



Notas Sobre a História Oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade TDAH

*Thaina Ribeiro Firmino Campelo¹; Francisco Renato Silva Ferreira²;
Miguel Melo Ifadireó³; Maria; Arnalda Lima Belo Silva⁴;
Cícera Simone Ferreira Silva⁵*

Resumo: A ideia sobre o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade acumulou historicamente diferentes perspectivas e formas de lidar com os indivíduos com essa singularidade, ocasionando em mitos e maus-tratos. Diante desse fato, objetivou-se compreender o processo histórico de transtorno. Especificamente, objetivou-se entender o surgimento da origem de estudo desse transtorno; perceber as perspectivas dos diferentes estudos que apontam uma direção para o referido transtorno; refletir sobre as implicações da ideia hoje concebida sobre o assunto. A base teórica foi fundamentada em Amorim (2019); na Associação Americana de Psiquiatria (1995 – 2014); na Associação Brasileira de Déficit de Atenção (2016), em Côas (2011); Condemarín, Gorostegui e Milicic (2006); Larroca e Domingos (2012); Macêdo (2016); Rohde e Mattos (2003) e Santos (2017). Por meio de estudo bibliográfico de cunho qualitativo e análise indutiva, pode-se constatar que existem possibilidades de origem, tipos e grau do problema que precisam ser interpretados e diante dos resultados agir em conformidade.

Palavras-chave: História. TDAH. Tipos e graus.

Notes on the Official History of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder ADHD

¹ Mestra em Ciências da Educação pela Universidade San Carlos - USC - Paraguai. Especialista em Neuropsicopedagogia pelo Centro Universitário de Juazeiro do Norte, Brasil. – UNIJUAZEIRO. Professora efetiva na Rede Municipal de Educação de Juazeiro do Norte, Ceará – SEDUC/JN. E-mail: thainacampelo@hotmail.com

² Mestrando do Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (MePESa/UNILEÃO). Especialista em Gestão Escolar pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI). Pós-graduando em Psicopedagogia Institucional e Clínica pelo Centro Universitário Faveni (UNIFAVENI). E-mail: norf20@hotmail.com

³ Pós-doutorado em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Ibero-Americana do Paraguai (UIA/PY). Doutor em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (2017). Mestre em Criminologia e Direito Internacional e Europeu e Educação Intercultural e Inclusiva pela Universidade de Hamburgo/Alemanha. Professor Associado da Universidade do Estado de Pernambuco (UPE) e Professor Efetivo do Programa de Mestrado Profissional em Docência em Saúde do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (MePESa/ UNILEÃO). E-mail: miguel.ifadireo@upe.br

⁴ Mestra em Educação pelo Centro Universitário Eaprenda Elearning. Especialista em Metodologia do Ensino Fundamental e Médio pela Universidade Vale do Acaraú – (UVA). Especialista em Gestão Escolar pelo Instituto Souza – (SOUZA). Professora efetiva na Secretaria Municipal de Educação de Juazeiro do Norte – (SEDUC/JN). E-mail: maria.arnalda@seduc.juazeiro.ce.gov.br

⁵ MBA em Docência e Metodologia do Ensino Superior pelo Instituto Dom José de Educação e Cultura – (IDJ). Especialista em Gestão Escolar pela Faculdade de Juazeiro do Norte – (FJN).. E-mail: cicera.simone@seduc.juazeiro.ce.gov.br

Abstract: The idea about attention deficit hyperactivity disorder has historically accumulated different perspectives and ways of dealing with individuals with this singularity, causing myths and mistreatment. Given this fact, the objective was to understand the historical process of disorder. Specifically, the objective was to understand the origin of the study origin of this disorder; perceive the perspectives of the different studies that point to a direction for the referred disorder; reflect on the implications of the idea conceived today on the subject. The theoretical basis was based on Amorim (2019); the American Psychiatric Association (1995 - 2014); at the Brazilian Attention Deficit Association (2016), in Côas (2011); Condemarín, Gorostegui and Milicic (2006); Larroca and Domingos (2012); Macêdo (2016); Rohde and Mattos (2003) and Santos (2017). Through a qualitative bibliographic study and inductive analysis, it can be seen that there are possibilities of origin, types and degree of the problem that need to be interpreted and in view of the results to act accordingly.

Keywords: Story. ADHD. Types and grades.

Introdução

O transtorno do déficit de atenção e hiperatividade – TDAH é um termo técnico que implica em perturbação neurobiológica. Ele já adquiriu vários conceitos e diferentes formas de lidar com uma criança que apresente comportamentos de desatenção, agitação e impulsividade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO, 2016; CONDEMARÍN, GOROSTEGUI e MILICIC, 2006; SANTOS, 2017).

Possivelmente, devido às diferentes ideias desenvolvidas historicamente quanto ao desconhecimento do que causa, de como deve ser tratado e como é a vida de uma pessoa com tal transtorno, mitos prevaleceram e persistiram pela história, maltratando ou suprimindo direitos humanos (IBID; PATTO, 1996).

Como exemplo dessa mudança histórica, Patto (1996, p. 26) relatou que antigamente acreditava-se que as relações sociais e a educação davam-se “exclusivamente por mérito pessoal, o que justificaria as diferenças no rendimento escolar de determinado grupo e a ascensão apenas dessa clientela a níveis escolares mais avançados”.

E talvez por isso, conforme Cypel (2007), essa temática é ainda um forte assunto em discussão, principalmente quando se tem em mente que diferentes fatores podem intervir e/ou desencadear os sintomas característicos do TDAH.

Os desafios de lidar com crianças com esse transtorno ampliam-se quando se trata de educação, seja ela formal ou informal, pois diante de casos com sintomas tão variados, pais e professores sentem-se despreparados para promover a autonomia dessas crianças. Macêdo (2016, p. 18) explicou que o discente pode apresentar comportamentos bastante diferenciados: “desatento, hiperativo, impulsivo, imediatista e, desmotivado para a realização de ações e

projetos a longo prazo...” (MACÊDO, 2016, p. 18).

Entende-se que para lidar bem com situações de relação social, educação, autonomia de pessoas com o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, é preciso compreender o processo histórico dessa alteração, bem como as mudanças que resultaram o que hoje se entende. Sendo assim, compreender o processo histórico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é o passo inicial para contribuir com reflexões e *práxis* educativas para com essa temática, além de objetivo geral desse estudo.

Especificamente, objetiva-se entender o surgimento da origem de estudo desse transtorno; perceber as perspectivas dos diferentes estudos que apontam uma direção para o referido transtorno; refletir sobre as implicações da ideia hoje concebida sobre o assunto.

Em âmbito científico, a contribuição que esse tipo de pesquisa pode auxiliar a entender que o problema é histórico e que crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Já no que diz respeito à justificativa pessoal, buscou-se entender mais sobre essa temática para posteriormente contribuir para com pesquisas mais aprofundadas e específicas. Justifica-se para a sociedade que esse estudo científico pode auxiliar pais, professores e comunidade a entender as peculiaridades do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, uma vez que, conforme Patto (1996), apesar de haver um amplo estudo sobre esse assunto, a situação de desconhecimento ainda parece persistir nos discursos, o que torna essa pesquisa ainda mais relevante.

A base teórica foi fundamentada em Amorim (2019); na Associação Americana de Psiquiatria (1995 – 2014); na Associação Brasileira de Déficit de Atenção (2016), em Côas (2011); Condemarín, Gorostegui e Milicic (2006); Larroca e Domingos (2012); Macêdo (2016); Rohde e Mattos (2003) e Santos (2017).

A fundamentação metodológica desse estudo é bibliográfica de cunho qualitativo, cuja reflexão das informações seguiu uma lógica indutiva.

Desenvolvimento

As pesquisas iniciais que levaram a reflexões sobre esse transtorno parecem vir de James, ao estudar sobre a atenção em 1890, e de Luria que tentou explicar a complexidade das funções psicológicas superiores no final do século XX (SANTOS, 2017, p. 22).

Posteriormente, em 1902, vieram os estudos de Still que relatavam um defeito da conduta moral que tornava a criança propensa a comportamentos hiperativos, indicando que a

causa seria ou genética ou durante o processo do parto (CONDEMARÍN, GOROSTEGUI e MILICIC, 2006).

A comunidade pediátrica passou a se interessar mais e diferentes abordagens apontavam para o entendimento da desatenção e da hiperatividade, criando inclusive inúmeras nomenclaturas. As principais que seguiam os estudos de Still eram dano cerebral, disfunção cerebral e disfunção cerebral mínima (MACÊDO, 2016, p. 23). Essas ideias encaixariam as crianças em situações de transtorno caso elas não apresentassem o comportamento condizente com o que se era esperado.

Meyer (1904) e Goldstein (1936) eram contrários à ideia de Still ao observarem “comportamentos parecidos em crianças que tinham sofrido lesões cerebrais traumáticas, por isso sugeriram chamar de ‘Distúrbio Orgânico do Comportamento’ e ‘Lesionado Cerebral’” (SANTOS, 2017, p. 23).

Dezoito anos depois, Hohman observou que as crianças que sofreram com encefalite epidêmica, entre 1917 e 1918, apresentavam dificuldades para “manter a atenção e concentração, para regular o afeto e a memória, quadro que foi interpretado como sequela do processo de inflamação do Sistema Nervoso Central, passando a ser utilizado o termo ‘Lesão Cerebral Mínima’” (IBID, p. 25).

Ainda de acordo com Santos (2017, p. 23), um estudioso descobriu em 1937 que a anfetamina tinha efeito calmante nesse público, o que provocou uma reação paradoxal, “pois esperava-se o oposto disto”. Nesse sentido, se fosse um problema por falta ou excesso de ordem de lesão com a qual o indivíduo nasceu, não haveria mudança comportamental diante de uma medicação. O problema ainda estava longe de ser entendido.

“Entre 1941 e 1947 Strauss e seus colaboradores propagaram a noção de Lesionado Cerebral, e chamando de ‘Síndrome de Strauss’”. Posteriormente, as aparências comportamentais do transtorno foram chamadas de síndrome infantil da hiperatividade (MACÊDO, 2006, p. 23).

Na década de 70, o foco passou para a falta de atenção, compreendendo-a como um componente do transtorno. De acordo com Macêdo (2006, p. 24): “As pesquisas sobre os déficits de atenção passaram a ser o centro da investigação científica e, o transtorno foi nomeado como Transtorno do Déficit de Atenção (TDA)”, pois, segundo Santos (2017), os estudos sobre a hiperatividade levavam a crer que esse quadro, aparentemente característico da infância, melhoraria com o passar dos anos e desaparecia após a adolescência.

Nos anos 80, o problema deixou de ser visto como uma causa comum em crianças e

a comunidade científica norte-americana a reconheceu como um problema também de adultos (MACÊDO, 2006).

Foi também nessa época que “houve a divisão da categoria Reação Hipercinética da Infância (termo utilizado desde o DSM-II) em duas outras: Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH e Transtorno de Déficit de Atenção Sem Hiperatividade – TODA”, a partir da edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-III (SANTOS, 2017, p. 23).

Sete anos depois, o problema passou a ser chamado de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, cuja sigla é bastante comum hoje em dia: TDAH. Isso aconteceu por que os estudos apontavam que tanto a desatenção quanto a hiperatividade eram causas do mesmo problema ligado à deficiência de autocontrole (MACÊDO, 2006).

Conforme Santos (2017), foram construídas cinco revisões no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais que parece ser o mais utilizado. Ela também apontou a Classificação Internacional de doenças – CID como outro documento importante quanto à padronização das enfermidades ou patologias, publicado pela Organização Mundial de Saúde – OMS. Esse último, “determina códigos para padronizar a classificação das enfermidades reconhecidas oficialmente” (SANTOS, 2017, p. 24).

O quarto Manual (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995) trouxe três subtipos de transtornos de déficits de atenção:

- O predominantemente desatento: Para Amorim (2019, p. 02) do Instituto Paulista de Déficit de Atenção, as principais características estão associadas a “falhas no controle inibitório das distrações. A filtragem necessária para separar as informações relevantes para o momento das menos relevantes falhas, daí a tendência a se distrair”.

Para ela, qualquer estímulo é irrelevante. E acrescentou “que, ao tentar se concentrar, o esforço mental normalmente produz o efeito oposto ao desejado”. Ou seja, “é como se os sistemas “desligassem”, justamente quando são mais exigidos. Por este motivo se observa sonolência e lentificação durante atividades como leitura, palestras e aulas” (IBID, p. 03). É devido a isso que tanto o esquecimento quanto a dificuldade de seguir ordens, pedidos ou comunicação acontecem comumente.

O subtipo predominantemente desatento ocorre atualmente em 27% dos casos e “é diagnosticado quando há seis ou mais sintomas de desatenção, mas menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade” (LARROCA e DOMINGOS, 2012, p. 02).

- O predominantemente hiperativo-impulsivo: Esse subtipo representa atualmente

18% dos casos e “ocorre quando há seis ou mais sintomas de hiperatividade--impulsividade, mas menos de seis sintomas de desatenção” (IBID, p. 02). Os sintomas desse subtipo são os mais disruptivos. A criança apresenta como traços mais marcantes a agitação, a impulsividade, a inquietude e mais raramente a irritabilidade.

A agitação é um comportamento mais comum em adultos e a hiperatividade física em crianças. Na impulsividade, o ser humano “interrompe a fala do (s) outro (s); sua impaciência faz com que responda perguntas antes mesmo de serem concluídas. Sem filtro ao se expressar. Fala sem pensar, causando situações constrangedoras e até mesmo ofensivas” (AMORIM, 2019, p. 03). A inquietação diz respeito a atitudes de “mexer as mãos e/ou pés quando sentado, musculatura tensa, com dificuldade em ficar parado num lugar por muito tempo. Costuma ser o ‘dono’ do controle remoto” (IBID, p. 02).

- O combinado: Esse subtipo acontece em 55% dos casos, “quando seis ou mais sintomas de desatenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade são apontados” (LARROCA e DOMINGOS, 2012, p. 02).

De acordo com Amorim (2019, p. 02), esse subtipo apresenta “todas as características principais do TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção. É a combinação do tipo TDAH desatento com o Hiperativo-Impulsivo: Tendência a distração, agitação / hiperatividade e impulsividade”. Para ela, a manifestação desses sintomas pode variar conforme a idade, desde bebês.

Os principais sintomas do tipo combinado ou misto são: distração e lentificação, esquecimentos, desorganização, agitação, impulsividade ou Impaciência, compulsão, intensidade – temperamento explosivo e dificuldade em ver a realidade com objetividade e buscar soluções – (IBID).

“O subtipo desatento é mais comum em meninas (até 57,9%), e um número maior de meninos é diagnosticado com os subtipos desatento (28,6%) ou combinado (30,6%)” (LARROCA e DOMINGOS, 2012, p. 02).

Em síntese, de acordo com a quantidade dos sintomas, pode-se classificar em um dos três subtipos apresentados anteriormente. Mas geralmente, “para cada critério ser preenchido, as crianças precisam apresentar seis ou mais sintomas, enquanto adultos e adolescentes com mais de 17 anos podem apresentar até cinco para serem classificados dessa forma”.

É importante acrescentar que, em 18 de maio de 2013 houve a publicação do DSMV. Essa nova versão do DSM trouxe algumas mudanças relativas ao TDAH apontando que é possível fazer o diagnóstico de TDAH mesmo na presença de um

quadro de autismo; também indica que o início dos sintomas deve estar presente antes dos doze anos modificando o anteriormente estabelecido que era dos sete anos; o termo "subtipos" foi substituído por "apresentações", mantendo-se as subdivisões de predomínio desatento, impulsivo e combinado (SANTOS, 2017, p. 24).

Hoje se sabe que o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e o autismo compartilham de uma mesma herança (IBID).

Há também a variação da intensidade, além dos subtipos, emitida pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. A variação foi definida sobre gradações do transtorno em: leve, moderado e grave, conforme a intensidade dos sintomas e o nível de prejuízo que acarreta à vida da pessoa (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014). Segundo essa associação:

- I. O transtorno de grau leve é apontado quando o ser humano apresenta poucos sintomas, apenas o que é fundamental para firmar o diagnóstico. Esse tipo causa pequeno prejuízo nas relações sociais.
- II. O transtorno de grau moderado é quando há sintomas que não se encaixam totalmente no leve, mas não chegam a ser grave, causando um prejuízo funcional entre ambos.
- III. O transtorno de grau grave é quando o ser humano apresenta vários sintomas que vão além do que se precisa para fundamentar um diagnóstico. Os prejuízos aqui são mais acentuados.

Em relação a termos conceituais para a enfermidade, a Associação Brasileira de Déficit de Atenção – ABDA (2016, p. 01) o definiu como “um transtorno neurobiológico”, cuja causa é genética, “que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade”.

No entanto, há controvérsia para essa afirmação considerando o ponto de vista de que inexistem um “gene do TDAH, causador desse fenótipo e fundamental em todos os casos da doença” (ROHDE e MATTOS, 2003, p. 35). Mas esses autores validam a contribuição genética, embora não a defina enquanto geradora. E acrescentaram que: “como ocorre na maioria dos transtornos psiquiátricos, acredita-se que vários genes de pequeno efeito sejam responsáveis por uma vulnerabilidade (ou suscetibilidade), genética ao transtorno, à qual somam-se diferentes agentes ambientais”.

Outra opinião divergente surgiu a partir de Côas (2011, p. 24) corroborando com a da Associação Brasileira de Déficit de Atenção. Para ela, existe uma origem genética, alegando que "os pais biológicos têm três vezes mais TDAH que os pais adotivos". Ela divulgou que:

Pelo menos dois genes o D4RD e o DAT1 confirmam a presença do TDAH. O primeiro apresentado é conhecido como buscador de novidades e novas sensações, de correr riscos, de impulsividade e de inquietação. O segundo, chamado de DAT1, está mais relacionado à regulação da dopamina no cérebro, influenciando a rapidez que ela é removida da sinapse, pequena conexão entre os neurônios (IBID, p.25).

Entende-se que o diagnóstico para tal enfermidade admita caráter orgânico, mas ainda está distante de perceber plenamente as suas causas, por isso ainda há polêmica entre as conclusões genéticas e as influências sociais.

Talvez por esse discurso inconcluso, haja autores que versem de forma organicista e outros de forma sócio-histórica. Um aponta evidências que levam estritamente a condições hereditárias. Mas se são hereditárias, por que pais, tios, avós não desenvolveram? O que fez com que esses responsáveis os transmitissem a seu (s) filho (s)? Outros questionam os dados encontrados pelos organicistas, pois encontraram em suas pesquisas situações idênticas em casos de lesão e ainda afirmam que a relativa má conduta possa vir de diferenças individuais. Reforçaram Signor e Santana (2006, p. 73) que a instabilidade da atenção pudesse “ser superada mediante esforços voluntários, o que não acontece em situações patológicas [...] o transtorno poderia ser um tipo de rejeição ao próprio modelo escolar tradicional, que parece continuar a busca por um ‘sujeito universal’” (IBID, p. 112).

Farrel (2009) chamou atenção para o fato de que antes de tudo é preciso apoio, encorajamento para que pessoas com TDAH explorem o meio; respeito ao seu desenvolvimento e aprendizagem, porque vão se desenvolver e aprender; estímulos diferenciados conforme o tipo e o grau do transtorno.

Como são estudos que ainda estão em andamento, convém considerar o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade mediante ambas as expectativas, sem, contudo, radicalizar ou considerar que uma pessoa com esse transtorno seja caracterizada como problemática e que se esquivem de educá-las para a vida.

Considerações Finais

Os estudos sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade ainda são inconclusos, mas algumas ideias já podem ser deixadas de lado, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento e à aprendizagem. Mas ao entender que existe uma possibilidade de origem organicista e outra sócio-histórica e que, além disso, o indivíduo pode apresentar

um tipo e um grau, é imprescindível que a sociedade como um todo compreenda essas diferenças e aprenda como lidar com essas pessoas, tanto para que elas se desenvolvam e construam laços saudáveis quanto para o próprio convívio com elas.

Devido a muitos estudos e nomenclaturas e perspectivas diferentes, pode sim ter ocorrido maus entendidos, mas eles não podem justificar práticas de exclusão ou similar com pessoas com TDAH.

Os sintomas para esse transtorno são bastante variados e por isso requer que as pessoas que lidem com indivíduos assim tenham conhecimento e sejam orientados para que não (re) caiam em erros e enganos, prejudicando inclusive a saúde. Nessa perspectiva, é necessário que se continuem os estudos sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e que as novas demandas sejam apresentadas à sociedade para que se possa compreender melhor e saber agir com respeito e compromisso.

Referências

AMORIM, Cacilda. Sintomas TDAH tipo desatento. Publicado em 2019. Disponível em: <<https://dda-deficitdeatencao.com.br/tdah-sintomas/sintomas-tdah-tipo-desatento-distraido.html>>. Acesso em: 14 jul 2021.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM IV**. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM V**. Publicado em 2014. Disponível em: <c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/.../2015/DSM%20V.pdf>. Acesso em 13 jul 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO. **Quem somos**. Publicado em 2016. Disponível em: <<https://tdah.org.br/a-abda/quem-somos/>>. Acesso em: 14 jul 2021.

CYPEL, Saul. **Déficit de Atenção e Hiperatividade e as Funções Executivas**. Atualização para pais, professores e profissionais da saúde. Lemos Editorial: São Paulo, 2007.

CÔAS, Danielly Berneck. **O transtorno de déficit de Atenção (TDAH) na escola: Compreensão de professores do ensino fundamental**. Dissertação de Mestrado. Universidade do Oeste de Santa Catarina. Publicado em 2011. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br>>. Acesso em: 13 jun 2021.

CONDEMARÍN, Mabel; GOROSTEGUI, María Elena; MILICIC, Neva. **Transtorno do**

Déficit de Atenção: estratégias para o diagnóstico e a intervenção psico-educativa. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2006.

FARREL, Michael. **Dificuldades de Aprendizagem moderadas, graves e profundas:** guia do professor. Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LARROCA, Lilian Martins; DOMINGOS, Neide Micelli. TDAH – Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento. *In: Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, SP. Volume 16, Número 1, Janeiro/Junho de 2012: 113-123. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pee/v16n1/12.pdf>>. Acesso em: 09 fev 2022.

MACÊDO, Luciana Maria de Souza. **Professores de Matemática nas trilhas do processo de ensino e aprendizagem de crianças com TDAH.** Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências e Tecnologia, 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/Documents/Downloads/PDF%20-%20Luciana%20Maria%20de%20Souza%20Mac%C3%AAdo.pdf>>. Acesso em: 12 mar 2022.

PATTO, M. H. S. **A Produção do Fracasso Escolar:** histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: TA Queiroz, Reimpressão, 1996.

ROHDE, Luis Augusto; MATTOS, Paulo. **Princípios e Práticas em TDAH** – Transtorno de déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SANTOS, Marilda Cicone Franco dos. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade:** revisão integrada de dados para orientação de professores. Dissertação de Mestrado. Universidade de Araraquara, 2017. Disponível em: <<https://m.uniara.com.br/arquivos/file/ppg/processos-ensino-gestao-inovacao/producao-intelectual/dissertacoes/2017/marilda-cicone-franco-santos.pdf>> . Acesso em: 12 fev 2022.

SIGNOR, Rita; SANTANA, Ana Paula. **TDAH e medicalização:** Implicações neurolinguísticas e Educacionais do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. São Paulo: Plexus, 2016.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

CAMPELO, Thaina Ribeiro Firmino; FERREIRA, Francisco Renato Silva; IFADIREÓ, Miguel Melo; SILVA, Maria Arnalda Lima Belo; SILVA, Cícera Simone Ferreira. Notas Sobre a História Oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade TDAH. *Id on Line Rev. Psic.*, Maio/2022, vol.16, n.60, p. 862-871, ISSN: 1981-1179.

Recebido: 07/05/2022;

Aceito 13/05/2022;

Publicado em: 30/05/2022.