



**ESTADO DO ACRE
CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO**

OF/CEE/AC Nº 347/2015

Rio Branco-AC, 14 de setembro de 2015.

Prezada Coordenadora,

Com os nossos cumprimentos, encaminhamos a Vossa Senhoria para conhecimento e as providências que se fizerem necessárias, o Parecer CEE/AC nº 24/2015 que apresenta estudos sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e orienta às escolas com procedimentos didático-pedagógicos alternativos para a melhoria do acompanhamento e desenvolvimento pedagógico do aluno que apresenta esse transtorno.

Atenciosamente,

**Consª. Iris Célia Cabanellas Zannini
Presidente do CEE/AC**

A Sua Senhoria a Senhora
Elisama Maria de Lima
Coordenadora do Grupo de Apoio ao TDAH do Acre - GATAC
NESTA



ESTADO DO ACRE
CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO

INTERESSADO (A): Conselho Estadual de Educação do Acre
ASSUNTO: Apresenta estudos sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e orienta às escolas com procedimentos didático-pedagógicos alternativos para a melhoria do acompanhamento e desenvolvimento pedagógico do aluno que apresenta esse transtorno.
RELATORA: Maria de Fátima Miranda de Lima
PARECER CEE/AC Nº 24/2015
APROVADO PELA PLENÁRIA EM: 24/07/2015

I - HISTÓRICO

O Conselho Estadual de Educação visando intensificar o trabalho de interlocução com as Secretarias Estadual e Municipais e a sociedade, e considerando a relevância de suas funções consultivas, deliberativas e normativas, elaborou o seu plano plurianual de ações para o biênio 2015/2017 visando atender as demandas das escolas com estudos aprofundados de temáticas de interesse dos alunos, pais, professores e organizações da sociedade civil.

Nesse sentido muitas dessas temáticas, por estarem veiculadas nos debates nacionais e no Plano Nacional de Educação e no âmbito da sociedade acreana, ganharam urgência, dentre as quais o Conselho Estadual de Educação destaca o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Considerando o que diz a Constituição Federal de 1988 no *caput* dos Arts.:

Art. 3º - Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil...

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 205 - A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será

promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Considerando o que diz o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990 nos *caput* dos Arts.:

Art. 5º - Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 53 - A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho.

Considerando o que diz a Lei 9.394 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 20 de dezembro de 1996, no *caput* do Art.:

Art. 2º - A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Considerando o que diz a Lei nº 2.965 que aprova o Plano Estadual de Educação para o decênio 2015/2024, na sua Meta 4 e suas Estratégias:

Universalizar, para a população de quatro a dezessete anos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, altas habilidades e/ou superdotação, dislexia, discalculia, disgrafia, disortografia e distúrbio de processamento auditivo central, o acesso à Educação Básica e ao atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino, com a garantia de sistema educacional inclusivo, de salas de recursos multifuncionais, classes bilíngues, escolas bilíngues ou serviços especializados, públicos e/ou conveniados.

Considerando o que diz a Lei nº 2.954, de 14 de Janeiro de 2015:

Que institui a Semana de Informação sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH no Acre, publicada no DOE 15 de janeiro de 2015. Ano XLVIII - nº 11.478.

Considerando as Convenções Internacionais:

Convenção da ONU sobre os Direitos da Criança: 20 de novembro de 1989, que dispõe sobre a necessidade de proporcionar à criança uma proteção especial foi enunciada na Declaração de Genebra de 1924 sobre os Direitos da Criança e na Declaração dos Direitos da Criança adotada pela Assembleia Geral em 20 de novembro de 1959, e reconhecida na Declaração Universal dos Direitos Humanos, no Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos (em particular nos Artigos 23 e 24), no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (em particular no Artigo 10) e nos estatutos e instrumentos pertinentes das Agências Especializadas e das organizações internacionais que se interessam pelo bem-estar da criança.

Convenção Ibero-Americana dos Direitos dos Jovens: 01 de outubro de 2005 que diz que as partes, conscientes da transcendental importância para a humanidade em contar com instrumentos como a "Declaração Universal dos Direitos Humanos; o "Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais"; o "Pacto Internacional dos Direitos Cívicos e Políticos"; a "Convenção sobre a Exclusão de Todas as Formas de Discriminação Racial"; a "Convenção sobre a Exclusão de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher"; a "Convenção sobre os Direitos da Criança"; a "Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes"; bem como outros instrumentos aprovados pelas Nações Unidas e pelos seus organismos especializados e, por sistemas de proteção dos direitos fundamentais da Europa e da América, que reconhecem e garantem os direitos da pessoa como ser livre, una e digna.

Os estudos dos **Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)** constituem-se em um desafio, na medida em que este transtorno é confundido quase sempre com maus hábitos ou comportamento inadequado.

As constantes alterações na nomenclatura e compreensão do TDAH parecem representar diferentes focos das pesquisas de cada época com suas diferentes explicações (Phelan, 2005; Rohde, Barbosa, Tramontina, & Polanzyk, 2000). Em 1865, as primeiras referências à hiperatividade e à desatenção não foram publicadas em literatura médica (Barkley, 2008; Rohde & cols., 2000; Rohde & Halpern, 2004). Apenas em 1902, a primeira descrição do transtorno foi apresentada pelos pediatras ingleses George Still e Alfred Tredgold (Barkley, 2008; Rohde & Halpern, 2004), quais denominaram essa alteração de defeito na conduta moral acompanhado de inquietação, desatenção e dificuldades diante de regras e limites. (SANTOS, 2010, pág. 401-406).

As primeiras descrições de crianças que apresentavam quadros semelhantes ao que se descreve atualmente como TDAH surgiram na literatura infantil alemã em meados do século XIX. Traduzidos para o português, e publicados no Brasil na década de 1950, com os nomes de "João Felpudo" e "Juca e Chico", os livros descreviam crianças muito "danadas", e com grande dificuldade para seguir as regras propostas pelos pais.

Em 1917, um médico chamado Von Economo fez a primeira descrição clínica dessa patologia, segundo ele:

Temos nos deparado com uma série de casos nas instituições psiquiátricas que não fecham com nenhum diagnóstico conhecido. Apesar disso, eles apresentam similaridades quanto ao tipo de início do quadro e sintomatologia que nos força a agrupá-los em uma nova categoria diagnóstica[...] Estas crianças parecem ter perdido a inibição, tornam-se inoportunas, impertinentes e desrespeitosas. São cheias de espertezas, muito falantes... (SANTOS, 2010, pág. 401-406).

O transtorno ocorre entre 3 a 5% das crianças, em várias regiões diferentes do mundo em que já foi pesquisado. Em mais da metade desses casos acompanha o indivíduo na vida adulta, embora os sintomas de inquietude sejam mais brandos.

O TDAH na infância em geral se associa à dificuldades na escola e no relacionamento com demais crianças, pais e professores. As crianças são tidas como "avoadas", "vivendo no mundo da lua" e geralmente "estabanadas" e "bicho carpinteiro" ou "ligados por um motor" (isto é, não param quietas por muito tempo). Os meninos tendem a ter mais sintomas de hiperatividade e impulsividade que as meninas, mas todos são desatentos. Crianças e adolescentes com TDAH podem apresentar mais problemas de comportamento, como por exemplo, dificuldades com regras e limites.¹

Em adultos, ocorre dificuldade de manter a atenção para coisas do cotidiano e do trabalho, bem como com a memória (são muito esquecidos). São inquietos (parece que só relaxam dormindo), vivem mudando de uma coisa para outra e também são impulsivos ("colocam os carros na frente dos bois"). Eles têm dificuldade em avaliar seu próprio comportamento e o quanto isto afeta os demais à sua volta. São frequentemente considerados "egoístas". Eles têm uma grande frequência de outros problemas associados, tais como o uso de drogas e álcool, ansiedade e depressão.

Existem inúmeros estudos em todo o mundo - inclusive no Brasil - demonstrando que a prevalência do TDAH é semelhante em diferentes regiões, o que indica que o transtorno não é secundário a fatores culturais (as práticas de determinada sociedade entre outros), nem tem relação como os pais educam os filhos ou tampouco resultados de conflitos psicológicos.

II – ANÁLISE

2.1 - O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade (TDAH) - Conceituação, Descrição Sintomática, Diagnóstico e Tratamento...

É um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda sua vida. Caracteriza-se por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade. Pode ser também chamado de DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção) ou, em inglês, de *Attention-deficit Disorder (ADD)*, *Attention-deficit Hiperactivity Disorder (ADHD)* ou de *Attention-deficit/Hiperactivity Disorder (AD/HD)*.

Estudos científicos mostram que a pessoa com transtornos de TDAH têm alterações na região frontal e as suas conexões com o resto do cérebro. A região frontal é responsável pela inibição do comportamento (controlar ou inibir

¹ Veja Santos 2010.

comportamentos inadequados), pela capacidade de prestar atenção, memória, autocontrole, organização e planejamento. A alteração na região cerebral frontal provoca problemas no funcionamento de um sistema de substâncias químicas chamadas de neurotransmissores (principalmente dopamina e noradrenalina) que passam informações entre as células nervosas (neurônios). As manifestações do TDAH têm início na infância. Entretanto, os adultos podem apresentar TDAH, que não foram diagnosticados precocemente.

Existem causas que foram investigadas para estas alterações nos neurotransmissores da região frontal e suas conexões, tais como:

- a) **Hereditariedade:** os genes parecem ser responsáveis não pelo transtorno em si, mas por uma predisposição ao TDAH. A participação de genes foi suspeitada, inicialmente, a partir de observações de que nas famílias de pessoas com um transtorno de TDAH a presença de parentes também afetados, era mais frequente do que nas famílias que não tinham crianças com o transtorno. A prevalência da doença entre os parentes das crianças afetadas é cerca de 2 a 10 vezes mais do que na população em geral (isto é chamado de recorrência familiar). Porém, como em qualquer transtorno do comportamento, a maior ocorrência dentro da família pode ser devido a influências ambientais, como se a criança aprendesse a se comportar de um modo "desatento" ou "hiperativo" simplesmente por ver seus pais se comportando dessa maneira, o que excluiria o papel de genes. Foi preciso, então, comprovar que a recorrência familiar era de fato devida a uma predisposição genética, e não somente ao ambiente. Outros tipos de estudos genéticos foram fundamentais para ter certeza da participação de genes: os estudos com gêmeos e com adotados. Nos estudos com adotados comparam-se pais biológicos e pais adotivos de crianças afetadas, verificando se há diferença na presença do TDAH entre os dois grupos de pais. Eles mostraram que os pais biológicos têm três vezes mais TDAH que os pais adotivos.

Os estudos com gêmeos comparam gêmeos univitelinos e gêmeos fraternos (bivitelinos), quanto a diferentes aspectos do TDAH (presença ou não, tipo, gravidade etc.). Sabendo-se que os gêmeos univitelinos têm 100% de semelhança genética, ao contrário dos fraternos (50% de semelhança genética), se os univitelinos se parecem mais nos sintomas de TDAH do que os fraternos, a única

explicação é a participação de componentes genéticos (os pais são iguais, o ambiente é o mesmo, a dieta entre outros). Quanto mais parecidos, ou seja, quanto mais concordam em relação àquelas características, maior é a influência genética para a doença. Realmente, os estudos de gêmeos com TDAH mostraram que os univitelinos são muito mais parecidos (também se diz "concordantes") do que os fraternos, chegando a ter 70% de concordância, o que evidencia uma importante participação de genes na origem do TDAH.

A partir dos dados destes estudos, o próximo passo na pesquisa genética do TDAH foi começar a procurar que genes poderiam ser estes. É importante salientar que no TDAH, como na maioria dos transtornos do comportamento, em geral multifatoriais, nunca devemos falar em determinação genética, mas sim em predisposição ou influência genética. O que acontece nestes transtornos é que a predisposição genética envolve vários genes, e não um único gene (como é a regra para várias de nossas características físicas, também). Provavelmente não existe, ou não se acredita que exista, um único "gene do TDAH". Além disto, genes podem ter diferentes níveis de atividade, alguns podem estar agindo em alguns pacientes de um modo diferente que em outros; eles interagem entre si, somando-se ainda as influências ambientais. Também existe maior incidência de depressão, transtorno bipolar (antigamente denominado Psicose Maníaco-Depressiva) e abuso de álcool e drogas nos familiares de portadores de TDAH.

- b) **Substâncias ingeridas na gravidez:** tem-se observado que a nicotina e o álcool quando ingeridos durante a gravidez podem causar alterações em algumas partes do cérebro do bebê, incluindo-se aí a região frontal orbital. Pesquisas indicam que mães alcoolistas têm mais chance de terem filhos com problemas de hiperatividade e desatenção. É importante lembrar que muitos destes estudos somente nos mostram uma associação entre estes fatores, mas não mostram uma relação de causa e efeito.
- c) **Sufrimento Fetal:** alguns estudos mostram que mulheres que tiveram problemas no parto que acabaram causando sofrimento fetal tinham mais chance de terem filhos com TDAH. A relação de causa não é clara. Talvez mães com TDAH sejam mais descuidadas e assim possam estar mais predispostas a problemas na gravidez e no parto, ou seja, a carga genética que ela própria tem (e que passa ao filho) é que estaria influenciando a maior presença de problemas no parto.

- d) **Exposição a Chumbo:** crianças pequenas que sofreram intoxicação por chumbo podem apresentar sintomas semelhantes aos do TDAH. Entretanto, não há nenhuma necessidade de se realizar qualquer exame de sangue para medir o chumbo numa criança com TDAH, já que isto é raro e pode ser facilmente identificado pela história clínica.
- e) **Problemas Familiares:** algumas teorias sugeriam que problemas familiares (alto grau de discórdia conjugal, baixa instrução da mãe, famílias com apenas um dos pais, funcionamento familiar caótico e famílias com nível socioeconômico mais baixo) poderiam ser a causa do TDAH nas crianças. Estudos recentes têm refutado esta ideia. As dificuldades familiares podem ser mais consequência do que causa do TDAH (na criança e mesmo nos pais). Problemas familiares podem agravar um quadro de TDAH, mas não causá-lo.
- f) **Outras Causas:** outros fatores foram aventados e posteriormente abandonados como causa de TDAH:
- Corante amarelo
 - Aspartame
 - Luz artificial
 - Deficiência hormonal (principalmente da tireoide)
 - Deficiências vitamínicas na dieta.

O TDAH é reconhecido oficialmente pela OMS (Organização Mundial da Saúde), por meio da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças). O CID-10 F90 não contempla especificamente e explicitamente o TDAH, sendo esta classificação mais genérica.

Nos EUA, o Manual de Diagnóstico e Estatística DSM-IV feito pela Associação Americana de Psiquiatria contempla o TDAH e o país possui Lei que protege a pessoa com transtorno de TDAH quanto a receberem tratamento diferenciado nas escolas.

Os **sintomas** que caracterizam o TDAH são divididos em dois grupos que se combinam: desatenção e hiperatividade-impulsividade.

- a) **Desatenção (Módulo A):** falha de atenção que se apresenta de diversas formas. A pessoa não consegue manter a concentração por muito tempo, perde o foco de atenção em conversas, comete erros "tolos" em matérias que domina, qualquer estímulo desvia sua atenção (ruídos, pessoas passando, objetos etc.), esquece-se de recados ou objetos,

dificuldade de seguir instruções até o fim ou deixar tarefas e deveres sem terminar, entre outros sintomas;

- b) **Hiperatividade (Módulo B):** é o aumento da atividade motora. A pessoa hiperativa é inquieta, está quase constantemente em movimento, raramente consegue ficar sentada, mexe as mãos e pés, dificilmente consegue se interessar por uma brincadeira em que tenha que ficar quieta, está sempre correndo, subindo em móveis, árvores e, frequentemente em locais perigosos, entre outros sintomas;
- c) **Impulsividade (Módulo B):** é a deficiência no controle dos impulsos, é "agir antes de pensar". Pode-se entender impulso como a resposta automática e imediata a um estímulo. Ou ainda, reações imediatas, sem reflexão, respondendo ou agindo sem pensar. É impaciente, apresenta dificuldade de esperar. Tem reações súbitas e muitas vezes explosivas, entretanto logo em seguida se arrependem e tratam a outra pessoa como se não tivessem tido uma reação explosiva e não guardando raiva ou ressentimentos.

Está assim configurado:

- Forma **Predominantemente Desatenta** quando existem mais sintomas do Módulo A.
- Forma **Predominantemente Hiperativa/Impulsiva**, quando existem mais sintomas do Módulo B. Esta é a forma mais rara;
- Forma **Combinada**, quando existem mais sintomas do Módulo A e B. Esta é uma forma mais comum nos consultórios e ambulatórios.

O TDAH **Combinado** apresenta maior comprometimento nas relações sociais, reagindo de forma mais agressiva em situações aversivas e no contexto acadêmico (Millstein, Wilens, Biederman, & Spencer, 1997, pag. 159-166; Murphy, Barkley, & Bush, 2002, pag. 147-157). De forma semelhante, o subtipo TDAH **Hiperativo/impulsivo** apresenta um maior comprometimento nos relacionamentos sociais e índices mais elevados de agressividade e de transtorno de conduta (Millstein & cols., 1997 pag. 159-166; Murphy & cols., 2002, pag. 147-157 ; Souza, Serra, Mattos & Franco, 2001, pag. 401-406, Matto, 2014, pag. 27-34).

Contudo, esse conjunto de mudanças nas interações organismo-ambiente promove relações funcionais que podem ser favoráveis ou de risco, para o organismo e seu ambiente. A exemplo, crianças com diagnóstico TDAH apresentam

uma história com múltiplas interações bidirecionais entre o organismo e ambientes físico e social o qual reforçou (produziu) e mantém um padrão comportamental de desatenção, impulsividade e/ou hiperatividade.

Os sintomas listados estão descritos no DSM - IV (*Diagnostic and Statistical Manual*, 4ª Edição), um manual elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana, facilitando os diagnósticos mais homogêneos entre os profissionais.

A criança com esse transtorno tem muita dificuldade de relacionar-se com as outras crianças e com os seus familiares, embora, no geral são tidas como muito afetuosas. Os indivíduos com TDAH apresentam prejuízos funcionais, visto que são desatentos e manifestam déficit de aprendizagem mais intenso e são mais frequentes nas mulheres. As crianças apresentam maior isolamento social e retraimento, somado às altas taxas de depressão e ansiedade (Rohde & cols., 2000).

O diagnóstico do TDAH é clínico e deve ser feito por um profissional de saúde (médico psiquiatra, neurologista, neuropediatra ou um psicólogo), embora seja comum uma equipe integrada de diferentes profissionais (fonoaudiólogos, psicopedagogos).

O diagnóstico é realizado exclusivamente por meio de entrevista clínica (levantamento de queixas e sintomas e relato sobre o comportamento da criança em casa e em atividades escolares, por pais e professores), utilizando questionários, lista de verificação ou escalas de avaliação (avaliação/observação à criança no consultório, avaliação neuropsicológica, psicopedagógica e fonoaudiológica) com um especialista, a partir de critérios definidos. Esses critérios diagnósticos são estabelecidos pela Associação Psiquiátrica Americana ou pela Organização Mundial de Saúde. Os critérios citados estão descritos no Manual de Classificação (MC), correspondendo a uma lista de sintomas e sinais, elaborados por um grupo de pesquisadores especialistas no assunto e utilizados para homogeneizar a forma de se avaliar se um indivíduo tem o transtorno.

Segundo o Manual, para se diagnosticar se a pessoa tem transtorno de TDAH, o indivíduo deve possuir um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade mais frequente e severo do que aquele tipicamente observado em um indivíduo em nível equivalente de desenvolvimento.

A utilização de exames clínicos como eletroencefalograma (EEG) não são capazes de dar o diagnóstico. Outros exames como o neuropsicológico (avaliação de inteligência, atenção, memória, cálculo é indicado quando existem dúvidas sobre a origem de problemas do aprendizado), como o exame de PAC (Processamento

Auditivo Central) não são necessários para o diagnóstico. Não há exames genéticos disponíveis para se avaliar a falta deste ou daquele elemento químico no sangue.

Os critérios utilizados pelos profissionais para diagnosticar o TDAH são:

a) Desatenção:

- Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
- Com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- Com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- Com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);
- Com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
- Com frequência evita, antipatiza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
- Com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex. brinquedos, lápis, tarefas escolares, livros ou outros materiais);
- É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
- Com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

b) Hiperatividade:

- Frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;
- Frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- Frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);
- Com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades e lazer;
- Está frequentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor";
- Frequentemente fala em demasia.

c) **Impulsividade:**

- Frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;
- Com frequência tem dificuldade de aguardar sua vez;
- Frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex. intrometer-se em conversas ou brincadeiras).

Além dos critérios analisados acima, pode-se considerar ainda:

- É necessário que existam desde a infância (ou início da adolescência) presentes antes dos 07 anos de idade;
- Estejam causando prejuízo no funcionamento da pessoa em duas ou mais áreas de sua vida (por ex. na escola ou no trabalho e em casa);
- Não estejam sendo provocados por nenhum transtorno conhecido.

De acordo com o DSM-IV, a lista de sintomas do TDAH confirma-se quando:

- Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de **desatenção** persistir por pelo menos 06 (seis) meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento.
- Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de **hiperatividade** persistir por pelo menos 06 (seis) meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento.

Algumas condições podem se confundir no momento do diagnóstico do TDAH: situações de conflito familiar (briga entre o casal, pai alcoólatra podem causar sintomas parecidos); dificuldades sensoriais (audição ou visão); uso de certos medicamentos e autismo.

Ainda existe a associação de outros transtornos com o TDAH:

- Transtorno do Aprendizado (dos quais os mais comuns são os transtorno de leitura, de escrita e de matemática);
- Transtorno de Desafio e Oposição e Transtorno de Conduta;
- Tiques;
- Transtorno Ansioso (Pânico, Fobia Social, Transtorno de Ansiedade Generalizada);
- Transtorno do Humor (Depressão, Distímia, Transtorno Bipolar);
- Abuso de Drogas e Álcool.

Portanto, o diagnóstico definitivo depende da confiabilidade do relato de pais e professores, bem como da experiência de médicos, psicólogos e outros profissionais envolvidos, para interpretar e avaliar os relatos e histórias do paciente.

O tratamento do TDAH requer uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicoterápicas e farmacológicas (Anastopoulos, Rhoads&Farley, 2008) com a participação de múltiplos agentes sociais como pais, outros familiares, educadores, profissionais de saúde, além da própria criança.

Na análise do comportamento, o conjunto de todas as interações do organismo e seu ambiente irá compor a história de desenvolvimento, sendo essa ideográfica.

Um trabalho interdisciplinar entre a neurociência e os analistas do comportamento pode favorecer intervenções clínicas construindo novos padrões de atenção, autocontrole e engajamento em atividades de alto custo, favorecendo a adaptação do sujeito com diagnóstico de TDAH em seu ambiente social, escolar e familiar. Kennedy, Caruso e Thompson (2001, pag. S54-64) afirmam que os conhecimentos desenvolvidos pela neurociência podem favorecer os analistas do comportamento na aplicação de seus conhecimentos.

De forma similar, a neurociência pode ser beneficiada com alguns dados desenvolvidos pelos analistas do comportamento que demonstram o efeito de variáveis ambientais, como a atenção social no ambiente escolar produzindo a atenuação dos sintomas (Kodak, Northup & Kelley, 2007, pag. 167-171) ou o controle verbal sobre os comportamentos classificados como inapropriados (Falcomata & cols., 2008, pag. 429-434).

O tratamento farmacológico ou psicofarmacológico (uso de medicamentos) são escolhidos de acordo com os consensos de especialistas e devem ser muito bem administrados, por causar efeitos colaterais.

A psicoterapia que é indicada para o tratamento do TDAH chama-se **Terapia Cognitiva Comportamental** que no Brasil é uma atribuição exclusiva de psicólogos. O mais importante nesse tipo de intervenção é dar à pessoa conhecimentos científicos sobre o transtorno, possibilitando conhecer os sintomas e os processos de terapias que podem ser utilizados.

O tratamento com Fonoaudiólogo está recomendado em casos específicos onde existem, simultaneamente, Transtorno de Leitura (Dislexia), Transtorno de Expressão Escrita (Disortografia) ou Transtorno da Comunicação (DEL).

O TDAH não é um problema de aprendizagem como a Dislexia e a Disortografia, mas as dificuldades em manter a atenção, a desorganização e a inquietude que atrapalham bastante o rendimento escolar. É necessário que os professores conheçam técnicas que auxiliam os alunos com TDAH a ter melhor desempenho.

2.2 – Avanços

No Brasil, observam-se avanços com relação ao tema. A Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) é uma associação sem fins lucrativos fundada em 1999, com o objetivo de disseminar informações corretas, baseadas em pesquisas científicas, sobre o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), oferecendo suporte a portadores desse transtorno e a seus familiares, através de grupos de apoio, atendimento telefônico e, especialmente, resposta a e-mails e postagens de conteúdos no *site* da Associação, sendo considerado como referência nacional.

A ABDA, no esforço para atingir seus objetivos de ampliar a educação e o conhecimento da população sobre o assunto, realiza eventos para profissionais de diferentes áreas. Tanto para os profissionais de saúde quanto para os de educação, a meta é sempre oferecer capacitação para que cada vez mais o transtorno possa ser identificado, diagnosticado e tratado corretamente, com alguns eventos organizados, conforme Anexo I.

No Estado do Acre surge oficialmente em 06/12/2014 o **Grupo de Apoio ao TDAH do Acre – GATAC**, que tem como objetivo oferecer apoio aos pacientes com TDAH e seus familiares, divulgar informações científicas sobre o tema, capacitando profissionais de saúde e de educação, com ações organizadas, conforme anexo.

Em função da ausência de estatísticas oficiais com relação ao número de pessoas com TDAH e outros transtornos, sem apresentar diagnóstico concluído, o Estado apresenta uma demanda reprimida de mais de mil pacientes para atendimento com neuropediatras².

2.3 - TDAH e suas Implicações na Escola

No Sistema de Educação Brasileiro é comum a presença de professores em sala de aula diagnosticando de maneira intuitiva os alunos que apresentam padrões

² Informação não oficial, identificada por meio de GATAC, em levantamento de campo preliminar.

de comportamentos que perpassam o TDAH. Essas crianças são fonte de medo e insegurança por parte dos educadores por não terem uma ampla visão de desenvolvimento ou de estratégias pedagógicas que favoreçam a aprendizagem daqueles que se mostram diferentes ou que desafiam uma rotina escolar.

Alguns problemas causados pelo TDAH que se apresentam com mais frequência em crianças e adolescentes são: maior frequência de acidentes, mais problemas de aprendizado escolar, maior frequência de reprovações, expulsões e abandono escolar, maior incidência de abuso de álcool e drogas ao final da adolescência, de depressão e de ansiedade. Para os adultos se apresentam: maior incidência de desemprego, divórcio, depressão, ansiedade e abuso de álcool e drogas, maior frequência de acidentes com veículos, menos anos de escolaridade completados.

Educação e conhecimento sobre o transtorno para as crianças, pais e professores constitui uma parte fundamental das terapias comportamentais e ou cognitivas.

A análise do comportamento, além de promover uma intervenção psicoeducativa, contribui de forma significativa, para o estudo dessa síndrome ao demonstrar que manipulações nas variáveis ambientais podem promover alterações nos padrões comportamentais de impulsividade, hiperatividade e desatenção (Bernado, 2004). A identificação dessas variáveis contribui para desfazer rótulos prévios que frequentemente acompanham as crianças e que não favorecem um engajamento em novas contingências e o desenvolvimento de novos padrões comportamentais.

Baseado na análise funcional e histórica dos comportamentos apresentados pela criança com TDAH, diversas técnicas têm se mostrado úteis. O sistema de pontos, reforçamento diferencial, custo da resposta, tarefas para casa, modelação e dramatização tem sido as mais utilizadas (Knapp, Johannpeter, Lyszkowski & Rohde, 2002.)

Vygotsky (1996) destaca alguns cuidados durante o planejamento no momento de preparação de aulas, com relação as abordagens e considerações com relação as etapas de desenvolvimento do indivíduo:

Para cada matéria de ensino existe um período em que sua influência é mais frutífera, pois a criança se encontra em um período de receptividade maior. Este tem sido denominado por Montessori e outros educadores, o *período sensitivo*. O tempo tem sido utilizado em biologia, para as etapas do desenvolvimento ontogenético, em que o organismo se encontra particularmente predisposto a influências de determinados tipos. Durante

este período uma influência que antes ou depois tenha muito pouco efeito, pode afetar radicalmente o curso do desenvolvimento (Vygotsky, 1996, pag. 119 - grifo do autor)³

É saber e conhecer este período e a qualidade desta intervenção do professor na construção do conhecimento com os alunos que deve ser evidenciada, buscando influenciar positivamente o desenvolvimento dos mesmos.

Antes de qualquer coisa, os professores devem fazer uma avaliação dos pontos abaixo:

Qual é a dificuldade mais importante do aluno com TDAH?

O que mais atrapalha no desempenho escolar daquele aluno?

Ao conseguir responder essas perguntas, o professor cria melhores condições para traçar as estratégias que aplicará em sala de aula. Quando se conhece aquilo que de fato tem atrapalhado o bom desempenho de um determinado aluno fica mais fácil pensar em soluções viáveis e eficazes.

Depois disso, o segundo passo importante é saber distinguir o que a pessoa com TDAH é capaz de fazer do que ele não é (principalmente ao lidar com comportamentos disruptivos) e assim não criar expectativas irreais. Talvez essa seja uma das partes mais difíceis. Observar o aluno e estudar sobre o TDAH são as melhores formas de se preparar para fazer essa distinção sobre o que é sintoma e/ou consequência do transtorno daquilo que não é.

É importante desenvolver várias intervenções para atuar eficientemente no ambiente da sala de aula com uma criança com transtorno de TDAH. Um repertório de intervenções deve ser desenvolvido para educar e melhorar as habilidades deficientes da criança.

Segundo Topczewski (1999), podem-se usar métodos didáticos alternativos para melhoria do comportamento e desenvolvimento pedagógico da criança hiperativa:

- Trabalhar com pequenos grupos sem isolar as crianças hiperativas;
- Dar tarefas curtas ou intercaladas, para que elas possam concluí-las antes de se dispersarem;
- Elogiar sempre os resultados;
- Usar jogos e desafios para motivá-las;
- Valorizar a rotina, pois ela deixa a criança mais segura, mantendo sempre o estímulo através de novidades no material pedagógico;

³ Tradução livre do Espanhol para o Português do Prof. Marcondes Freire Montysuma

- Permitir que ela conserte os erros, pedindo desculpas quando ofender algum colega ou animarem a bagunça da classe;
- Repetir individualmente todo comando que for dado ao grupo e fazendo-o de forma breve usando sentenças claras para entenderem;
- Pedir a elas que repitam o comando para ter certeza de que escutaram e compreenderam o que o professor quer;
- Dar uma função oficial às crianças, como ajudantes do professor. Isso faz com que elas melhorem e abram espaços para o relacionamento com os demais colegas;
- Mostrar limites de forma segura e tranquila, sem entrar em atrito;
- Orientar os pais a procurarem um psiquiatra, um neurologista ou um psicólogo;
- Conversar com a criança e seus pais sobre o método mais fácil de estudo em casa. Isso facilita muito a vida dos que tem TDAH. Proponha aos pais alguns "experimentos" de formas de estudos diferentes até que seja encontrada a mais adequada para aquele aluno, contanto que inclua uma programação de estudo com intervalos e assim não acumular matéria;
- Ambientes com muitos distratores/estímulos externos devem ser evitados. Uma sala de aula deve contar apenas com elementos necessários para a situação de aula daquele momento. Murais com muitas informações ficam melhor colocados nos corredores por exemplo. Músicas ou barulhos externos com frequência também devem ser evitados;
- No ambiente escolar, evitar instruções muito longas e parágrafos muito extensos! Isso certamente será apreciado e facilitará o aprendizado de todos os alunos sem exceção. Por exemplo: provas com enunciados longos funcionam muito mais como "armadilha" do que uma tentativa de esclarecimento da pergunta. Espaço entre as perguntas e clareza nas instruções são imprescindíveis para uma melhor realização de provas;
- Uma boa forma de envolver todos os alunos e principalmente os que tem TDAH é solicitar que um aluno repita a instrução que você acabou de dar para a realização de uma determinada tarefa (alternância entre os alunos / aumenta a atenção de toda a turma);

- Atividades que exijam maior integridade da atenção sustentada devem ser feitas preferencialmente no início da aula, ou seja, as tarefas que demandem mais atenção contínua por um período maior devem ser priorizadas e assim serem feitas no início da aula. Por exemplo: provas deverão acontecer no primeiro tempo de aula. No último tempo o aluno já teve várias aulas, de várias matérias, que acabam funcionando como elementos de distração e podem prejudicar todos os alunos, especialmente os que tem TDAH;
- Conscientizar os alunos com TDAH do tipo de prejuízo que o comportamento impulsivo pode trazer tanto para ele quanto para o grupo. Os alunos com TDAH precisam se dar conta de que interromper a fala da professora ou o andamento das atividades pode ser altamente improdutivo para ele e para o grupo. Isso deve ser feito individualmente e de forma que não culpe o aluno. Apenas sirva como uma conversa esclarecedora.

Para crianças desatentas, uma sala de aula eficiente, deve ser organizada e estruturada. O professor deve estar preparado o suficiente para receber uma criança com transtorno de TDAH e procurar conhecer melhor o quadro da disfunção, para saber como lidar com ela. Depois, um programa de reforço baseado em ganhos e perdas, deve ser parte integrante do trabalho da classe. A avaliação do professor deve ser frequente e imediata.

É recomendado ignorar pequenos incidentes. O material didático deve ser adequado às habilidades da criança. Estratégias cognitivas que facilitem a autocorreção, e que melhorem o comportamento nas tarefas, devem ser ensinadas.

As tarefas devem variar, mas continuar sendo interessantes para o aluno, assim como a criatividade e habilidade do professor mediante as tarefas. Os horários de mudanças de tarefas das crianças devem ser supervisionados. A comunicação entre pais e professores deve ser frequente. Os professores também precisam ficar atentos ao quadro negativo de seu comportamento. As expectativas devem ser adequadas ao nível de habilidade do aluno e deve-se estar preparado para mudanças.

Os professores devem ter conhecimento do conflito incompetência x desobediência e aprender a discriminar entre os dois tipos de problemas.

Razera (2001), destaca que no rol de intervenções específicas que o professor pode fazer para ajudar a criança com TDAH a se ajustar melhor à sala de aula, apresentam-se as seguintes:

- Proporcionar estrutura, organização e constância (sempre a mesma arrumação das cadeiras, programas e regras claramente definidas);
- Colocar o aluno perto de colegas que não o provoquem, perto da mesa do professor;
- Elogiar, encorajar e ser afetuoso, porque esses alunos desanimam facilmente;
- Dar responsabilidade que eles possam cumprir fazendo com que se sintam necessárias e valorizadas;
- Proporcionar um ambiente acolhedor, demonstrando calor e contato físico de maneira equilibrada;
- Nunca provocar constrangimento ou menosprezar o aluno;
- Favorecer oportunidades sociais e proporcionar trabalho de aprendizagem em grupos pequenos, pois em grupos menores os alunos conseguem melhores resultados;
- Comunicar-se com os pais do aluno porque, geralmente, eles sabem o que tem melhor funcionamento com seu filho;
- Ir devagar com o trabalho e parcelar a tarefa. Doze tarefas de cinco minutos trazem melhores resultados do que duas tarefas de meia hora.
- Adaptar suas expectativas quanto ao aluno, levando em consideração as diferenças e inabilidades decorrentes do TDAH;
- Recompensar os esforços, a persistência e o comportamento bem sucedido ou bem planejado;
- Proporcionar exercícios de consciência e treinamento dos hábitos sociais da comunidade.
- Uma avaliação frequente sobre o comportamento do aluno consigo mesmo e com os outros, ajudará bastante;
- Estabelecer limites claros e objetivos;
- Facilitar o frequente contato aluno/professor, pois auxilia em um controle extra sobre o aluno e possibilita oportunidades de reforço positivo e incentivo a um comportamento mais adequado;

- Permanecer em constante comunicação com o psicólogo ou orientador da escola. Este é o melhor ponto de ligação entre a escola, os pais e o médico.

III - PARECER

Fundamentado no exposto acima, o Conselho Estadual de Educação elaborou o seguinte parecer que deve orientar e contribuir com a Secretaria de Estado de Educação e Esporte e as Secretarias Municipais, a Direção da Escola, Coordenadores Pedagógicos e Professores para que se construam procedimentos didáticos alternativos para melhoria do comportamento e desenvolvimento pedagógico do aluno com TDAH.

Recomendações aos Sistemas de Ensino:

- Assumir como política de educação a formação continuada dos professores de Educação Básica, Direção e Coordenadores Pedagógicos sobre a temática TDAH, sejam em cursos de Especialização *Lato Sensu ou Stricto Sensu*;
- Caso haja necessidade, garantir de maneira gradativa mediador em salas que estejam matriculados alunos com TDAH;
- Incorporar às atividades curriculares ações para divulgação e promoção de atividades relativas a Semana de Informação e Conscientização sobre TDAH no Acre;
- Elaborar material de apoio didático-pedagógico para o professor trabalhar com os alunos com transtorno e déficit de atenção/hiperatividade - TDAH;
- Acompanhar o índice de desempenho de aprendizagem dos alunos com TDAH, oferecendo estudos de aprofundamento e desenvolvimento de estratégias para que a escola possa lidar com as atividades de reforço escolar (recuperação da aprendizagem);
- Garantir atendimento a alunos com TDAH, mesmo que o diagnóstico ainda não tenha sido fechado;
- Oferecer oficinas de capacitação aos gestores, professores de classes inclusivas e professores do AEE, sobre o tema TDAH, além de orientar sobre estratégias pedagógicas de acessibilidade ao

currículo durante o planejamento escolar, através dos professores das salas de recursos multifuncionais.

Recomendações às Escolas:

- Reconhecer o aluno com TDAH em seu Projeto Político Pedagógico;
- Buscar apoio e fortalecimento nas ações com o grupo de AEE da escola;
- Elaborar Plano Educacional Individualizado e valorizar aspectos qualitativos ao invés de quantitativos, do ponto de vista da avaliação;
- Os processos de avaliação devem se constituir em momentos frequentes e romper com marcações em calendário, com períodos muito distantes;
- Aplicar provas diferenciadas ou separá-lo da turma para fazer prova;
- Liberar o uso da tabuada/máquina calculadora;
- Espaçar as provas, sendo essas mais objetivas;
- Ampliar o tempo de aplicação de provas e que ocorram sempre no primeiro tempo de aula;
- Na mudança de professor de salas com alunos com TDAH que seja entregue o laudo e relatórios das estratégias adotadas para trabalhar com esses alunos;
- Utilizar a agenda para orientar os alunos e os pais sobre tarefas escolares, estudos dirigidos e calendários de provas;
- Evitar o encaminhamento de recados em papéis soltos da agenda;
- Proporcionar no Projeto Político Pedagógico que as atividades de aulas de educação física sejam mais envolventes e valorativas;
- Valorizar as rotinas e regras escolares;
- Criar espaços de socialização aos alunos em todo o contexto da escola;
- Conversar com pais ou responsáveis sobre o método mais fácil de estudo em casa;
- Envolver os pais ou responsáveis, criando e fortalecendo vínculos com a Escola;
- Tornar as aulas mais atrativas, incorporando as estratégias descritas no Parecer.

REFERÊNCIAS

- ANASTOPOULOS, A. D., RHOADS, L. H., & FARLEY, 2008) Aconselhamento e Treinamento de para os Pais. Em R. A. Barkley, e cols., (Orgs.), Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Manual para diagnóstico e Tratamento. Artemed: 3º Edição.
- Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 10-15.
- CALIMAN, Luciana Vieira. *PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 2010, 30 (1), 45-61.
- BERNADO, P. C. (2004). Autocontrole de crianças diagnosticadas com TDAH: o efeito de atrasos absolutos e relativos em escolha com tentativas discretas. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- CALIMAN, Luciana Vieira. *PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 2010, 30 (1), 45-61.
- FALCOMATA, T. S., NORTHUP, J. A., DUT, A., STRICKER, J. M., VINQUIST, K. M., & ENGBRETOS, B. J. (2008). A preliminary analysis of instructional control in the maintenance of appropriate behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 41 (3), 429-434.
- MATTOS, Paulo, *No Mundo da Lua*, ABDA, Rio de Janeiro, 2014.
- MILLSTEIN, R. B., Wilens, T. E., Biederman, J., & Spencer, T. J. (1997). Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 2 (3), 159-166.
- MURPHY, K., BARKLEY, R. A., & BUSH, T. M. A. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational and clinical history. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 190 (3), 147-157.
- OLIVEIRA, Marta Kohl, *Vigotsky: aprendizado e desenvolvimento um processo sócio-histórico*, São Paulo Scipione, 1997.
- KNAPP, P., Johannpeter, J., Lyszkowski, L., & Rohde, L. A. (2002). *Terapia Cognitivo-Comportamental no TDAH*. Em L. A. Rohde & P. Mattos. (Orgs.), *Princípios e práticas em TDAH* (pp. 183-198). Porto Alegre: Artes Médicas.
- KODAK, T., Northup, J., & Kelley, M. E. (2007). An evaluation of the types of attention that maintain problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40 (1), 167-171.
- RAZERA, Graça. *Hiperatividade Eficaz*. Rio de Janeiro: Instituto Internacional de Projeiologia e Conscienciologia, 2001.

SANTOS, WERNER, Jairo. Saúde e Educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno. Educação em Diálogo Educação em Diálogo. Rio de Janeiro – RJ. Gryphus, 2005.

SOUZA, I., SERRA, M. A., MATTOS, P., & FRANCO, V. A. (2001). Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção. Arquivo Neuropsiquiátrico, 59 (2-B), 401-406.

TOPECZEWSKI, Abram. Hiperatividade. Como lidar? São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

VASCONCELOS. Laércia Abreu e Leticia de Faria. PSICOLOGIA: TEORIA E PESQUISA, Out-Dez 2010, Vol. 26 n. 4, pp. 717-724, UNB.

VYGOTSKY, Lev, S, Penasamieto y lenguaje, Edición Revolucionaria, La Habana, 1966.

Rio Branco Acre, 24 de julho 2015.

Conselheiras:

María de Fátima Miranda de Lima - Relatora

Geane Reis de Farias

María Zélia da Silva Mendonça

Colaboradores:

Elisama Maria de Lima – GATAC

Marcondes Freire Montysuma – GATAC

Clóvis Luiz da Silva das Neves – AEE/Dom Bosco

Hadhiane Peres de Lima – AEE/SEE/AC

Úrsula Maria Maia Nogueira Silva – Coordenadora de Educação Especial – SEE/AC


Maria de Fátima Miranda de Lima
Relatora

ANEXO I

Eventos organizados pela ABDA destacam-se:

- Congresso Internacional Bianual;
- Simpósio para Médicos (pediatras, neurologistas e psiquiatras, entre outros);
- Curso de Capacitação para Professores e Educadores (rede pública e privada);
- Curso de Capacitação para Psicólogos, considerando que a terapia é uma ferramenta importante para lidar com determinados comprometimentos causados por este transtorno.

Ações realizadas pelo GATAC

- Realização do 1º Seminário sobre o tema, com a participação da ABDA em 14 e 15/03/2014 tendo como parceiros as Secretarias Estadual e Municipal de Educação, a Prefeitura Municipal de Rio Branco, a Secretaria Estadual de Saúde, Faculdade Meta (FAMETA), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Central de Articulação das Entidades de Saúde (CADES); O público presente no Seminário foram professores, alunos, coordenadores pedagógicos, diretores de escolas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e acadêmicos dos cursos de saúde;
- Mapeamentos e identificação de mães e pais de alunos com TDAH, sendo realizadas reuniões para troca de experiências, buscando melhorias na educação e na saúde para seus filhos;
- Realização da Semana de Informação e Conscientização sobre TDAH, em 04/08/2014, com uma programação organizada para sensibilizar instituições sobre o tema;
- Reunião no Palácio da Justiça com os Promotores da Saúde e da Educação para sensibilização da temática e discussão da demanda de políticas públicas;
- Encaminhamento de reivindicações ao Secretário Adjunto da Sesacre;
- Realização de Sessão Solene Alusiva ao TDAH na Assembleia Legislativa do Acre – ALEAC – promovida pelo Deputado Estadual Eduardo Farias;

- Realização de palestra sobre TDAH com o Psicopedagogo – Clovis Neves no Auditório do Instituto São José em 08/08/2014;
- Realização do 2º Seminário sobre o tema em parceria com o IFAC, CRM, SESACRE, Hospital das Clínicas e ABDA, em 26/09/2014. O público do Seminário, além dos profissionais da área de saúde e educação, participaram médicos e acadêmicos do último período de Medicina – UFAC;
- Apresentação e aprovação na ALEAC da Lei Nº 2.954 de 14 de Janeiro de 2015, que garante a realização da Semana de Informação e Conscientização sobre TDAH no Acre;
- Legalização do GATAC com criação de Estatuto Social;
- Realização de reuniões mensais com os pais e profissionais;
- Realização de audiência com Deputados Estaduais (Presidente da Comissão da Saúde e Relator da Comissão) sendo entregue um conjunto de estratégias que trata do assunto, como referencial para a criação e apresentação de um Projeto de Lei Estadual que garanta o diagnóstico e o tratamento pelo SUS às pessoas com TDAH;
- Realização de audiência em Brasília com o Deputado Federal, solicitando o encaminhamento para a tramitação da Lei na câmara e nas comissões para análise e votação.