*, mecanismo impeditivo de sua ação, já que ela mesma, a partir de tanto ser criticada, também não acredita que possa fazer de jeito diverso, o que denota a sua baixa autoestima proveniente das falhas em sua constituição corporal, e o *egotismo*, que a faz autoreferente, onipotente, com labilidade emocional e reações intensas, embora, em forma de mecanismo de compensação, tenda a ser generosa com relação à divisão de seus pertences,

por exemplo, sinalizando como gostaria de ser tratada.

Entendendo saúde e doença como fronteiras em seus contatos, defenderam que essas crianças, por serem mais sensoriais e motoras, também são proativas, criativas, afetuosas e intuitivas, sendo o caminho para a recuperação de sua saúde aquele que integre pais e professores em um modelo em que seja possível à criança resgatar a consciência de seu próprio corpo, pensamentos e sentimentos.

O texto é encerrado com frase que exemplifica o pensamento dos autores sobre o TDAH: “Somos a sociedade que produzimos e que nos produz.”

♦ **Quantificação geral** do número de sujeitos, tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas, área de estudo dos periódicos, países e distribuição anual das publicações sob abordagens sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e existencialista.

Esses parâmetros encontram-se representados nos gráficos 31, 32, 33, 34 e 35 (p. 111-112).

Gráfico 29 – Número de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e existencial.

Fonte: LILACS. Descritores: TDAH x Psicoterapia.

Gráfico 30 – Tipos de pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e existencial. Fonte: LILACS. Descritores: TDAH x Psicoterapia.

Gráfico 31 – Número de sujeitos sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e existencial. Fonte: LILACS. Descritores: TDAH x Psicoterapia.

Gráfico 32 – Tipo de instituição em que se desenvolveram as pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e existencial. Fonte: LILACS. Descritores: TDAH x Psicoterapia.

Gráfico 33 – Área de concentração dos periódicos das publicações sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e existencial. Fonte: LILACS. Descritores: TDAH x Psicoterapia..

Gráfico 34 – Países envolvidos nas publicações das pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e existencial. Fonte: LILACS. Descritores: TDAH x Psicoterapia..

Gráfico 35 – Distribuição anual das publicações das pesquisas sob abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e existencial. Fonte: LILACS. Descritores: TDAH x Psicoterapia.

♦ **Identificação geral** dos anos das pesquisas selecionadas, dos autores, país de procedência do pesquisador titular, nome e país da publicação, bem como a caracterização das mesmas quanto à área de concentração, início de circulação, periodicidade e número de artigos publicados da fonte LILACS (quadros 5 e 6, p. 113).

Quadro 5 – Relação dos anos das pesquisas publicadas, dos autores, país de procedência do pesquisador titular, nome e país da publicação

Ano	Nome dos pesquisadores e procedência institucional do titular.	País origem do titular	Nome da publicação	País da publicação
2000	Souza, E.M. L., Ingberman, Y. K. - <i>Universidade Federal do Paraná</i>	Brasil	Interação	Brasil
2004	Antony, S., Ribeiro, J. P. – <i>Universidade de Brasília</i> .	Brasil	Psicologia: Teoria e Pesquisa	Brasil
2005	Pizarro, A., Valenzuela, C. - <i>Universidade do Chile</i>	Chile	Rev Soc Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc	Espanha
2006	Pelisoli, C., Moraes, L., Fortino, L., Moreira, A. K. - <i>Universidade Federal do Rio Grande do Sul</i>	Brasil	Rev Bras Psicoter	Brasil

Fonte: LILACS.

Quadro 6 – Identificação das publicações científicas presentes nos bancos de dados, área de concentração, início de circulação, país de origem, periodicidade e número de artigos publicados

Banco de dados	Nome da publicação	Área	País da publicação	Ano fundação	Periodicidade	Artigos
LILACS	Interação	Psicologia	Brasil	1997 *		1
LILACS	Rev Soc Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc (Revista Sociedad de Psiquiatria y Neurologia de la Infancia y Adolescencia)	Psiquiatria / Neurologia	Chile	2005	trimestral	1
LILACS	Rev Bras Psicoter (Revista Brasileira de Psicoterapia)	Psiquiatria	Brasil	1999	quadri-mestral	1
LILACS	Psicol Teor Pesqui (Psicologia: Teoria e Pesquisa)	Psicologia	Brasil	1985	trimestral	1

Fonte: LILACS.

Coexistência da publicação nos três bancos de dados, LILACS, PsycINFO e SciELO. ☐

* A publicação prossegue sob o título *Interação em Psicologia*, desde 2001.

4.4 PROCEDÊNCIA: Banco de Dados SciELO

4.4.1 Descritores: *ADHD x PSYCHOLOGICAL TREATMENT* – 3 referências

4.4.2 Descritores: *ADHD x PSYCHOTHERAPY* – 3 referências

Os artigos não contemplaram o protocolo de inclusão.

4.5 PROCEDÊNCIA: Banco de Dados PSICODOC

4.5.1 Descritores: TDAH x TRATAMENTO PSICOLÓGICO – não houve referências.

4.5.2 Descritores: TDAH x PSICOTERAPIA – Foram encontradas 15 referências, das quais foram selecionadas, conforme protocolo, duas pesquisas, uma sob a abordagem psicodinâmica, outra, de psicomotora (Gráfico 36, p. 117).

4.5.2.1 Abordagem psicodinâmica – um artigo de pesquisa sobre estudo de caso relacionado à psicoterapia familiar breve (Gráfico 37, p. 117).

a) Artigo sobre estudos de caso: 1 referência.

Pujol e Torrades (2005), espanhóis, desenvolveram pesquisa de caráter familiar e breve, sob a perspectiva psicodinâmica, por meio do estudo de um caso clínico.

O intuito foi não somente o de cuidar do transtorno em si, mas também de sua prevenção, através da identificação de fatores da dinâmica familiar que predisporiam e/ou contribuiriam para formar o TDAH.

Os autores compreendem o transtorno como um agrupamento de sintomas que possuem causalidades múltiplas, quais sejam social, familiar, psicológica, psicopatológica e biológica. Portanto, as opções terapêuticas devem obedecer ordem semelhante, possuindo caráter multidimensional.

Ao revisar os modelos teóricos desenvolvidos por autores que pertenceram às correntes psicodinâmicas, como Berger, e aos da psicanálise, como Klein, os pesquisadores focalizaram sua atenção nas primeiras relações estabelecidas entre o bebê e quem dele cuida. O argumento que desenvolveram, assim, é o de que as crianças com TDAH possuem dificuldades em seu desenvolvimento psíquico, sendo descritas algumas características

familiares que os autores consideraram freqüentes de ocorrer no entorno da criança.

Dessa forma, pais que não conseguiram desempenhar o papel parental por conta de ainda serem muito infantis, que não souberam como elaborar a ansiedade que eles próprios sentiam, nem se encontraram aptos a lidarem com as situações do cotidiano, podem favorecer o aparecimento de filhos que não aprendem a dar conta da angústia que os habitam, não conseguem ter a representação mental integrada com a realidade em seus aspectos positivos, negativos e dúbios.

Assim, consideraram que por trás de uma criança hiperativa estará uma mãe ou um pai com condições parecidas devido à falta de condições para realizar a elaboração de ansiedades e angústias inerentes ao ser humano, fazendo uso do excesso de movimento na forma de estratégia de atenuação, através da expulsão, desses sentimentos hostis.

4.5.2.2 Abordagem psicomotora – foi selecionado um artigo teórico (Gráfico 37, p. 117).

a) Artigo teórico: 1 referência.

O artigo do espanhol Pérez (2009) traçou histórico sobre o transtorno, levantando alguns pontos que julgou serem incoerentes, já que açambarcam população heterogênea, variada em sua idade de início, seus signos e sintomas.

O primeiro deles, como o de haver um consenso sobre sua etiologia neurobiológica e consequente desenvolvimento deficitário nos mecanismos da atenção, reflexão e atividade, quando os dados obtidos em pesquisas, na realidade, demonstraram-se díspares e com falta de acordo entre suas opiniões.

A controvérsia pode ser atestada pelos próprios conteúdos veiculados por órgãos normativos, como a Organização Mundial da Saúde, através de sua Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID-10 (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1998) com o DSM-IV (APA, 2002).

Um deles, à guisa de exemplo, é a de não compartilharem a existência de subtipos (predominantemente Hiperativo, predominantemente Desatento e Combinado), o que ocorre somente no DSM-IV.

O autor criticou a maneira como se dão os diagnósticos, julgando-os indiscriminados e, com poucos critérios diferenciadores, realizados majoritariamente pelos pareceres de pais e professores, apoiados em uma tendência a converter sintomas em síndromes.

Os números revelaram a falta de parâmetros para esse julgamento, pois as taxas de ocorrência do transtorno nos Estados Unidos eram de 9 a 12%, sendo que no mesmo período

a europeia era registrada como pertencendo de 3 a 5%, situação hoje corrigida pela Academia Americana da Criança, estabelecida entre 3 a 6%.

Pérez (2009) permaneceu em posição crítica durante todo o texto, deixando claras as suas desconfianças inclusive quanto às escalas avaliadoras do TDAH – embora as relacione como fontes complementares de informações muitas vezes valiosas, também considerou que a mais utilizada entre elas, chamada Conners, não foi desenvolvida para o TDAH especificamente, e sim para avaliar os efeitos do uso de psicofármacos em crianças, em seu início publicada pelo Boletim Psicofarmacológico Infantil.

Quanto aos tratamentos, apontou para o acordo que existe quanto à necessidade de ser multidisciplinar, com profissionais da área da educação, psicopedagogia, psicologia clínica e medicina – esta última de forma bastante útil, quando a medicação é bem aceita e, assim, ajuda o profissional a adentrar em outras áreas onde a criança tenha prejuízo.

Mas julgou as intervenções medicamentosas em associação com as comportamentais com resultados pouco significativo, além de discutir a sua validade ecológica, ou seja, o quanto essas pesquisas se desenvolvem em condições artificiais, com pouca paridade à vida cotidiana. Porém, o autor lançou questão intrigante: se o TDAH se caracteriza por problemas no corpo e em seu movimento, por que os tratamentos preconizados não contêm técnicas psicomotoras?

Conceituou o corpo como possuidor do papel de continente dinâmico, capaz de organizar as experiências vividas e representá-las simbolicamente, integradas à linguagem como construtor do pensamento, o que irá possibilitar que as relações e o conhecimento se instaurem durante o processo de desenvolvimento.

♦ **Quantificação geral** do número de sujeitos, tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas, área de estudo dos periódicos, países e distribuição anual das publicações sob abordagens psicodinâmica e psicomotora.

Esses parâmetros encontram-se representados nos gráficos 38, 39, 40, 41 e 42 (p. 117-119)

Gráfico 36 – Número de pesquisas sob abordagens psicodinâmica e psicomotricidade.
Fonte: PSICODOC. Descritores: TDAH x Psicoterapia.

Gráfico 37 – Tipos de pesquisas relativas às psicoterapias e tratamentos psicológicos sob abordagens psicodinâmica e psicomotora.
Fonte: PSICODOC. Descritores: TDAH x Psicoterapia.

Gráfico 38 – Número de sujeitos sob abordagens psicodinâmica e psicomotora. Fonte: PSICODOC.
Descritores: TDAH x Psicoterapia.

Gráfico 39 – Tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas sob abordagens psicodinâmica e psicomotora.

Fonte: PSICODOC. Descritores: TDAH x Psicoterapia.

Gráfico 40 – Área de concentração dos periódicos das publicações sob abordagens psicodinâmica e psicomotora. Fonte: PSICODOC. Descritores: TDAH x Psicoterapia.

Gráfico 41 – Países envolvidos nas publicações de pesquisas sob abordagens psicodinâmica e psicomotora. Fonte: PSICODOC. Descritores: TDAH x Psicoterapia.

Gráfico 42 – Distribuição anual das publicações das pesquisas sob abordagens psicodinâmica e psicomotora.
Fonte: PSICODOC. Descritores: TDAH x Psicoterapia.

♦ **Identificação geral** dos anos das pesquisas selecionadas, dos autores, país de procedência do pesquisador titular, nome e país da publicação, bem como a caracterização das mesmas quanto à área de concentração, início de circulação, periodicidade e número de artigos publicados da fonte PSICODOC (quadros 7 e 8, p. 119).

Quadro 7 – Relação dos anos das pesquisas publicadas, dos autores, país de procedência do pesquisador titular, nome e país da publicação.

Ano	Nome dos pesquisadores e procedência institucional do titular.	País origem do titular	Nome da publicação	País da publicação
2005	Pujol, A. I., Torrades, T. R. - <i>Fundación Orienta, Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil Sant Boi de Llobregat</i>	Espanha	Rev Psicopatologia y Salud Mental del niño y del adolescente	Espanha
2009	Pérez, C. M. - <i>Prática privada</i>	Espanha	Clinica y Salud	Espanha

Fonte: PSICODOC

Quadro 8 – Identificação das publicações científicas presentes nos bancos de dados, área de concentração, início de circulação, país de origem, periodicidade e número de artigos publicados

Nome da publicação	Área	País da publicação	Ano fundação	Periodicidade	Artigos
Rev Psicopatol salud Ment niño adolesc (Revista de Psicopatologia y Salud Mental del Niño y del Adolescente)	Psicologia / Patologia	Espanha	2003	semestral	1
Clinica y Salud (Revista de Psicología Clínica y Salud)	Psicologia	Espanha	1990	quadrimestral	1

Fonte: PSICODOC

♦ **Tipos de pesquisas** em relação a todos os bancos de dados em ambos os descritores e mapeamento geral dos resultados totais (gráficos 43-50 p. 122-124; quadros 9-10, p. 120-121).

Quadro 9 – Mapeamento dos resultados em relação às referências obtidas (2.214 artigos) e as selecionadas (92 artigos).

		Medline	PsycINFO	SciELO	LILACS	Psicodoc
TDAH x TRATAMENTO PSICOLÓGICO	<i>Total referências</i>	—	—	—	—	—
	<i>Seleção</i>	—	—	—	—	—
TDAH x PSICOTERAPIA	<i>Total referências</i>	—	—	—	10	15
	<i>Seleção</i>	—	—	—	4	2
ADHD X PSYCHOLOGICAL TREATMENT	<i>Total referências</i>	301	946	3	—	—
	<i>Seleção</i>	16	20	—	—	—
ADHD x PSYCHOTHERAPY	<i>Total referências</i>	345	591	3	—	—
	<i>Seleção</i>	28	22	—	—	—

QUADRO –10 (paisagem)

Gráfico 43 - Número de pesquisas e tipos de abordagens em relação a todos os bancos de dados em ambos os descritores.

Gráfico 44 – Tipos de pesquisas em relação a todos os bancos de dados em ambos os descritores.

Gráfico 45 – Número de sujeitos em relação a todos os bancos de dados em ambos os descritores.

Gráfico 46 – Tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas em relação a todos os bancos de dados em ambos os descritores.

Gráfico 47 – Área de concentração dos periódicos das publicações em relação a todos os bancos de dados em ambos os descritores.

Gráfico 48 – Países envolvidos na publicação de pesquisas em relação a todos os bancos de dados em ambos os descritores.

Gráfico 49 – Distribuição anual das publicações das pesquisas em relação a todos os bancos de dados em ambos os descritores.

Gráfico 50 - Resultados finais conforme as abordagens consideradas, totalizando 92 artigos.

5 DISCUSSÃO

TDAH: O TRANSTORNO EM COMPREENSÃO PANORÂMICA

Os descritores utilizados nesse estudo foram amplos, o que propiciou um expressivo número de resultados, com 2.214 pesquisas em seu total, muitas delas dirigidas aos adultos, pesquisas com medicamentos (sem associação com psicoterapias), transtornos em que o TDAH é coadjuvante, entre outros.

Após o filtro realizado pelo protocolo desenvolvido para essa pesquisa, o campo ficou delimitado, obtendo-se 92 referências específicas para o tema em questão, tratamentos psicológicos e psicoterapias em crianças e adolescentes sem comorbidades (Quadro 9, p. 120).

1.1 Banco de Dados MEDLINE (*National Library of Medicine*)

1 Número de pesquisas relativas a psicoterapias e tratamentos psicológicos ofertados a crianças e adolescentes (Gráfico 43, p. 122).

Evidenciou-se pouco número de artigos relativos a tratamentos para crianças e adolescentes sem comorbidades, critérios do protocolo. O primeiro descritor, *ADHD e psychological treatment*, embora resultasse em 301 referências, somente 16 delas foram selecionadas, o que configurou 5,31%. Com o segundo descritor, *ADHD e psychotherapy*, ocorreu o mesmo: das 345 referências somente 28 chegaram ao final, o que correspondeu a 8,11% do total. Somando-se os dois descritores, chegou-se à marca de 646 artigos, com seleção para 44 pesquisas, ou seja, 6,81%.

Mas foi o banco de dados, dos cinco pesquisados, que mais abrigou estudos sobre o assunto – 47,8% do material selecionado.

2 Tipos de tratamentos utilizados (Gráfico 43, p. 122).

Por ser uma base de informações científicas produzidas pela área médica e prioritariamente a ela destinada, seus 44 artigos referiram-se inequivocamente aos tratamentos medicamentosos, porém não em sua totalidade absoluta. Houve espaço para pesquisas sobre as relações entre pais e filhos, para mães solteiras que têm mais dificuldades em acompanhar e participar do tratamento do filho, para a própria criança em suas dificuldades de se organizar quanto ao tempo, o que também prejudica a feitura de seus deveres escolares em casa.

O tratamento combinado foi o mais indicado, em que há associação de medicação com intervenções psicossociais comportamentais, seguido pela medicação isolada, sendo o

estimulante metilfenidato o que obteve respostas mais efetivas – em média, de 65% a 85% dos seus consumidores obtiveram melhoras nos padrões gerais dos sintomas do TDAH.

Contudo, existiram referências que apontaram os tratamentos psicossociais como os mais adequados a adolescentes, do que a crianças, por necessitar de ativa participação na observação de si mesmo, tarefa que exige crítica ainda não desenvolvida nos infantes, que respondem melhor ao tratamento comportamental.

Há raras evidências de abordagens que não possam ser mensuradas experimentalmente, como é o caso da psicanálise: das 16 referências obtidas por meio do primeiro descritor, *ADHD x psychological treatment*, 93,75% desse total, ou 15 estudos, referiram-se aos tratamentos comportamentais, com 6,25%, ou uma pesquisa, relativa à abordagem psicodinâmica. No segundo descritor, *ADHD x psychotherapy*, a situação se repetiu: 96,42% ou 27 pesquisas são comportamentais; com 3,57% da linha psicodinâmica, somente um estudo.

Dessa forma, tem-se a supremacia dos tratamentos das linhas comportamental e cognitivo-comportamental, presumivelmente talvez por ser procedimento que, por se basear em comportamentos objetivos, pode ser mais facilmente identificado e escalonado cientificamente. Entre eles, foi digno de nota o expressivo reconhecimento do Estudo MTA nas pesquisas consultadas, considerado como o mais influente, abrangente e fidedigno estudo a respeito de tratamentos para o TDAH, replicado sob diversos formatos.

A duração dos tratamentos foi bastante variável, de seis semanas a 36 meses, sendo que os ganhos obtidos foram muito difíceis de permanecerem por longo tempo, problema crítico da questão: mesmo se tratando da medicação, assim que sua administração é interrompida, os sintomas retornaram. O mesmo aconteceu com os programas comportamentais e psicossociais.

Alguns estudos também mostraram que, embora a redução na sintomatologia e, de forma geral, melhora na sociabilidade, os tratamentos comportamentais e cognitivo-comportamentais não o fizeram em relação à percepção da autoestima, assunto em que as pesquisas psicanalíticas, aparentemente, obtiveram ganhos mais significativos, talvez por irem além das atitudes manifestas e, assim, alcançarem a estrutura da personalidade.

As explicações sobre o TDAH que procuraram relacioná-lo com aspectos biográficos, parentais, familiares, subjetivos, e não somente correlacionais, em que houve considerações sobre comportamentos além dos manifestos, foram fornecidas nos dois artigos psicanalíticos, um de estudo de caso (Salomonsson, 2004), outro teórico (Kawai, 2009).

Na Alemanha, um centro de pesquisa desenvolveu o programa *The Cologne Adaptive Multimodal*, embasado nas mesmas proposições do realizado pelo americano MTA, com a

diferença de que as intervenções não foram absolutamente padronizadas, e sim adequadas às respostas encontradas em seus sujeitos. Realizado com 75 sujeitos, somente dele se tem referência em um estudo publicado na Alemanha (Döpfner et al, 2004). Ou seja, sua visibilidade se restringiu à língua germânica.

O Estudo ADORE, iniciativa européia de saber como o TDAH era encaminhado pelos profissionais de saúde que com ele lidavam em relação à qualidade de vida da criança, também foi pesquisa que se destacou por conta da natureza de sua investigação: a abertura para mapear o que acontecia na área a partir dos procedimentos descritos por seus próprios profissionais (Preuss et al, 2006). A medicação ser a líder dos tratamentos, com 25% de abrangência, foi informação que não causou assombro, já que medida comprovadamente eficaz e de fácil manejo. Outra informação que veio desse estudo já referendado em inúmeros artigos foi a de que muitas crianças e adolescentes permaneciam sem tratamento, com 21% do total. Os tratamentos de medicação isolada e o combinado (farmacoterapia e psicoterapia comportamental) responderam por 50% das crianças tratadas.

Ao final desta pesquisa, a certeza em quase todos os artigos é a de que muitas pesquisas ainda necessitam ser feitas, inclusive longitudinalmente, para que mais certezas sejam obtidas.

3 Tipos de pesquisa utilizados (Gráfico 44, p. 122).

Os trabalhos teóricos e de revisão apresentaram bastante visibilidade, respondendo juntos por mais da metade das pesquisas neste banco de dados, com 29 artigos (65,90%).

Isso talvez possa ser explicado pela necessidade de os textos sobre TDAH serem informativos sobre o transtorno, já que todos discutiram sobre suas características, possíveis etiologias, instrumentos de aferição, comorbidades, aspectos prejudiciais da vida da criança, enfatizando as pesquisas consideradas de evidências.

As pesquisas empíricas, embora contando somente com nove artigos, responderam por 1.938 crianças e 132 mães.

As revisões sistemáticas, embora reduzidas, somente com cinco artigos, referiram-se a 372 estudos, sendo este banco o que mais apresentou essa metodologia – além do Medline, dos cinco bancos de dados consultados, somente o PsycINFO trouxe a revisão sistemática realizada em uma investigação.

A metodologia do estudo de caso só foi privilegiada em um artigo, o de Salomonsson (2004), contando com um sujeito, exceção que demonstrou que, embora de caráter pragmático, ou seja, baseado em pesquisas quantitativas, o banco de dados Medline também

validou um artigo baseado em pesquisa qualitativa. Em tal perspectiva, considera-se o caso estudado como uma unidade de análise social representativa de dada explicação teórica, instrumento básico das Ciências Sociais (Yin, 2001).

4 Número de sujeitos nas pesquisas empíricas e nas de estudos de caso (Gráfico 45, p. 122).

As nove pesquisas empíricas somaram 1.938 crianças e 132 mães, sendo que na metodologia do estudo de caso foi estudada somente uma criança, números absolutamente incomparáveis.

Os tratamentos baseados em evidências são adequados para a estrutura dos tratamentos Comportamentais e Cognitivo-Comportamentais, composta de elementos como questionários, procedimentos clínicos padronizados, objetivos definidos a serem alcançados, somatória de dados que são estatisticamente considerados.

O mesmo não acontece com o método do estudo de caso, que procura a compreensão para um dado fenômeno, com generalização possível a partir da consideração de ser pesquisa emblemática, complexa e representativa de um grupo.

Interessante notar a facilidade com que alguns pesquisadores obtiveram seus sujeitos: Chacko em um ano conseguiu replicar sua investigação com um aumento de 1.000% no número deles: em 2008, contou com 12 mães; em 2009, com 120, com o detalhe de serem mães solteiras, sem rede social familiar de sustentação.

5 Tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas (Gráfico 46, p. 123).

Este estudo considerou a instituição informada como a do titular da pesquisa, embora se saiba que muitos estudos contam com grandes equipes, localizadas em outros laboratórios.

Assim, dos 44 estudos, 35 deles se concentraram em instituições acadêmicas, respondendo por 79,54% da totalidade, 5 se deram em ambientes hospitalares (11,36%), o restante apresentando somente uma pesquisa cada um, o que atingiu a marca de 2,27%: associação psicanalítica, laboratório, convênio de saúde, departamento de saúde da Arábia Saudita.

6 Área de concentração dos periódicos das publicações selecionadas (Gráfico 47, p. 123).

As 44 pesquisas foram publicadas em 30 veículos, com 31 publicações (70,45%) pertencendo à área estritamente médica, incluídas as especializações da pediatria, psiquiatria, neurologia, bem como as investigações referentes a fármacos e à prática da enfermagem.

Revistas médicas, nas especialidades da pediatria e psiquiatria, imbricadas com a

psicologia e a psicanálise responderam por 15,90%, em número de sete publicações.

Periódicos exclusivamente com temas em psicologia somaram 13,63%, ou seis revistas.

No primeiro descritor, *ADHD x Psychological treatments*, não houve registro de uma publicação puramente voltada à psicologia, somente no segundo, *ADHD x Psychotherapy*, com seis publicações voltadas exclusivamente a esse tema.

Destacaram-se as revistas que apresentaram maior número de artigos dentre a seleção dessa dissertação:

- Eur Child Adolesc (*European Child & Adolescent Psychiatry*), com 5 artigos, revista sobre pediatria e psiquiatria alemã com circulação mensal desde 1992.
- Clin Psycho Rev (*Clinical Psychology Review*), com 4 estudos, revista americana sobre psicologia e psicologia clínica com oito números ao ano, com circulação desde 1981.
- Child Adolesc Psychiatr Clin N Am (*Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North América*), com 3 estudos, revista americana sobre pediatria e psiquiatria, com circulação trimestral desde 1992.

Cinco revistas apresentaram dois estudos cada:

- J Clin Child Psychol (*Journal of Clinical Child Psychology*), revista americana sobre pediatria e psicologia com circulação trimestral até 2001.
- J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (*Journal of the American Academy of Child Psychiatry*), revista americana de pediatria e psiquiatria, com circulação mensal desde 1987.
- Essent Psychopharmacol (*Essential Psychopharmacology*), revista americana sobre medicação com circulação trimestral desde 1996.
- J Attent Disorders (*Journal of Attention Disorders*), revista americana de psiquiatria e psicologia, fundada em 1996, com circulação de seis números ao ano.
- Expert Rev Neurother (*Expert Review of Neurotherapeutics*), revista inglesa sobre neurologia, fundada em 2001, com circulação quinzenal.

Houve publicações que divulgaram estudos estrangeiros, como foi o caso das inglesas J Anal Psychol (*The Journal of Analytical Psychology*) e Int J Psychoanal (*The International Journal of Psycho-Analysis*), com artigos da Suécia e Japão, respectivamente.

O artigo da Arábia Saudita não teve como objetivo trazer qualquer informação de como as crianças e adolescentes orientais expressavam a sintomatologia do TDAH e de como eram tratados. Estudo de revisão, trouxe informações sobre as pesquisas de evidências realizadas no mundo ocidental.

7 Países em que as pesquisas foram publicadas (Gráfico 48, p. 123).

Os Estados Unidos mostraram toda a sua potencialidade de pesquisa, respondendo por 25 das 44 pesquisas, ou 56,81%, seguido da Inglaterra, com sete estudos e 15,90% da totalidade. A Alemanha ficou em terceiro lugar, com cinco pesquisas e 11,36%, sendo o restante localizado em países europeus.

A exceção ficou por conta da Nova Zelândia, com a observação, porém, que a equipe titular do artigo situou-se nos Estados Unidos.

Um trabalho alemão, contudo, referiu-se a grupo de trabalho que recebeu informações providas de vários países, o Global ADHD Working Group, através do que considerou como *experts* na área (Remschmidt, & Global ADHD Working Group, 2005). Assim, houve a participação de nove países em cinco continentes (Austrália, Brasil, França, Alemanha, Coreia do Sul, México, Filipinas, Inglaterra e Estados Unidos).

Percebeu-se a migração de artigos americanos para países europeus, bem como, em menor dimensão, o seu inverso.

8 Anos em que as pesquisas foram publicadas (Gráfico 49, p. 124).

O início da década, 2000, teve quatro publicações sobre o tema, decrescendo até 2003 e levemente voltando a subir, com evidente visibilidade para os anos de 2008, em que 12 publicações foram realizadas, mas também o de 2009, o mesmo acontecendo com 7 estudos.

No início da década de 2010, a média permaneceu baixa, com três pesquisas.

1.2 Banco de Dados PsycINFO (*Psychological Abstracts, American Psychological Association, APA*).

1 Número de pesquisas relativas a psicoterapias e tratamentos psicológicos ofertados a crianças e adolescentes (Gráfico 43, p. 122).

Este banco de dados é mais voltado à psicologia, embora a ela não se limite, pois se refere à literatura internacional em psiquiatria, pedagogia, medicina, enfermagem, farmacologia, direito, linguística e serviço social. Talvez isso explique o aumento de artigos relacionados ao tratamento do TDAH. No primeiro descritor, *ADHD x psychological treatment*, obtiveram-se 946 referências, mas após a seleção o número decresceu substancialmente, estabelecendo-se em 2,11% do total encontrado, ou seja, 20 pesquisas. No segundo descritor, *ADHD x psychotherapy*, há diminuição das ocorrências gerais, em número de 591, mas em contrapartida aumenta a porcentagem dos selecionados, 22 pesquisas, 3,72%.

Somando-se os dois descritores, chegou-se à marca de 1.537 artigos, com seleção para 42 pesquisas, ou seja, 2,73%. Mas foi o segundo banco de dados, dos cinco pesquisados, que mais abrigou estudos sobre o assunto, 45,60% de material selecionado, bem próximo ao Medline.

2 Tipos de tratamentos utilizados (Gráfico 43, p. 122).

Existe um meio de publicação científica americana de base eletrônica, a *Abstracts Dissertation International*, responsável pela publicação de resumos (*abstracts*) de dissertações e teses acadêmicas. Dessa forma, sem ter um corpo consultivo que aprove ou desaprove as publicações, contando que as mesmas tenham sido desenvolvidas de forma pertinente e acadêmica, esse banco se apresenta como panorâmico em termos de múltiplas tendências, já que beneficia várias áreas da ciência.

Embora também conste do Medline, somente no banco de dados PsycINFO apareceram pesquisas pertinentes ao trabalho em curso. Assim, embora a corrente comportamental permaneça soberana, ocorreu a incidência de tratamentos realizados sob outras linhas teóricas, além de haver potencialização das psicodinâmicas. Com essas últimas, há a possibilidade de se ampliar para além da biologia o olhar diagnóstico do TDAH, como apontou Rainwater (2007), que enfatizou a importância do elemento subjetivo da experiência singular.

No primeiro descritor, *ADHD* e *psychological treatment*, dos 2,11% dos textos selecionados quanto aos tratamentos realizados, 70% eram comportamentais e cognitivos-comportamentais e 30%, psicodinâmicos. No segundo descritor, *ADHD* x *psychotherapy*, dos 3,89% referentes a tratamentos, foram obtidos 56,52% e 30,43% respectivamente. Apareceu aqui a abordagem sistêmica, correspondente aos 13,04% restantes.

Houve preocupação, em algumas pesquisas comportamentais, em elaborar seu modelo de tratamento visando a um atendimento individualizado, como foi o caso de Döpfer et al (2004), bem como preservar o caráter personalizado de atendimento, de acordo com Chronis, Jones e Raggi (2006).

Além de incluir maior número de artigos sobre a abordagem psicodinâmica, introduziu a abordagem sistêmica, formato que inclui a família e sua funcionalidade como também geradoras do transtorno.

De qualquer forma, aqui também o Estudo MTA destacou-se como o mais relevante em termos de magnitude, até hoje rendendo pesquisas com relação aos dados encontrados. O tratamento combinado permaneceu soberano como o mais indicado e efetivo, em uma boa relação custo-benefício, além da abordagem comportamental ser a de mais fácil aceitação.

A duração dos tratamentos mostrou-se bastante ampla, de seis semanas a dois anos, o que mostrou a necessidade de investigações em longo prazo, já que mesmo no tratamento combinado, o mais efetivo e recomendado, a sociabilidade da criança, após sua finalização, novamente se mostrou prejudicada.

Os programas para pais mostraram proporcionar transformações na maneira como lidavam com os comportamentos dos filhos, deixando-os menos rígidos, além de diminuir o estresse, com incremento de tolerância. Isso possivelmente foi alcançado através da informação que os cursos propiciaram, que os fizeram enxergar suas crianças como tendo determinadas dificuldades que necessitavam de ajuda e acolhimento, não de crítica e punições, visto ser algo a elas intrínseco.

A pesquisa empírica sob abordagem sistêmica talvez tenha dado um modelo de caminho, já que seu tratamento foi comparado ao modelo comportamental, sendo seus resultados muito interessantes: a primeira, sistêmica, provocou mudanças na autonomia individual das crianças, já a segunda, comportamental, incidiu diretamente na ação das mães, que passaram a reforçar positivamente seus filhos, ao invés do contrário.

Alguns estudos expuseram a necessidade de se ater à singularidade que marca a pessoa humana e que caracteriza a multiplicidade de aspectos que envolvem o TDAH. Muitas vezes, no ambiente escolar, o despreparo dos professores podem agravar a sintomatologia da criança, bem como a impaciência de seus pais.

Dessa forma, apesar da eficácia da medicação, existiu referência a uma criança que só conquistou melhoras a partir da junção da psicoterapia individual ao tratamento (Fricke, & Streeck-Fischer, 2006). A exclusividade do exemplo, visto ser um estudo de caso, mostra que é nas idiossincrasias que se podem vislumbrar os vieses das abordagens e, assim, conhecer mais das potencialidades humanas.

Talvez seja na adolescência, período de transição tumultuado em vários âmbitos, que a problemática da criança que foi um dia diagnosticada como TDAH aparece em sua plenitude, já que a medicação passa a não fazer frente às angústias da fase, muitas vezes intensificada pela própria sintomatologia do transtorno.

Destacou-se o *Estudo Preventivo Frankfurt* (Leuzinger-Bohleber, Fischmann, Göppel, Lazer e Waldung, 2008), que mobilizou mil crianças em um procedimento com duração de dois anos, em caráter preventivo, prática pouco comum ao mundo científico em geral, que tem seu foco na solução de problemas já existentes. Neste trabalho houve a valorização da abordagem psicanalítica, considerada pelos autores como de inequívoca contribuição, com resultados que indicaram ser sua hipótese comprovada: a de que problemas precoces na

regulação afetiva dessas crianças as predispuseram a apresentar os sintomas do TDAH.

3 Tipos de pesquisa utilizados (Gráfico 44, p. 122).

Encontrou-se proximidade entre estudos empíricos e estudos de caso, o que conferiu à essa última metodologia grande visibilidade, algo que no banco de dados Medline só ocorreu em um artigo. Duas pesquisas de estudos de caso se deram sob a abordagem comportamental e cognitivo-comportamental.

A abordagem sistêmica, por sua vez, apresentou a única metanálise deste banco, com 47 estudos, demonstrando que existem tratamentos alternativos para o TDAH.

A avaliação realizada por Bonney (2000) foi executada por telefone, o que pareceu ser uma aferição sem muito critério metodológico, à mercê de muitas variáveis imponderáveis que podem ocorrer em uma situação impessoalizada.

4 Número de sujeitos nas pesquisas empíricas e nas de estudos de caso (Gráfico 45, p. 122).

As 16 pesquisas empíricas movimentaram 1.670 crianças e 48 casais, enquanto os estudos de caso investigaram, em 12 artigos, 21 crianças.

As metodologias, assim, mostraram-se incomparáveis neste quesito, situação semelhante à encontrada no Medline.

5 Tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas (Gráfico 46, p. 123).

Os autores dos artigos selecionados, em sua grande maioria, pertenciam aos quadros acadêmicos, em número de 30 para os 42 artigos, ou seja, 71,42%.

Neste banco, pela primeira vez, apareceram pesquisadores autônomos, algo que não aconteceu no Medline, sem vínculos a nenhuma associação ou instituto, em número de cinco (11,90%). Isso favoreceu o aparecimento de um manejo clínico diferenciado, como o fornecido por Yeschin (2000), em um centro para transtornos de atenção, em que inseriu sobre o programa multimodal de Barkley a teoria psicanalítica das relações objetais e, ainda, conceitos de Bronowski sobre a linguagem. Com isso, pretendeu fornecer possibilidades para as crianças TDAH conseguirem lidar tanto com as questões interpessoais, quanto as intrapsíquicas, escrevendo sobre os resultados alcançados em dois estudos de caso. Ou permitiu a Jones (2002) assumir posição crítica quanto à forma de se entender e tratar o TDAH, frisando a necessidade de se ter um terapeuta com empatia para entender o sofrimento dessas crianças e ajudá-las a estabelecer uma relação afetiva.

Os restantes se dividem entre institutos, associações, instituição pública e hospital.

6 Área de concentração dos periódicos das publicações selecionadas (Gráfico 47, p. 123).

Os 42 artigos foram publicados em 29 veículos, sendo que 13 dessas revistas também estão indexadas no Medline.

Dezoito artigos estavam agrupados sob o tema medicina, compreendendo pediatria, psiquiatria, farmacologia e saúde mental, correspondendo a 42,85% do total dos artigos.

Quando associada à psicologia, contabilizaram-se duas revistas, bem como quatro dedicadas às ciências de forma geral, característica do *Abstracts International Dissertation*. As revistas de psicologia somaram 17 publicações, perfazendo 40,47%.

Este banco tem seus resultados bem diferenciados do Medline, no qual os artigos destinados à área médica perfizeram 70,45% do total, comparados aos 42,85% deste banco, bem como as revistas de psicologia também tiveram expressiva alteração em seus números: dos 13,63% do Medline para 40,4% do PsycINFO.

Um banco de dados deveria apresentar as informações relevantes às revistas indexadas, como data de fundação, periodicidade, assunto principal, entre outros dados, sob forma padronizada e de rápida consulta. Mas não foi o que aconteceu. Se no Medline esses dados estão facilmente disponíveis, no PsycINFO isso não ocorreu, o que demandou visitas aos sites das editoras, atividade extremamente trabalhosa e, por vezes, inútil.

Uma equipe de pesquisadores americanos da Universidade New York publicou em um mesmo número do periódico *Journal American Academy Child Adolesc Psychiatry*, quatro artigos que se referiam a uma mesma pesquisa empírica, com objetivos diferentes. Embora possa ter sido uma estratégia de visibilidade, deixou, contudo, o próprio periódico empobrecido em sua variedade de temas, ao fornecer espaço para que um mesmo ponto de vista se destacasse dos demais.

7 Países em que as pesquisas foram publicadas (Gráfico 48, p. 123).

Os Estados Unidos apresentaram 22 pesquisas permanecendo em posição de destaque mundial, com o segundo lugar no *ranking* tendo ficado para a Alemanha, com treze artigos.

Apareceram quatro pesquisas chinesas referentes a duas revistas, somente uma delas indexada também no Medline, com tema sobre saúde mental. A segunda revista se dedica exclusivamente à psicologia, daí sua inserção no PsycINFO.

Houve inserção dos países europeus Itália e Irlanda, bem como um tratamento realizado na África do Sul, denominado de transcultural, por ter aplicado uma metodologia considerada como pertinente a países desenvolvidos, em um país considerado subdesenvolvido.

8 Anos em que as pesquisas foram publicadas (Gráfico 49, p. 124).

O ano de 2003 se revelou como o de maior número de publicações, sete em seu total, mantendo-se durante a década com número médio de quatro artigos, decrescendo ao seu final, sem resultados para 2010.

1.3 Banco de Dados LILACS (*Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud*).

1 Número de pesquisas relativas a psicoterapias e tratamentos psicológicos ofertados a crianças e adolescentes (Gráfico 43, p. 122).

Número diminuto de referências ao assunto, no primeiro descritor, *TDAH x tratamento psicológico* não foram encontrados artigos a respeito; no segundo descritor, *TDAH x psicoterapia*, somente 10 pesquisas, sendo que quatro foram selecionadas após análise sob o protocolo de inclusão e exclusão, o que perfaz 40% do total.

Esse banco de dados abrangia a produção científica dos países da América Latina e Caribe há mais de 25 anos, vinculado à Organização Panamericana de Saúde – daí a presença, pela primeira vez, de estudos brasileiros publicados em periódicos da mesma nacionalidade.

2 Tipos de tratamentos utilizados (Gráfico 43, p. 122).

Dos quatro trabalhos selecionados, três pertenciam à abordagem comportamental e cognitivo comportamental (75%), inclusive com o modelo combinado de experimentação. Mas também houve o aparecimento de artigo da linha existencialista (25%), precisamente, em gestaltterapia, com teorização a respeito do assunto também em sua possível etiologia (Antony & Ribeiro, 2005).

3 Tipos de pesquisa utilizados (Gráfico 44, p. 122).

Não foram encontrados estudos sistemáticos neste banco de dados, somente metodologia empírica e teórica.

4 Número de sujeitos nas pesquisas empíricas (Gráfico 45, p. 122).

Não houve ocorrência da metodologia de estudos de caso.

As pesquisas empíricas tiveram pouca expressão de sujeitos, ao todo, 26 crianças.

5 Tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas, (Gráfico 46, p. 123).

Acadêmicas, em sua totalidade.

6 Área de concentração dos periódicos das publicações selecionadas (Gráfico 47, p. 123).

As publicações desse banco foram igualitárias em suas áreas de concentração, pela primeira vez nesta dissertação: duas revistas dedicadas à psiquiatria e duas à psicologia.

Ressaltamos, novamente, a ocorrência de uma mesma revista indexada em três bancos de dados, além do LILACS, PsycINFO e SciELO, algo que pode vir a apresentar artigos em duplicação, dificuldade que deveria ser minimizada para facilitar a busca de dados.

7 Países em que as pesquisas foram publicadas (Gráfico 48, p. 123).

Pela primeira vez aparece o Brasil, com três publicações em revistas nacionais.

A Espanha, embora também com pouca expressão em termos de visibilidade científica na pesquisa selecionada para este trabalho, apareceu com um periódico.

8 Anos em que as pesquisas foram publicadas (Gráfico 49, p. 124).

Total ênfase nos primeiros anos da década, até 2006, com inexistência de trabalhos após esses anos.

1.4 Banco de Dados SciELO (Scientific Electronic Library Online)

Em ambos os descritores foram localizadas somente três referências em cada um, sendo que nenhuma delas ultrapassou os crivos do protocolo de seleção.

Pode-se aqui considerar que os descritores não tenham correspondido às expectativas em que foram colocados com relação às psicoterapias e/ou tratamentos, já que TDAH é uma classificação do modelo médico.

Talvez a ampliação dos descritores para *déficit de atenção e hiperatividade*, nomenclatura mais afeita às humanidades, tivessem alcançado resultado melhor, investigação que talvez futuras pesquisas venham a esclarecer oportunamente.

1.5 Banco de Dados PSICODOC (Base de Dados Bibliográfica de Psicologia).

1 Número de pesquisas relativas a psicoterapias e tratamentos psicológicos ofertados a crianças e adolescentes (Gráfico 43, p. 122).

Não houve referências encontradas no primeiro descritor, *TDAH x tratamento psicológico*. No segundo descritor, foram encontradas 14 pesquisas, com duas delas sendo selecionadas, o que correspondeu a 14,28% do total.

2 Tipos de tratamentos utilizados (Gráfico 43, p. 122).

Este banco de dados é dedicado a psicologia e disciplinas afins, de acesso restrito, com cobertura para a Espanha e América Latina desde 1975. Daí a possibilidade da mudança substancial nas abordagens psicológicas, pois dos 14,28% referentes aos tratamentos, 50% correspondiam à abordagem psicodinâmica e 50% para a psicomotora associada à linha comportamental e cognitivo-comportamental.

Destacou-se a tentativa de se aliar a abordagem psicomotora à comportamental, linha pertencente à psicodinâmica, que busca a integração do movimento da criança baseado em sua linha de desenvolvimento e em seu sentido expressivo de seu ser, possibilidade que, talvez, possa ter ampliado o conhecimento sobre a criança e, com isso, o manejo clínico da situação comportamental.

3 Tipos de pesquisa utilizados (Gráfico 44, p. 122).

Estudo de caso foi a metodologia escolhida pelos pesquisadores psicodinâmicos com trabalho de caráter familiar e breve, a primeira desse tipo nesta dissertação, já que crêem que a criança hiperativa somente demonstra a pouca funcionalidade de seu ambiente doméstico.

4 Número de sujeitos nas pesquisas empíricas e nas de estudos de caso (Gráfico 45, p. 122).

Houve somente uma referência a familiares com criança diagnosticada como TDAH, dado que em uma pesquisa mais sofisticada, como a metanálise, talvez sequer viesse à luz.

5 Tipos de instituições em que se desenvolveram as pesquisas (Gráfico 46, p. 123).

Neste banco de dados também ocorreu o aparecimento de experiências da prática clínica privada, em dois exemplos, um deles ligado a um centro de saúde mental infantil, algo que, conforme já referendado, pode vir a abrir espaço para um manejo clínico diferente do realizado academicamente, tanto em vista de metodologia quanto de tipologia de sujeitos.

6 Áreas de concentração das publicações selecionadas (Gráfico 47, p. 123).

Ambas são revistas de psicologia, embora uma delas esteja ligada à psicopatologia, o que pode lhe conferir um caráter mais médico e menos filosófico.

7 Países em que as pesquisas foram publicadas (Gráfico 48, p. 123).

Os dois artigos pertenciam à Espanha, país que no banco de dados Medline só aparece uma única vez, talvez pelo fato do espanhol não ser língua internacionalizada.

8 Anos em que as pesquisas foram publicadas (Gráfico 49, p. 124).

Há somente dois artigos referindo-se a anos intermediários da década, 2005 e 2009, o que não ofereceu substrato para análise

6. CONCLUSÕES

TDAH: O TRANSTORNO QUE PEDE POR COMPREENSÃO PANORÂMICA

A partir deste mapeamento dos tratamentos ofertados a crianças e adolescentes hiperativos e/ou desatentos, sob os descritores anteriormente mencionados, por meio de bancos de dados legitimados e de reconhecido valor científico, é inquestionável a predominância da corrente comportamental e sua variação, a cognitivo-comportamental, em sua imensa maioria de psicoterapias e tratamentos psicológicos, associada à medicação, no assunto TDAH.

O maior índice de efetividade foi alcançado pelo modelo combinado, o que une medicação a intervenções psicossociais que atingem a criança e seus ambientes familiar e escolar.

A hipótese mais simples de se pensar diz respeito à facilidade com que tanto o medicamento quanto esse tipo de psicoterapia definiram o que desejavam obter: redução de sintomas e modificação de comportamentos específicos, medidos por escalas e questionários auto preenchíveis, com análises baseadas em escalas numéricas, que obedeceram a padrões quantitativos. Dessa forma, puderam discriminar os comportamentos em questão, mensurando-os antes e depois do tratamento, bem como realizar acompanhamento longitudinal sobre a manutenção das mudanças provocadas pelos mesmos.

Como ficou demonstrado na imensa maioria dos estudos, o TDAH não deve ser visto isoladamente, pois sua ocorrência tem implicações não só na vida da própria criança como também na de sua família, atingindo seus professores, colegas, sua vida afetiva, social e profissional. Daí poder-se pensar ser vantajosa a utilização de um medicamento que atenuar comportamentos que causam tantos prejuízos a si próprio e a terceiros. Bem como tratamentos que corrijam essas atitudes, que tragam responsabilidade à criança perante sua maneira de ser, que dêem aos pais o conhecimento de que seu filho nasceu assim, culpa da natureza que, infelizmente, formatou aquele cérebro de forma incomum, deficitária, problemática.

Assim, receber um diagnóstico pode ser fato que até traga tranquilidade, principalmente aos pais, pois concretiza um quadro inteligível com o qual pode se ter compreensão racional – e mesmo aos profissionais, que assim podem ter seus saberes atestados (Sigal, 2005).

Talvez a preponderância da causalidade genética ou neurológica possa ser explicação mais palatável de ser absorvida, já que configura algo que aconteceu na criança fora da alçada aparente de qualquer outra interferência. Com isso, possivelmente, possa haver a eliminação

de possíveis falhas nas funções parentais ou no ambiente.

Para a própria criança pode ser bom se sentir contextualizada em um transtorno que a explique, com o qual ela possa se identificar, não mais se sentindo estrangeira entre os seus iguais. O diagnóstico não é somente útil para os que planejam políticas públicas, os que fabricam medicamentos, os que clinicam. O diferente, então, fica conhecido, categorizado, e sua hiperatividade e/ou desatenção passam a incorrer em relações com a tônica do que hoje se entende por sociedade inclusiva.

Evidentemente, algumas vezes ocorrências puramente biológicas realmente acontecem: o feto não se desenvolve a contento, omite etapas, confunde códigos, não fabrica seus elementos constitutivos como é o esperado na espécie. Cérebros podem ser mal gestados, podem gerar comportamentos cuja remissão só possa ser obtida por medicamentos, como os quadros convulsivos em geral.

Hiperatividade e/ou desatenção podem ser indícios, sim, de sistemas cerebrais deficitários, que precisam de compensações químicas, tal como um pâncreas necessita de medicamentos que melhorem sua produção hormonal.

Mas no decorrer deste trabalho percebeu-se a possibilidade de muitas vozes serem ouvidas, não somente as que preconizam a objetividade. Aliás, até algumas delas se valeram de conceituações psicanalíticas para melhor lidar com o comportamento de seus pacientes.

Após essa exaustiva investigação, contudo, o próprio sentido de efetividade ficou em evidência para ser questionado e, quem sabe, vir a expandir a sua acuidade na representação de sujeitos e em sua apreensão de seus universos como tais. Da forma como é realizado, pode-se vir a pensar ao que está comprometido – à escola e seu conceito de bom comportamento? À família que se abstém de também se transformar, já que a causa é neurológica e curada com medicação? Aos psiquiatras, neurologistas, pediatras e psicólogos, que se vêm tranquilizados por localizarem o transtorno entre os quesitos necessários? Às corporações que lucram com isso?

A psicologia baseada em evidências estabeleceu seus parâmetros a partir das ditas ciências duras, quais sejam as naturais, que normalmente são deterministas e determinadas, impassíveis à ação de intervenções como as promovidas, por exemplo, pelo tempo – compostos químicos se agregam por leis intrínsecas a eles. Em outros termos: seu objeto de estudo é claro e inequívoco, podendo toda a experimentação ser programada a partir de variáveis estabelecidas por seus pesquisadores.

Para que o mesmo aconteça com a psicologia, em que não se tem um objeto, mas sim um sujeito aberto a variáveis imprevisíveis, que não necessariamente se repetem e nem sempre podem ser comprovadas, foi necessário reduzir as impressões possíveis desse humano.

A tentativa foi quantificar expressões emocionais, sentimentos, pensamentos e atitudes em um quadro lógico, que buscou estabelecer padrões relativamente fixos em seu proceder.

Em decorrência do tipo de metodologia utilizada, a amplitude do estudo pode se apresentar com número de sujeitos muito significativo, na casa das centenas ou milhares, como pode acontecer nos quantitativos. Oposto ao que normalmente ocorre na clínica da subjetividade, em que os estudos de caso são únicos ou de número reduzido, com a técnica da abordagem se diferenciando muito dependendo de quem a aplica, através dos processos de transferência e contratransferência validados por essa corrente, que acontecem entre os dois sujeitos, cliente/paciente e psicoterapeuta.

Este fato não é levado em conta na pesquisa baseada em evidências: é como se o profissional, seus desejos, pensamentos, valores e sentimentos não estivessem implicados no processo, como se fosse somente um agente de mudanças em aliança terapêutica aplicando procedimentos padronizados, treinado para tal.

Isso se observou, por exemplo, nas pesquisas em que os resultados se mostraram inalterados, embora tenham sido oferecidos aos seus sujeitos tratamentos diversos, mesmo se tratando dos psicossociais, que fornecem conhecimentos sobre o transtorno e informações de como melhor lidar com ele. Pelos dados obtidos, foi como se as pessoas não tivessem passado por essa experiência. Mas a história humana foi colorida pela existência de Heráclito de Éfeso, ainda em tempos pré-socráticos, por volta dos 500 anos a.C., a avisar que não se pode banhar duas vezes no mesmo rio, pois nem o rio e nem quem nele está são os mesmos (Magee, 2001).

Ou seja, se o movimento implica mudança, se o humano sempre é permeável a algum aprendizado, a alguma aquisição, como se pode permanecer o mesmo depois de uma experiência como a de compor grupo de pessoas em um tratamento para TDAH? Além das informações objetivas sobre o transtorno, que potencialmente trazem mudanças em conceitos e crenças, a convivência em grupo frequentemente propicia a identificação entre os que sofrem com os mesmos problemas.

Ao não mensurar as transformações que podem acontecer em semanas de treinamento em termos de aprendizados, encontros, partilhas de histórias, emoções, pensamentos, observações sobre si mesmo, as escalas mostraram-se incapazes de retratar a pessoa como um aglomerado de vivências.

A clínica da subjetividade, por ser aberta ao fenômeno, por propiciar espaço para que as mudanças possam ocorrer a partir do entendimento que o sujeito tenha de si mesmo, ao não partir de objetivos nítidos a serem atingidos, conseguiu se aprofundar sobre cada caso, em um estudo metódico e amplo, embora com número de sujeitos pífio em comparação às

pesquisas empíricas. Quem sabe um possível caminho seja justamente o entrosamento da teoria e do manejo psicodinâmicos às intervenções comportamentais, no que é chamado de pesquisa quanti/quali, que enseja avaliação não somente quantitativa, mas com análise de seu conteúdo, qualitativamente.

Pais de crianças hiperativas e/ou desatentas, ao procurar por especialistas, tanto podem fazê-lo com profissionais que irão medicar seu filho e/ou conduzi-lo a intervenções de modificação de comportamento, com efetividade garantida. Dependendo da acuidade do diagnóstico, pode essa criança realmente vir a necessitar de apoio psicofarmacológico, bem como de técnicas que a habilitem a melhor interagir consigo mesmo e com os seus. Mas nem sempre, daí a importância de o psicodiagnóstico ser feito por psicólogo gabaritado para tal tarefa, função que vai além do olhar clínico e da listagem de sintomas repassadas por terceiros.

Daí porventura venha a possibilidade de se fazer deste transtorno um ponto de partida para um reposicionamento da dinâmica familiar, aliado ao entendimento de que essa criança é um fruto, semente em que foram depositados muitos valores, sentimentos, expectativas. Talvez possam buscar psicólogos e psiquiatras que se preocupem em entender essa criança e com ela formar vínculo para, só assim, ajudá-la em sua procura de melhora, em sua própria medida de descoberta do que isso possa significar para ela.

Cabe à escola, à família e à sociedade acolher as mudanças que se fazem necessárias para que venham a oferecer às crianças e aos adolescentes que sofrem por se sentirem diferentes, um lugar de pertencimento.

A fim de que possam ser sujeitos de sua história, criativos e únicos, solidários e humanos. Protagonistas da obra de seu viver (Stamato, 2008).

Talvez Gilberto Safra (2006, p. 10) possa resumir, com seu saber, a discussão que realmente se colocou como imperativa:

Somos chamados, mais como seres humanos do que como psicanalistas ou psicoterapeutas, para sermos interlocutores de situações em que o fenômeno humano é colocado em risco. Testemunhamos agonias que aparecem como a perda da dignidade, como experiências de humilhação, de alienamento da experiência de ser gente.

Para essa tarefa precisamos mais do que teorias, testes, instrumentos. Necessitamos do reconhecimento das necessidades alicerces da dignidade humana, tais como: a hospitalidade, o reconhecimento, a singularidade, o pertencimento, o trabalho, a moradia e a alimentação. Para responder a elas é necessária a recuperação da memória dos fenômenos que possibilitam o restabelecimento do que é fundamental ao homem, tais como o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio.

REFERÊNCIAS

- Abikoff, H., Hechtman, L., Klein, R. G., Gallagher, R., Fleiss, K., Etcovitch, J. et al (2004, julho). Social functioning in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(7), 820-9. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://dionysus.psych.wisc.edu/Lit/Articles/AbikoffH2004a.pdf>
- Abikoff, H., Hechtman, L., Klein, R. G., Weiss, G., Fleiss, K., Etcovitch, J. et al (2004, julho). Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatr*, 43(7), 802-811. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FD079562-DBB3-4111-7F4000E063E6FD77&resulted=1&page=1 & dbTab=a ll>
- Abreu, C. N., & Guilhardi, H. J. (Orgs.). (2004). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental. Práticas clínicas*. São Paulo: Roca.
- Al-Ghamdy, Y. S., & Qureshi, N. A. (2001, agosto). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Epidemiologic, pathophysiologic, diagnostic and treatment perspectives. *Saud Med J*, 22(8), 666-73. Recuperado em 12 de outubro, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11573110>
- Antony, S., & Ribeiro, J. P. (2005, junho). Hiperatividade: doença ou essência, um enfoque da gestalt-terapia. Brasília. *Psicol Cienc Prof*, 25(2). Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000200003
- Antshel, K. M., & Barkley, R. (2008, abril). Psychosocial interventions in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 17(2), 421-37, x. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18295154>
- APA. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (4ª ed.). (Cláudia Dornelles, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Assumpção Jr., F. B., & Kuczynski, E. (Orgs.). (2010). *Qualidade de vida na infância e na adolescência: orientações para pediatras e profissionais da saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Bachmann, M., Bachmann, C., Rief, W., & Mattejat, F. (2008, setembro). Efficacy on psychiatric and psychotherapeutic interventions in children and adolescents with psychiatric disorders – a systematic evaluation of meta-analyses and reviews. Part II: ADHD and conduct disorders. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 36(5), 321-33. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18791982>
- Baldwin, S., & Cooper, P. (2000, dezembro). How should ADHD be treated? *The Psychologist*, 3(12). Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.thepsychologist.org.uk/archive_e/archive_home.cfm/volumeID_13-editionID_51-ArticleID_512-getfile_getPDF/thepsycho%20logist%205Cdec00h2h.pdf

- Baptista, A. (2010) *Eficácia e disseminação dos programas psicológicos de tratamento: o desafio actual*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Departamento de Psicologia. Recuperado em 30 de setembro, de <http://www.universopsi.com.br/HIPNOSE2.pdf>
- Barbetti, H. V. (2003). *A historical phenomenology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://proquest.umi.com/pqdlink?Ver=1&Exp=04-18-2016&FMT=7&DID=766076071&RQT=309&attempt=1&cfc=1>
- Barkley, R. A. (2002). Psychosocial treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children. *J Clin Psychiatry*, 63, suppl, 12, 36-43. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.psychiatrist.com/pcc/pccpdf/v04s04/v63s1206.pdf>
- Barkley, R. A. (Org.). (2008). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Manual para diagnóstico e tratamento*. (Ronaldo Cataldo Costa, trad.). (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Baudrillard, J. (2005). *A sociedade de consumo*. (Artur Morão, trad.). Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Benedetti, I., & Urt, S. C. (2008, dezembro). Escola, ética e cultura contemporânea: reflexões sobre a constituição do sujeito que "não aprende". *Psicol educ*, 27, 141-155. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752008000200008&lng=pt&nrm=iso.
- Berman, S. M., Kuczenski, R., McCracken, J. T., & London, E. D. (2009, fev.). Potential adverse effects of amphetamine treatment on brain and behavior: a review. *Mol Psychiatry*, 14(2), 123-42. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2670101/pdf/nihms-105401.pdf>
- Berttran, D. E., Motta, I. F., Menichetti, D., Bottura, W., Gurgel, A. P., & Pastoreli, L. (2009). Projeto de Pesquisa de grupo de escuta psicoterápica aos pais de portadores de TDAH. In *Caderno de Anais da VII Jornada APOIAR: saúde mental e enquadres grupais: a pesquisa e a clínica*, 579-589. São Paulo: IPUSP.
- Biederman, J., & Spencer, T. J. (2008, abril). Psychopharmacological interventions. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 17(2), 439-58, xi. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18295155>
- Bonney, H. (2000, abril). Therapy of children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) based on communication and system theories. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 49(4), 285-299. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FC D96A9B-B9C9-6DB6-B328-8929036AF9EB&resultID=1&page=1&dbTab=all>
- Borges, J. L., Trentini, C. M., Bandeira, D. R., & Dell'Aglio, D. D. (2008, janeiro/junho). Avaliação neuropsicológica dos transtornos na infância: um estudo de revisão. *Psico-USF* 13(1), 125-133. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712008000100015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

- Bridglal, S. A. (2003, junho). Cognitive-behavioral therapy with children and adolescents: methods, strategies, and studies based on tests of efficacy. *Psiquiatria e Psicoterapia*, 22(2), 160-171. Recuperado em 20 de setembro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FD693498-05D6-886E-E8D0-0682A455B92C&resultID=1&page=1&dbTab=all>
- Bucci, E., & Kehl, M. R. (2004). *Videologias: ensaios sobre televisão*. São Paulo: Boitempo.
- Buitelaar, J. K., & Kooij, J. J. (2000, setembro, 2). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): etiology, diagnosis and treatment. *Ned Tijdschr Geneesk*, 144(36), 1716-23. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10992893>
- Bürgin, D., & Steck, B. (2007) Psychoanalytic psychotherapy and the ADHD-triad (impulsivity, hyperactivity and attention deficit disorder). *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 56(4), 310-332. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FDA50FF6-B34A-325D-B430-250983702B2D&resultID=1&page=1&dbTab=all>
- Caliman, L. V. (2008, julho/setembro). O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicol Estud*, 13 (3). Maringá, PR. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722008000300017&script=sci_arttext&tlng=target=_blank
- Caliman, L. V. (2009) A constituição sócio-médica do “Fato TDAH”. *Psicologia & Sociedade*, 21(1), 135-144. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n1/16.pdf>
- Cantor, D. (2000). The role of group therapy in promoting identity development in ADHD adolescents. *J Psychotherapy Independ Pract*, 1(2), 53-62. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FD8A84BF-E80C-53DE-FAB5-858EAE233D28&resultID=1&page=1&dbTab=all>
- Capovilla, A. G. S., Assef, E. C. S., & Cozza, H. F. P. (2007, junho) Avaliação neuropsicológica das funções executivas e relação com desatenção e hiperatividade. *Aval Psicol*, 6(1). Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712007000100007&lng=pt&nrm=iso
- Casey, R. J., & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98(2), 388-400. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org/journals/bul/98/2/388.pdf>
- Cassorla, R. M. S. (2003, dezembro). Procedimentos, colocação em cena da dupla (“Enactment”) e validação clínica em psicoterapia psicanalítica e psicanálise. *Rev Psiquiatr*, 25(3). Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000300004
- Castro, M. G. K., Stürmer, A., Albornoz, A. C. G., Meira, A. C. S., Scmitz, A. R., Ruaro, C.

- K. et al (2009). *Crianças e adolescentes em psicoterapia. A abordagem psicanalítica*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Ceccarelli, P. 2005, set./dez.). O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 10(3), p.471-477. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a14.pdf>
- Chacko, A., Wymbs, B. T., Flammer-Rivera, L. M., Pelham, W. E., Walker, K. S., Arnold, F. W. et al (2008, novembro). A pilot study of the feasibility and efficacy of the Strategies to Enhance Positive Parenting (STEPP) program for single mothers of children with ADHD. *J Atten Disord*, 12(13), 270-80. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://jad.sagepub.com/content/early/2007/10/12/10.87054707306119.full.pdf+html>
- Chacko, A., Wymbs, B. T., Wymbs, F. A., Pelham, W. E., Swanger-Gagne, M. S., Girio, E. et al. (2009, março). Enhancing traditional behavioral parent training for single mothers of children with ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 38(2), 206-18. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19283599>
- Chavis, M. H. (2008) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a clinical interventive approach with case vignettes*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, pp.1155. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://proquest.umi.com/pqdlink?vinst=PROD&attempt=1&fmt=6&startpage=1&ver=1&vname=PQD&RQT=309&did=1514969481&exp=03-262016&scaling=FULL&vtype=PQD&rqt=309&cfc=1&T S=1301323871&clientId=61611>
- Chronis, A. M., Gamble, S. A., Roberts, J. E., & Pelham, W. E. (2006, junho). Cognitive-behavioral depression treatment for mothers of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Behav Ther*, 37(2), 143-58. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.acsu.buffalo.edu/~robertsj/chronis.2.pdf>
- Chronis, A. M., Jones, H. A., & Raggi, V. L. (2006, agosto). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clin Psychol Rev*, 26(4), 486-502. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6VB8-4J90W86-11&_cdi=5920&user=5674931&pii=S0272735806000031&_origin=gateway&_coverDate=08%2F31%2F2006&_sk=999739995&view=c&wchp=dGLzVlz-zSkWA&md5=282f4ac3bfe89fda26a95d72fb38c3ee&ie=/sdarticle.pdf
- Cordioli, A. V. et al (2008). *Psicoterapias. Abordagens atuais*. (3ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Correa, O. B. R. (2000). *O legado familiar: a tecelagem grupal da transmissão psíquica*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Costa, P. A. (2002). Como y para que se há instaurado el discurso de la maximización de beneficios em la esfera psicoterapêutica: análisis de las evaluaciones de costo-beneficio. *Psicoperspectivas*, 1. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.psicoperspectivas.equipu.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/38/38>
- Courtois, R., Champion, M., Lamy, C., & Bréchon, G. (2007, agosto). Hiperactivity in

- children: some thoughts on subjacent psychopathological mechanisms. *Annales Médico-Psychologiques*, 165(6), 420-427. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.em-consulte.com/article/64749>
- Cramer, K., Miller, A., Page, J., Hartling, L., Crumley, E., & Klassen, T. P., (2002). Is the methylphenidate effective in reducing syntoms of ADHD in school-aged children? *Pediatrics & Child Health*, 673-674. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2796530/>
- Cui, L., Yufeng, W., & Xilin, W. (2003, agosto). The role of integrative psydwo therapy base on social skills training on 12 ADHD children. *Chinese Mental Health Journal*, 17(8), 565-568. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FD6C442A-9DCC-194B-20DC-13370279C5E0&resultID=57&page=3&dbTab=all>
- Daly, B. P., Creed, T., Xanthopoulos, M., & Brown, R. T. (2007, março). Psychosocial treatments for children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Neuropsychol Rev*, 17(1), 73-89. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.springerlink.com/content/b45r0140l66v6083/>
- Dammasch, F. (2003). Psychoanalytical understanding of the restless child. *Analytische Kinder und Jugendlichenpsychotherapie*, 34(118), 157-183. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FCEA2345-04AB-A3E6-EBB4-BE8766E95A04&resultID=2&page=1&dbTab=all>
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C. at al (2010, fevereiro) The quality of life of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19(2), 83-105. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://eprints.soton.ac.uk/67023/>
- de Boo, G. M., & Prins, P. J. (2007, janeiro). Social incompetence in children with ADHD: possible moderators and mediators in social-skills training. *Clin Psychol Rev*, 27(1), 78-97. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16814435>
- Deakin, E. K., & Nunes, M. L. T. (2008) Investigação em psicoterapia com crianças: uma revisão. *Rev Psiquiatr*, 30(1 Supl). Recuperado em 20 de setembro de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000200003
- DeSantis, Al. D., Webb, E. M., & Noar, S. M. (2008, novembro/dezembro) Illicit use of prescription ADHD medications on a college campus: a multimethodological approach. *Journal of American College Health*, 57(3), 315-323. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/search/detailmini.jsp?_nfpb=true&_ERICExtSearch_SearchValue_0=EJ817053&ERICExtSearch_SearchType_0=no&acno=EJ817053
- Diaconu, G., Grigore, I., & Burlea, M. (2009, julho/setembro). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical and treatment aspects. *Rev Med Chir Soc Med*

- Nat Iasi*, 113(3), 656-62. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20191811>
- Diller, L. H. (2006). The last normal child: essays on the intersection of kids, culture, and psychiatric drugs. p. 160. WestPort, Conn: Praeger Publishers, apud Jakubow, J. J. (2007). *Education, psychiatry, and children: explaining the social factors behind the next public health threat*. *PsyCRITIQUES*, 52(32). Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/164/5/835>
- Diniz Neto, O., & Féres-Carneiro, T. (2005, setembro/dezembro). Eficácia psicoterapêutica: terapia de família e o efeito “Dodô”. (2005) *Estudos de Psicologia*, 10(3). Natal, RN. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000300003
- Döpfner, M., & Lehmkuhl, G. (2002, julho/agosto). Evidenced based therapy of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorders (ADHD). *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 51(6), 419-440. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FCADACC6-D9C3-82C9-584C-B9E6FC01404F&resultID=2&page=1&dbTab=all>
- Döpfner, M., Breuer, D., Schürmann, S., Metternich, T. W., Rademacher, C., & Lehmkuhl, G. (2004). Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder – global outcome. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13(Suppl.1), 117-29. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15322962>
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., O'Connor, B. C. (2009, março). A meta-analysis of behavioural treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clin Psychol Rev*, 29(2), 129-40. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VB8-4TWVX26-1&_user=5674931&_coverDate=03%2F31%2F2009&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=gateway&_origin=gateway&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1658801602&_rerunOrigin=google&_acct=C000049650&_version=1&_urlVersion=0&_userid=5674931&md5=0a4d88737dfb7e0272b08f8832d9d963&searchtype=a
- Fonagy, P. (2003). The research agenda: the vital need for empirical research in child psychotherapy. *J Child Psychother*, 29(2), 129-36. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.pep-web.org/document.php?id=jcptx.029.0129a>
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. (Roberto Machado, trad.). (20. Ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Fricke, B. & Streeck-Fischer, A. (2006, março). “With sea horses the fathers have the babies!” Confusing realities in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Development-oriented psychotherapy presented by an example of a child with complex developmental disturbance. *Psychotherapeut*, 51(2), 91-98. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FE54290A-9AED-F7D1-7E78AFA76A5E1316&resultID=1&page=1&dbTab=all>
- Froehlich, J., Döpfner, M., & Lehmkuhl, G. (2002, janeiro). Effects of combined cognitive

- behavioural treatment with parent management training in ADHD. *Behav Cogn Psychother*, 30(1), 111-115. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FD72CBD9-B4DF-848A-46DF-A9A93C5BCFD8&resultID=1&page=1&dbTab=all>
- Frölich, J. Döpfner, M., Berner, W., & Lehmkuhl, G. (2002, julho/agosto). Treatment effects of combined cognitive behavioral therapy with parent training in hyperkinetic syndrome. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 51(6), 476-93. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12235712>
- Furman, L. (2005, dezembro). What is Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)? *Journal Child Neurol*, 20(12), 994-1002. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.medscape.com/viewarticle/522190>
- Gardner, B. K., Sheppard, D. M., & Efron, D. (2008, março). The impact of stimulants on a clinical measure of attention in children with ADHD. *Child Neuropsychology*, 14(2), 171-186. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17852126>
- Gau, S. S-F. (2007, agosto). Parental and family factors for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Taiwanese children. *Aust N Z J Psychiatry*, 41(8), 688-696. Recuperado em 12 de outubro, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17620166>
- Ghaemi, S. N. (2008, março). Toward a Hippocratic psychopharmacology. *Canadian Journal Psychiatry*, 53(3), 189-96. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18441665>
- Golden, S. M. (2009, outubro). Does childhood use of stimulant medication as a treatment for ADHD affect the likelihood of future drug abuse and dependence? A literature review. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 18(4), 343-358. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/search/detailmini.jsp?_nfpb=true&_ERICExtSe arch_Sear chValue_0=EJ862308&ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=EJ862308
- Goldstein, S. (2006, verão). *The marketing of ADHD*. Annals of the American Psychotherapy Assn, 9(2), 32-33. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://findarticles.com/p/articles/mi_hb013/is_2_9/ai_n29275194/
- Graell, R. L., & Vaz, C. E. (2006, setembro/dezembro). Personalidade de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) por meio do Rorschach. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 22 (3), 269-276. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n3/03.pdf>>
- Grassano, E. (1996). *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. (Leila Salomão L. P. Cury Tardivo, trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Greydanus, D. E., Pratt, H. D., Sloane, M. A., & Rappley, M. D. (2003, outubro). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children and adolescents interventions for a complex costly clinical conundrum. *Pediatr Clin North Am*, 50(5), 1049-92, vi. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14558681>

- Grizenko, N., Shayan, Y. R., Polotskaia, A., Ter-Stepanian, M., & Joober, R. (2008, janeiro). Relation of maternal stress during pregnancy to symptom severity and response to treatment in children with ADHD. *Journal Psychiatry Neurosci*, 33(1), 10-6. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2186370/pdf/20080100s00002p10.pdf>
- Guarido, R. (2007, janeiro/abril). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, 33(1), 151-161. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151797022007000100010&script=sci_arttext&tlng=es
- Güçlü, O., & Erkiran, M. (2005). Personality disorders in parents of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Klinik Psikiyatri Dergisi: The Journal of Clinical Psychiatry*, 8(1), 18-23. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.klinikpsikiyatri.org/files/journals/1/208.pdf>
- Guilé, J. M. (2004, dezembro). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: can cognitive sciences and psychotherapy play together? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 52(8), 510-514. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.psycho.univ-paris5.fr/IMG/pdf/TDAH.pdf>
- Hamilton, R., Gray, C., Bélanger, S. A., Warren, A. E., Gow, R. M., Sanatani, S. et al (2009, novembro). Cardiac risk assessment before the use of stimulant medications in children and youth: a joint position statement by the Canadian Paediatric Society, the Canadian Cardiovascular Society and the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Canadian Academy Child Adolescent Psychiatry*, 18(4), 349-355. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.ccs.ca/download/position_statements/2009_CardiacRiskAssessment_ChildYouth.pdf
- Hansen, S., Meissler, K., & Ovens, R. (2000, dezembro). Kids together: a group play therapy model for children with ADHD. *J Child Adolescent Group Ther*, 10(4), 191-211. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.springerlink.com/content/nu458r66h6642764/fulltext.pdf>
- Haroche, C. (2009). O outro e o eu na fluidez e desmedida das sociedades contemporâneas. In Naxara, Marson, & Brepohl (Orgs.). *Figurações do outro*. Uberlândia, MG: Editora da Universidade Federal de Uberlândia.
- Harris, B. H., Reynoso, J. S., Meehan, K. B., Ueng-McHale, J. Y., & Tuber, S. (2006, outono). A child with ADHD: convergences of Rorschach data and case material. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 5(4), 499-517. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.DisplayRecord&id=FE5A0A5E-086A-3E3E-CE20-783B9B9FDA53&resultID=1&page=1&dbTab=all>
- Hechtman, L., Abikoff, H., Klein, R. G., Weiss, G., Respitiz, C., Kouri, J. et al (2004, julho). Academic achievement and emotional status of children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child & Adolescent Psychiatry*, 43(7), 812-819. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://dionysus.psych.wisc.edu/Lit/Topics/ADHD/Hechtm%20acad.pdf>

- Hechtman, L., Abikoff, H., Klein, R. G., Greenfield, B., Etcovitch, J., Cousins, L. et al (2004, julho). Children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment: impact of parental practices. *J Am Acad Child & Adolescent Psychiatr*, 43(7), 830-838. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FD0B15C3-A97A-CC0F-CF54-936E292DA761&resultID=1&page=1&dbTab=all>
- Hoagwood, K., Kelleher, K. J., Feil, M., & Corner, D. M. (2000, fevereiro). Treatment services for children with ADHD: a national perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(2), 198-206. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10673831>
- Holtkamp, K., Peters-Wallraf, B., Wüller, S., Pfäffle, R., & Herpertz-Dahlmann, B. (2002, primavera). Methylphenidate-related growth impairment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12(1). Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/10445460252943579;jsessionid=ikFUTvLqNBc-?cookieSet=1&journalCode=cap>
- Hopf, H. (2009, outubro). "I did not feel I was alone in this difficult situation...": supervision of psychoanalytic treatment for a nine-year-old boy diagnosed for ADHD. *Kinderanalyse*, 17(4), 335-365. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.kinderanalyse.de/showAbstract.php?isbn=KA200904&lfnr=3&titel=summary>
- Horst, R. O., & Hendren, R. L. (2005). Integrated pharmacologic treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Essent Psychopharmacol*, 6(5), 250-61. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16222910>
- Hoza, B., Mrug S., Pelham, W. E. Jr., Greiner, A. R., & Gnagy, E. M. (2003, abril). A friendship intervention for children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: preliminary findings. *J Attention Disorders*, 6(3), 87-98. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://jad.sagepub.com/content/6/3/87.full.pdf+html>
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Mrug, S., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A. et al (2005, fevereiro). Peer-assessed outcomes in the multimodal treatment study of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Clin Child and Adolesc Psychology*, 34(1), 74-86. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/32/6/655.full.pdf>
- Jacobs, C., & Peterman, F. (2005). Attention deficit disorders in childhood: concept and effectiveness of the ATTENTIONER program. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 26(3), 317-341. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FD002499-CE7B-792D-4BDC-D5E335EA8BCA&resultID=1&PAge=1&dbTab=all>
- Jakubow, J. J. (2007). Education, psychiatry, and children: explaining the social factors behind the next public health threat. *PsyCRITIQUES*, 52(32). Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/164/5/835>

- Jensen, P. S., Arnold, L. E., Swanson, J. M., Vitiello, B., Abikoff, H. B., Greenhill, L. L., et al. (2007, agosto). 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(8), 989-1002. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.madinamerica.com/madinamerica.com/Children_files/3-year%20followup%20of%20the%20NIMH%20MTA%20Study.PDF
- Johnston, C., Seipp, C., Hommersen, P., Hoza, B., & Fine, S. (2005, novembro). Treatment choices and experiences in Attention Deficit and Hyperactivity Disorder: relations to parent's beliefs and attributions. *Child: Care, Health and Development*, 31(6), 669-677. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2214.2005.00555.x/pdf>
- Jones, J. D. (2002, primavera). Plea for a measure of understanding: the importance of intensive psychotherapy in the treatment of children with ADHD. *Psychother Theor Res Pract, Train*, 39(1), 12-20. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/journals/pst/39/1/12.pdf>
- Kaiser, N. M., Hoza, B., & Hurt, E. A. (2008, outubro). Multimodal treatment for childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Expert Rev Neurother*, 8(10), 1573-83. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/18928349/reload=0;jsessionid=6A0D45029636D5FC8357F561E41464A5.jvml>
- Kandel, E. R. (2003, janeiro/abril). A biologia e o futuro da psicanálise: um novo referencial intelectual para a psiquiatria revisitado. Rio Grande do Sul. *R. Psiquiatr*, 25(1), 139-165. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.pepas.org/textos/biologia_futuro_psicanalise.pdf
- Kapalka, G. M. (2007). La colaboración entre pediatras y psicólogos en el diagnóstico y tratamiento de niños con TDAH. *Papeles del Psicólogo, Revista del Colegio Oficial de Psicología*, Espanha. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/778/77828204.pdf>
- Kariyawasam, S. H., Pereira, H., Koralagama, A., & Jayawardane, P. (2005, junho). Methylphenidate in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): experience from a Sri Lankan Tertiary Children's Hospital. *J Child Neurol*, 20(6), 496-499. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15996398>
- Kawai, T. (2009, novembro). Union and separation in the therapy of pervasive developmental disorders and ADHD. *J Anal Psychol*, 54(5), 659-675. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-5922.2009.01812.x/pdf>
- Keen, D., & Hadjikhouri, I. (2008). ADHD in children and adolescents. *Clin Evid* (online). Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/chd/0312/0312-get.pdf>
- Klein, R. G., Abikoff, H., Hechtman, L., & Weiss, G. (2004, julho). Design and rationale of controlled study of long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, vol. 43(7), 792-801. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w>

10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FD_13D915-94F4-D100-1588-6478E5E8F0E0&resultID=1&page=1&dbTab=all

- Knight, L. A., Rooney, M., & Chronis-Tuscano, A. (2008, outubro). Psychosocial treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 10(5), 412-8. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18803915>
- Kollins, S. H. (2007, janeiro). Abuse liability of medications used to treat Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *The American Journal on Addictions*, 16(Suppl.1), 35-44. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/10550490601082775/pdf>
- Kupfer, M. C., & Bernardino, L. M. F. (2009, março). As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI, Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*, 12(1). Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000100004
- Labauve, B. J. (2003, verão). Systemic treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Systemic Therapies*, 22(2), 45-55. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.atypon-link.com/GPI/doi/pdf/10.1521/jsyt.22.2.45.23345?cookieSet=1>
- Langberg, J. M., Epstein, J. N., & Graham, A. J. (2008, outubro). Organizational-skills interventions in the treatment of ADHD. *Expert Rev Neurother*, 8(10), 1549-61. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18928347>
- Langberg, J. M., Arnold, L. E., Flowers, A. M., Epstein, J. N., Altaye, M., Hinshaw, S. P. et al (2010, março). Parent-reported homework problems in the MTA study: evidence for sustained improvement with behavioral treatment. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 39(2), 220-33. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://media.web.britannica.com/ebsco/pdf/758/49152758.pdf>
- Lara, A. C., Maia, G., Lacaze, E., Pinton, F., Chambry, J., & Billard, C. (2007). Hyperactivity and psychosis in the child: the usefulness of projective methods in the clarification of diagnoses. *Psychologie Clinique et Projective*, 13, 173-196. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PCP_013_0173
- Lauth, G. W., & Fellner, C. (2004). Course of therapy and long-term effects of a multimodal therapy program in ADHD. Single case studies. *Kindheit und Entwicklung*, 13(3), 167-179. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FD77B601-EFBB-3ECB-56C51400252F24A2&resultID=1&page=1&dbTab=all>
- Le Heuzey, M. F. (2008, julho). Quoi de neuf dans le traitement de l'enfant hyperactif? *Arch Pediatr*, 15(7), 1249-52. Recuperado em 01 de maio de 2011, de http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VKK-4SHFSHW-3&_user=5674931&_coverDate=07%2F31%2F2008&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=gateway&_origin=gateway&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000049650&_version=1&

_urlVersion=0&_userid=5674931&md5=959124559bcfa4024c8f3c3664a4fc57&searchtype=a

- Legnani, V. N., & Almeida, S. F. C. (2008). A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(1). Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://146.164.3.26/seer/lab19/ojs2/index.php/ojs2/article/viewArticle/174/141>
- Lehner-Dua, L. L. (2002, abril). *The effectiveness of Russell A. Barkley's parent training program on parents with school-aged children who have ADHD on their perceived severity of ADHD, stress, and sense of competence*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, pp.4792. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FC87ECE1-EC93-216E-4B2A-55CD85724897&resultID=1&página=1&dbTab=all>
- Leuzinger-Bohleber, M., Fischmann, T., Göppel, G., Läzer, K. L., & Waldung, C. (2008, julho). Disorders o early affect regulation: clinical and extra-clinical approaches to ADHD. *Psyche: Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 62(7), 621-653. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FCDE3145-F5A8-0E8B-5D629A99D1A3BCEC&resultID=32&page=2&dbTab=all>
- Levin, E. (2004). *A clínica psicomotora. O corpo em linguagem*. (6ª Ed.). (Julieta Jerusalinsky, trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Liu, C., Wang, Y., & Wang, X. (2003, fevereiro). Advances in psychosocial therapy on ADHD. *Chinese Mental Health Journal*, 17(2), 136-138. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.DisplayRecord&id=FCA9F74A-D6C9-740D-96B1-4E31A08FF3F5&resultID=3&page=1&dbTab=all>
- Lopes, R. M. F., Nascimento, R. F. L., & Bandeira, D. R. (2004). Avaliação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. *Avaliação Psicológica*, 1, 65-74. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/avp/v4n1/v4n1a08.pdf>
- Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Varela-Casal, P. et al (2009, setembro/1-15). Update on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder treatment. *Rev Neuro*, 49(5), 257-64. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19714557>
- Luft, S. (2007). *Representações sociais das professoras de alunos identificados como hiperativos incluídos no sistema regular de ensino de Santa Maria, RS*. Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, RS. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://w3.ufsm.br/ppge/resumos/2007_05.pdf
- Magee, B. (2001). *História da filosofia* (3ª Ed.). (Marcos Bagno, trad.). São Paulo: Edições Loyola.

- Maldonado-Durán, J. M., Garcia, J. M. S., Lartigue, T., & Karacostas, V. (2002, Dezembro). La salud mental del bebé. Nuevas evidencias. *Salud Mental*, 25(6). Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58262508.pdf>
- Manos, M. J., Torn-Revzon, C., Bukstein, O. G., & Crismon, M. L. (2007, novembro). Changes and challenges: managing ADHD in a fast-paced world. *J Manag Care Pharm*, 13(9 Suppl B), S2-S3, quiz S14-S16. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.amcp.org/data/jmcp/JMCPSupp%20B_N-D%2007_ALL.pdf
- Markesteijn, M. J. (2004). *Attention Deficit Disorder: a depth psychological perspective*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, pp.446. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FCF72324-06A9-CDE3-ED14-111C9E3AEE92&resultID=5&page=1&dbTab=all>
- Martini, J., Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Lieb, R., & Wittchen, H-U. (2010, maio). Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Human Development*, 86(5), 305-310. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20547016>
- Martins, A. L. B. (2008, setembro/dezembro). Biopsiquiatria e bioidentidade: a política da subjetividade contemporânea. *Psicol Soc*, 20(3), Florianópolis, SC. Recuperada em 12 de outubro de 2011, de <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/martinsalbm.pdf>
- Matos, E. G., Matos, T. M. G., & Matos, G. M. G. (2005, setembro/dezembro). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Rev Psiquiatr*, (27), 312-318. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n3/v27n3a10.pdf>
- McCrae, C. S. & Kay, D. B. (2008). Notal what America needs. *PsycCRITIQUES*, 53(15). Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org/critiques/53/15/11>
- McNicholas, F. (2000, junho). Good practice in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 17(2), 62-66. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ijpm.org/content/pdf/90/adhdmcn.pdf>
- Memória, J. M. P. (2004). *Breve história da estatística*. Emprapa Informação Tecnológica. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.im.ufrj.br/~lpbraga/prob1/historia_estatistica.pdf
- Menichetti, D. (2003). *A observação lúdica e o psicodiagnóstico compreensivo: aplicações do referencial de análise do procedimento de desenhos-estórias*, p. 208. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, SP.
- Millan, M. P. B. (2002). *Tempo e subjetividade no mundo contemporâneo. Ressonâncias na clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Miller, T. L. (2006). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a survey of assessment practices by school psychologists*. Dissertation Abstracts International: Section B: The

- Sciences and Engineering, pp 5098. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://proquest.umi.com/pqdlink?vinst=PROD&attempt=1&fmt=6&startpage=1&ver=1&vname=PQD&RQT=309&did=1031052291&exp=02-262016&scaling=FULL&vtype=PQD&rqt=309&cfc=1&TS=1298813304&clientId=61611>
- Miranda, A., Soriano, M., Fernández, I., & Meliá, A. (2008, outono). Emotional and behavioral problems in children with Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder: impact of age and learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 31(4), 171-185. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.thefreelibrary.com/Emotional+and+behavioral+problems+in+children+with+attention...-a0189288071>
- Murphy, K. (2005, maio). Psychosocial treatments for ADHD in teens and adults: a practice-friendly review. *J Clin Psychol*, 61(5), 607-19. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.20123/pdf>
- Muro, J., Ray, D., Schottelkorb, A., Smith, M. R., & Blanco, P. J. (2006) Quantitative analysis of long-term child-centered play therapy. *Internat J Play Ther*, 15(2), 35-58. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/journals/pla/15/2/35.pdf>
- Nahshoni, E., Sclarovsky, S., Spitzer, S., Zalsman, G., Strasberg, B., & Weizman, A. (2009, dezembro). Early repolarization in young children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder versus normal controls: a retrospective preliminary chart review study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 19(6), 731-735. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.dr-nahshoni.co.il/articles/b22.pdf>
- Negreiros, T. C. G. M. (2003). Espiritualidade: desejo de eternidade ou sinal de maturidade? *Rev Mal-Estar Subj*, 3(2), 274-291. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/271/27130203.pdf>
- Organização Mundial de Saúde, OMS (1998). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID-10*. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.dominipublico.gov.br/download/texto/da000001.pdf>
- Orlando, C. W. (2010). *Parental explanatory models of children's Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, pp. 2277. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://proquest.umi.com/pqdlink?vinst=PROD&attempt=1&fmt=6&startpage=1&ver=1&vname=PQD&RQT=309&did=2025503411&exp=02-22-2016&scaling=FULL&vtype=PQD&rqt=309&cfc=1&TS=1298466248&clientId=61611>
- Patto, M. H. S. (1997). Para uma crítica da razão psicométrica. *Psicol USP*, 8(1). Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65641997000100004&script=sci_arttext
- Patto, M. H. S. (2007). A psicologia em questão. In M. H. S. Patto, & J. A. Fryze-Pereira. (Orgs.). *Pensamento cruel. Humanidades e ciências humanas: há lugar para a psicologia?* (p. 3-15). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Peixoto, A. L. B., & Rodrigues, M. M. P. (2008, dezembro). Diagnóstico e tratamento de

- TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. *Aletheia*, 28. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1413-03942008000200008&script=sci_arttext>
- Pelham, W. E., Burrows-MacLean, L., Gnagy, E. M., Fabiano, G. A., Coles, E. K., Tresco, K. E. et al (2005, maio). Transdermal methylphenidate, behavioral, and combined treatment for children with ADHD. *Exp Clin Psychopharmacol*, 13(2), 111-126. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org/journals/pha/13/2/111.pdf>
- Pelisoli, C., Moraes, L., Fortino, L., & Moreira, A. K. (2006, maio-dezembro). Terapia cognitivo-comportamental e psicomotricidade: abordagens complementares no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). *Rev. Bras. Psicoter*, 8(2/3), 202-210. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=509200&indexSearch=ID>
- Pérez, C. M. (2009). El TDAH en la práctica clínica psicológica. Madrid. *Clínica y Salud*, 20(3), 249-259. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000300006&script=sci_arttext
- Petri, R. (2009). Os impasses psíquicos na contemporaneidade e suas implicações no processo de ensino/aprendizagem. *An 7, Colóquios LEPSI-IP/FE-USP*. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032008000100072&script=sci_arttext
- Pfiffner, L. J., Calzada, E., & McBurnett, K. (2000, julho). Interventions to enhance social competence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 9(3), 689-709, x. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10944663>
- Pheula, G. F., & Isolan, L. R. (2007). Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. *Rev Psiquiatr Clín*, 34(2). Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/n2/74.html>>
- Pizarro, A., & Valenzuela, C. (2005, agosto). Eficácia de un programa multicomponente de terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de niños chilenos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Rev Soc Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc*, 16(2), 12-18. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=416782&indexSearch=ID>
- Porchat, I. (Org.). (1982). *As psicoterapias hoje*. São Paulo: Summus.
- Portrie-Bethke, T. L., Hill, N. R., & Bethke, J. G. (2009, outubro). Strength-based mental health counseling for children with ADHD: an integrative model of adventure-based counseling and Adlerian play therapy. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(4), 323-339. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://findarticles.com/p/articles/mi_hb1416/is_4_31/ai_n39259638/
- Pozzi, M. E. (2000, abril). Ritalin for whom? Understanding the need for Ritalin in psychodynamic counselling with families of under-5s. *Journal of Child Psychotherapy*,

- 26(1), 25-43. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.pep-web.org/document.php?id=jcptx.026.0025a>
- Preuss, U., Ralston, S. J., Baldursson, G., Falissard, B., Lorenzo, M. J., Pereira, R. R. et al (2006, dezembro). Study design, baseline patient characteristics and intervention in a cross-cultural framework: results from the ADORE study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(Suppl. 1), 4-19. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.metapress.com/content/325183725576t20q/fulltext.pdf>
- Pujol, A. I., & Torrades, T. R. (2005). Intervención precoz en la prevención del trastorno hiperactivo. Una modalidad de psicoterapia familiar breve. Espanha. *Revista de Psicopatologia y Salud Mental del Nino y del Adolescente*. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psicodoc.idbaratz.com/Restringido/index.html>
- Rainwater, J. B. (2007). *A psychoanalytic contribution to the understanding and treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, pp. 1940. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://gradworks.umi.com/3255212.pdf>
- Reeves, G., & Anthony, B. (2009). Multimodal treatments versus pharmacotherapy alone in children with psychiatric disorders: implications of access, effectiveness, and contextual treatment. *Paediatr Drugs*, 11(3): 165-9. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19445545>
- Remschmidt, H., & Global ADHD Working Group (2005, maio). Global consensus on ADHD/HKD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 14(3), 127-3. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.springerlink.com/content/102628125nq11137/fulltext.pdf>
- Richard, M. (2001). *As correntes da psicologia*. (A. M. Rabaça, trad.) Portugal: Instituto Piaget.
- Rodrigues, J. T. (2003, janeiro/junho). A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 8(1), Maringá, 13-2. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8n1/v8n1a03.pdf>
- Rohde, L. A., & Halpern, R. (2004). Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80(2) (supl), 61-70. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa08.pdf>
- Root, R. W., & Resnick, R. J. (2003, fevereiro). An update on the diagnosis and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children. *Prof Psychol Res Pr*, 34(1), 34-41. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://twinstatpsychologicalservices.com/downloads/Root%20adhd.pdf>
- Rosenbloom, T., & Boaz, W. (2011, janeiro). Thirty-day self-reported risky driving behaviors of ADHD and non-ADHD drivers. *Accident Analysis and Prevention*, 43(1), 128-133. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=7BB9CF1A-A254-FED2-CB0F-08BB607F9CB8&resultID=2&page=1&dbTab=all>

- Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?* (P. Neves, trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Safra, G. (2006). *Desvelando a memória do humano: o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio*. São Paulo: Edições Sobornost.
- Safra, G. (Locutor). (2008). *Psicologia clínica e o sofrimento humano. A característica do ser humano: funcionalidade, sensibilidade e sentido* [Digital áudio em MP3]. São Paulo: Sobornost.
- Saile, H., & Forse, I. (2002). General and differential effects of behavioral and systemic family therapy in treating children with ADHD. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 50(3), 281-299. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&iid=FE81AA17-D27A-4332-584F-857C751D2E95&resultID=1&page=1&dbTab=all>
- Salomonsson, B. (2004, fevereiro). Some psychoanalytic viewpoints on neuropsychiatric disorders in children. *Int J Psychoanal*, 85(Pt 1), 117-35. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1516/BQYA-14CN-LA29-C4H8/pdf>
- Santos, M. A. (1999). A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses. *Psicol Reflex Crit*, 12(3), Porto Alegre. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Santosh, P. J., & Taylor, E. (2000). Stimulant drugs. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9 (Suppl.1), 27-43. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11140778>
- Sartori, G. (2001). *Homo videns: televisão e pós-pensamento*. (Antonio Angonese, trad.). Bauru, SP: EDUSC.
- Schmetzer, A. D. (2004, primavera). The psychostimulants. *Annals of the American Psychotherapy Assn*, 7(1). Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.highbeam.com/doc/1G1-115635091.html?key=01-42160D517E19156C1509071F0F6F4B2E224E324D3417295C30420B61651B617F137019731B7B1D6B39>
- Schneiders, R. E., Budni, J., Alexandre, R. F., & Simões, C. M. O. (2006, julho). Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: enfoque sobre o tratamento com cloridrato de metilfenidato e suas implicações práticas. *Anais da 58ª. Reunião Anual da SBPC*. Florianópolis, SC. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.sbpnet.org.br/livro/58ra/SENIOR/RESUMOS/resumo_2535.html
- Schnitman, D. F. (1996). (Org.). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. (Jussara Haubert Rodrigues, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Shah, M., Cork, C., & Chowdhury, U. (2005, abril). ADHD: assessment and intervention. *Community Pract*, 78(4), 129-32. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15875600>
- Sherman, J., Rasmussen, C., & Baylada, L. (2008, dezembro). The impact of teacher factors

- on achievement and behavioral outcomes of children with Attention Deficit/Hiperactivity Disorder (ADHD): a review of the literature. *Educational Research*, 50(4), 347-360. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://pdfserve.informaworld.com/415379_731298241_905561762.pdf
- Sigal, A. M. (2005, 04 de novembro). *A prioridade do outro versus medicalização*. Trabalho apresentado no IV Encontro Latino Americano dos Estados Gerais da Psicanálise. Artigo recuperado em 01 de maio de 2011, de http://www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos/Ana_Maria_Sigal.pdf
- Silva, A. B. B. (2003). *Mentes inquietas. Entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. Rio de Janeiro: Napades.
- Silva, M. G. & Costa, M. E. (2005). Desenvolvimento psicossocial e ansiedades nos jovens. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII): 111-127. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a04.pdf>
- Silva, K. C. B. (2009). TGD, TID, TDAH, TDO, TOC... Será que educamos melhor com os diagnósticos? (2009) *An 7, Colóquios LEPSI*, IP/FE-USP. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000_032008000100044&script=sci_arttext
- Silva Jr., N., & Ferraz, F. C. (2001). O psicodiagnóstico entre as incompatibilidades de seus instrumentos e as promessas de uma metodologia psicopatológica. *Psicol USP*, 12(1), São Paulo. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642001000100009
- Sociedade Brasileira de Psicomotricidade (SBP) (2011). Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.psicomotricidade.com.br/apsicomotricidade.htm>
- Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: contexto, questões e controvérsias. Possíveis contributos da perspectiva fenomenológico existencial. *Análise Psicológica*, 3 (XXIV), 373-382. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n3/v24n3a11.pdf>
- Souza, E. M. L., & Ingberman, Y. K. (2000, Janeiro/dezembro). Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: características, diagnóstico e formas de tratamento. Curitiba. *Interação*, 4, 23-37. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/3323/2667>
- Stamato, M. I. C. (2008). *Protagonismo juvenil: uma práxis sócio-histórica de resignificação da juventude*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 01 de maio de 2011, de http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=120424
- Staufenberg, H. (2008, julho). Movement and meaning. On the psychoanalytic and psychotherapeutic treatment of a so-called "ADHD child". *Psyche: Zeitschrift für sychoanalyse und ihre Anwendungen*, 62(7), 654-672. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.adhdinfocentre.com/adhd%20489.htm>

- Streeck-Fischer, A., & Fricke, B. (2007). "Better to be restless than locked up in a deep hole!" Understanding and therapy of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder from a psychodynamic viewpoint. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 56(4), 277-302. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17508700>
- Stubbe, D., & Weiss, G. (2000, julho). Psychosocial interventions: individual psychotherapy with the child, and family interventions. *Child Adolescent Psychiatric Clin N Am*, 9(3), 663-670. Recuperado em 20 de setembro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FD844834-EB95-456B-81D9-8D2D6EAB07E2&resultID=37&page=2&dbTab=all>
- Svanborg, P., Thernlund, G., Gustafsson, P. A., Hägglöf, B., Schacht, A., & Kadesjö, B. (2009, dezembro). Atomoxetine improves patient and family coping in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study in Swedish children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18(12), 725-35. Recuperado em 20 de setembro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2770135/?tool=pubmed>
- Swanson, J., Arnold, L.E., Kraemer, H., Hechtman, L., Molina, B., Hinshaw, S. et al (2008, julho). Evidence, interpretation, and qualification from multiple reports of long-term outcomes in the Multimodal Treatment Study of children with ADHD (MTA). *J Atten Disord*, 12(1), 15-43. Recuperado em 20 de setembro de 2011, de <http://jad.sagepub.com/content/12/1/15.full.pdf+html>
- Taborda, A., & Abraham, M. A. (2007). Algunas consideraciones respecto al diagnóstico y tratamiento farmacológico del TODA-TDAH. *Cuadernos de Psiquiatria y Psicoterapia del Niño y del adolescente*, 43/44, 195-230. Recuperado em 20 de setembro de 2011, de <http://www.sepyrna.com/articulos/diagnostico-tratamiento-farmacologico-tda-tdah/>
- Toplak, M. E., Connors, L., Shuster, J., Knezevic, B., & Parks, S. (2008, junho). Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Clin Psychol Rev*, 28(5), 801-23. Recuperado em 20 de setembro de 2011, de <http://www.pathwayshrc.com.au/images/assets/cbt%20adhd%20review.PDF>
- Tuchtenhagen, M. B. P. (2007). *Hiperatividade e Déficit de Atenção: um olhar psicanalítico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, PUC-RS, Porto Alegre. Recuperado em 20 de setembro de 2011, de http://www.constructo.com.br/web2/index.php?option=com_content&view=article&id=57:hiperatividade-e-deficit-de-um-olhar-psicanalitico&catid=42:artigos
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. (2ª Ed.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Van der Oord, S., Prins, P. J., Oosterlaan, J., & Emmelkamp, P. M. (2008, junho). Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 28(5), 783-800. Recuperado em 20 de

setembro de 2011, de [http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/1871/17875/2/Oord_Clinical%20Psychology%20Review_28\(5\)_2008_u.pdf](http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/1871/17875/2/Oord_Clinical%20Psychology%20Review_28(5)_2008_u.pdf)

- Von Sidow, K., Beher, S., Schweitzer-Rothers, J., & Retzlaff, R. (2006, mar). Systematic family therapy with children and adolescents as index patients. A meta-content analysis of 47 randomized controlled outcome studies. *Psychotherapeut*, 51(2), 107-143. Recuperado em 20 de setembro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FE7B74AA-C197-988B-C5F6-466D9393C7EE&resultID=1&page=1&dbTab=all>
- Xu, J., Zhang, R., & Zhang, W. (2008, agosto). Process and effect of an ADHD boy's Sandplay Therapy. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 16(4), 440-443. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org.w10002.dotlib.com.br/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=FE6D23AC-EF94-20C9-19B4400594F2B701&resultID=3&page=1&dbTab=all>
- Waxmonsky, J. G. (2005). Nonstimulant therapies for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (2005). *Essent Psychopharmacol*, 6(5), 262-76. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15875600>
- Wechsler, D. (2002). *WISC-III. Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: Manual*. (3ª. Ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Weisz, J. R., Hawley, K. M., & Doss, A. J. (2004, outubro). Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. *Child Adolescent Psychiatr Clin N Am*, 13(4), 729-815. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.childsteps.org/documents/WEISZHAWLEYDOSS PCNA04.pdf>
- Wells, K.C., Epstein, J. N., Hinshaw, S. P., Conners, C. K., Klaric, J., Abikoff, H. B. et al (2000, dezembro). Parenting and family stress treatment outcomes in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): an empirical analysis in the MTA study. *J Abnorm Child Psychol*, 28(6), 543-53. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.springerlink.com/content/mu6h64llg28h3758/fulltext.pdf>
- Wells, K. C., Chi, T. C., Hinshaw, S. P., Epstein, J. N., Piffner, L., Nebel-Schwalm, M. et al (2006, agosto). Treatment-related changes in objectively measured parenting behaviors in the multimodal treatment study of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 649-657. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/74/4/649.pdf>
- Whalen, C. K. (2001, março). ADHD treatment in the 21st century: pushing the envelope. *J Clin Child Psychol*, 30(1), 136-40. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11294073>
- Whitefield-Alexander, V., & Edwards, D. (2009, junho). A case of effective single-session treatment for attention deficit and learning problems in a routine clinical practice: the value of a transdiagnostic approach to case formulation. *J Child Adolescent Mental Health*, (1), 61-72. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://eprints.ru.ac.za/1489/1/Attention_deficit.pdf

- Wilens, T. E., & Spencer, T. J. (2010, setembro). Understanding Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder from childhood to adulthood. *Postgrad Med*, 122(5), 97-109. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20861593>
- Wilson, D. (2010, 02 de novembro). Caso de menino norte-americano mostra os perigos dos medicamentos antipsicóticos. *Uol Notícias*. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://noticias.bol.uol.com.br/internacional/2010/09/02/caso-de-menino-norte-americano-mos-tra-os-perigos-dos-medicamentos-antipsicoticos.jhtm>
- Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. (José Octávio de Aguiar Abreu, Vanede Nobre, trans.). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. (1990). *O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (3ª Ed.). (Irineo Cosntantino Schich Ortiz, trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Yao-guo, G., Lin-yan, S., Qiao-rong, S., & Guang-wen, H. (2005, novembro). An intervention study of self-management skill training in ADHD with behavioral problems. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 13(4), 480-482. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de http://en.cnki.com.cn/Article_en/CJFDTOTAL-ZLCY200504037.htm
- Yeschin, N. J. (2000, junho). A new understanding of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: alternate concepts and interventions. *Child Adolesc Social Work J*, 17(3), 227-245. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://www.springerlink.com/content/g87x277563247131/fulltext.pdf>
- Yager, J., & Gitlin, M. J. *Manifestações clínicas de transtornos psiquiátricos* (1999). In Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. *Tratado de psiquiatria compreensiva*. (6ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso. Planejamento e métodos*. (2ª Ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Young, S., & Amarasinghe, J. M. (2010, fevereiro). Practitioner review: non-pharmacological treatments for ADHD: a lifespan approach. *J Child Psychol Psychiatry*, 51(2), 116-33. Recuperado em 12 de outubro de 2011, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2009.02191.x/pdf>
- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos. Teoria, técnica e clínica. Uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.