TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: diagnóstico e intervenção

Adriana Ribeiro Pinto; Dayane Alves Barreto dos Santos; Deborah Lins Sambuc Ramalho; Doralice Ramos de Souza; Lívia Ferraz; Mirlene Ramos Silva[1], Alcilene Lopes de Amorim Andrade, Rafael Tudéia Guimarães[2]

Resumo

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, com maior prevalência em crianças em idade escolar, acompanhando-as por toda a vida. Realizado por meio de pesquisa bibliográfica, este trabalho tem como objetivo discutir o processo do diagnóstico e a atuação de psicólogos e professores frente à criança diagnosticada com TDAH. Os resultados apontam que o referido transtorno caracteriza-se por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, e pode ter um grande impacto na vida de seus portadores e também das pessoas com quem esses convivem (amigos, pais, professores), podendo levar a dificuldades emocionais, de relacionamento familiar e social, bem como a um baixo desempenho escolar.

Palavras-chave: TDAH; Hiperatividade; Desatenção; Diagnóstico.

Abstract

The Attention Deficit Disorder and Hyperactivity (ADHD) is a neurobiological disorder with genetic causes, with higher prevalence in school-age children, following them for lifetime. This paper, carried out by means of literature, aims to discussing the process of diagnosis and practicing psychologists and teachers across the child diagnosed with ADHD. The results indicate that such disorder characterized by symptoms of inattention, hyperactivity and impulsivity, and that it can have a big impact on the lives of its sufferers and also on the lives of those with whom they live (friends, parents, teachers), resulting in emotional difficulties, social and family relationships, as well as a low school performance.

Keywords: ADHD; Hyperactivity; Inattention; Diagnosis.

---

[1] Acadêmicas do sétimo período de Psicologia UNIPACTO

[2] Orientadores do trabalho, psicólogos, professores do curso de Psicologia UNIPACTO

Introdução

O TDAH é hoje a condição crônica de saúde de maior prevalência em crianças em idade escolar (de 3 a 6% dessa população possuem TDAH), sendo o distúrbio neurocomportamental mais comum na infância, seu inicio é precoce e persiste até a idade adulta em torno de 60 a 80% dos casos, sendo mais usualmente encontrado em meninos do que em meninas numa proporção de 3:1. Apesar de não existir cura para o TDAH, sua manifestação tende a diminuir com a idade e com o uso de De maneira geral o TDAH pode se caracterizar pela presença de um desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, a reflexibilidade e a atividade motora. Suas principais consequências são: baixo desempenho escolar; dificuldade de relacionamento; baixo autoestima; interferência no desenvolvimento educacional e social; predisposição a distúrbios psiquiátricos.

medicação (HERRERIAS et al., 2003).

Pretende-se neste trabalho apresentar as principais características e propostas de intervenção cabíveis no tratamento do TDAH, com vistas a contribuir de forma significativa para a ampliação acerca do conhecimento sobre o tema.

O estudo possui relevância por chamar a atenção para a necessidade de reflexão sobre as complexas questões que envolvem o TDAH, com ênfase no contexto escolar.

Metodologia

Quanto aos meios, trata-se de uma pesquisa bibliográfica**,** porque parte da leitura, análise e interpretação de publicações científicas ligadas ao tema , no período de 1999 a 2014. Considera-se como pesquisa de abordagem qualitativa e descritiva quanto aos fins, pois a intenção central é caracterizar o TDAH.

TDAH: Definição e características

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico, de origem genética, que tem como característica sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade. Na Classificação Internacional de Doenças da OMS (Organização Mundial de Saúde) mais recente (CID-10) o TDAH é classificado como um Transtorno Hipercinético.

Subtipos

Conforme o DSM-IV (1995) o TDAH divide-se em quatro subtipos, que são determinados pela quantidade de manifestações clínicas encontradas em cada modalidade, apresentando critérios diagnósticos para diferenciá-los, a saber:

- Tipo predominantemente desatento: é diagnosticado quando há seis ou mais sintomas de desatenção, como por exemplo, não prestar atenção a detalhes, evitar atividades que exigem esforço mental, parecer não ouvir os outros, dificuldade de organizar tarefas, entre outras coisas.

- Tipo predominantemente hiperativo/impulsivo: ocorre quando há seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade. Neste tipo são vistos concomitantemente os sintomas da **hiperatividade** e da **impulsividade**, vistos em pessoas extremamente agitadas, "aceleradas", que não conseguem ficar paradas, têm necessidade de estar se movimentando todo o tempo, não esperam sua vez em filas, não param de falar, não concluem tarefas, respondem antes de ouvir a pergunta, enfim, pessoas inquietas.

- Tipo combinado: indivíduos que apresentam todos os sintomas dos critérios diagnósticos ao mesmo tempo.

- Tipo não – específico: assim chamado por não haver sintomas suficientes para diagnosticar o transtorno, porém há prejuízos no dia a dia.

Pesquisas recentes têm mostrado que são necessários pelo menos seis dos sintomas de desatenção e/ou seis dos de hiperatividade/impulsividade para que se possa pensar na possibilidade do diagnóstico de TDAH. Para se considerar que algum dos sintomas da lista está presente é importante que ocorra frequentemente, em pelo menos dois ambientes diferentes, por exemplo, na

escola e em casa, e que causem prejuízos na vida da criança ou adolescente. A avaliação diagnóstica deve envolver os pais, a criança, a escola (professores) e o médico. O tratamento de crianças com TDAH supõe intervenção psicológica, pedagógica e médica. (ROHDE, BENCZIK, 1999)

O crescimento no número de casos de TDAH tem se mostrado preocupante, uma vez que existem diversas comorbidades associadas a esse transtorno, tais como: Transtorno disruptivos (transtorno de conduta e transtorno opositor desafiante) entre 30 e 50% dos casos de TDAH, depressão entre 15 e 20%, transtorno de ansiedade aproximadamente 25% e abuso e/ou dependência de droga entre 9 e 40%. (HERRERIAS et al., 2003)

Crianças têm sido diagnosticadas e medicadas erroneamente como hiperativas e/ou desatentas cada vez mais cedo, por atitudes muitas vezes comuns para sua faixa etária, apresentando-se como justificativa corrente para o fracasso escolar de um número expressivo de crianças, atribuindo-lhes a responsabilidade pelo não aprender e isentando de análise os contextos escolares e sociais nos quais elas se encontram inseridas, o que pode acarretar em sérias consequências e prejuízos futuros.

Por isso se faz tão importante que o diagnóstico e o tratamento sejam feitos o mais cedo possível (ainda na infância) e de maneira correta, podendo assim prevenir possíveis problemas futuros que prejudicaram a adolescência e a vida adulta dessas crianças.

Diagnóstico de TDAH

Não existe um exame específico que identifique o TDAH, portanto o seu diagnóstico é fundamentalmente clínico. Existem escalas que descrevem os sintomas de atenção, hiperatividade e impulsividade e medem de forma objetiva sua intensidade de acordo com a observação dos pais e professores. A *escala de Conners* e a *Escala de Problemas de Atenção do Inventário de Comportamentos de crianças e Adolescentes,* nas suas versões para pais e professores, têm sido as mais usadas. Podem ser muito úteis como “ferramentas auxiliares” no processo diagnóstico, mas não servem como instrumentos

isolados. Além disso, não estão inteiramente adequadas para uso com a população brasileira de crianças e adolescentes. (ROHDE, BENCZIK,

1999)

O exame neurológico evolutivo, realizado por neurologistas de crianças, pode indicar dados que fortalecem o diagnóstico baseado na pesquisa de sintomas. Da mesma forma, alguns testes psicológicos, como a *escala de Inteligência Wechsler para Crianças,* podem reforçar o diagnóstico clínico. Entretanto, os resultados dessas avaliações isoladamente ou em combinação não são suficientes para o diagnóstico ou a exclusão. Algumas crianças com sintomas importantes e incapacitantes de desatenção, hiperatividade ou impulsividade presentes em ambientes menos estruturados e individualizados, como a escola e a própria casa, podem apresentar resultados positivos nesses exames e testes.

Outros testes neuropsicológicos mais complexos e exames mais modernos, como a tomografia por emissão única de fóton (SPECT), são bastante promissores para o futuro. Neste momento, fazem parte apenas de ambiente de pesquisa, não sendo ainda confiáveis para o diagnóstico. O diagnóstico só deve ser realizado por um profissional de saúde mental, seja ele médico ou psicólogo. (ROHDE, BENCZIK, 1999)

Para o diagnóstico de TDAH, é fundamental que os sintomas sejam maladaptativos e inconsistentes com o nível de desenvolvimento esperado para a idade da criança ou do adolescente e que “déficit” não significa deficiência absoluta e imutável. Não se deve tratar os indivíduos portadores de TDAH como quem tem um defeito ou disfunção cerebral, mas apenas um funcionamento peculiar que acarreta um comportamento típico, esse comportamento pode ter consequências tanto positivas como negativas. (SILVA, 2003)

Segundo Goldstein & Goldstein (2001), um diagnóstico minucioso deve incluir a coleta e observação de oito tipos de informação: *histórico* da família e do desenvolvimento da criança; *inteligência* da criança a fim de verificar se os sintomas não estão sendo causados devido a inteligência abaixo da média, causando frustração a criança; *personalidade e desempenho emocional* que mostram como ela se sente em relação a si mesma e ao seu problema; *desempenho escolar* indicando as habilidades escolares da criança, se ela está

atrasada ou não com relação aos outros alunos; *amigos* que ela possui, quanto ela é bem relacionada socialmente; *disciplina e comportamento em casa* revelam dados importantes para afirmar o diagnóstico, deve ser trazido pelos pais; *comportamento na sala de aula* que é um outro ambiente em que a criança interage e pode demonstrar os sintomas do TDAH, deve-se atentar para a percepção do professor; *consulta médica* em que outros especialistas poderão falar a respeito da criança.

Além da coleta desses dados há a aplicação de questionários, escalas, entrevistas semi-estruturadas com pais, professores e a própria criança, testes, dentre outros métodos avaliativos.

Tratamento

O tratamento deve ser feito de uma forma multidisciplinar envolvendo a família e a escola, juntamente com profissionais habilitados (psicólogos, médicos, neurologistas). Comprovado o TDAH, é hora de a família, a escola e os médicos entrarem em ação. Nesse processo, a escola tem papel fundamental visto que o transtorno é responsável por uma série de prejuízos médicos-sociais e principalmente dificuldades escolares. (POSSA, SPANEMBERG, GUARDIOLA, 2004)

Crianças com TDAH são plenamente capazes de aprender e apresentam inteligência média ou acima da média. Os medicamentos usados são os psicoestimulantes, pois os medicamentos calmantes têm efeito contrário, pioram a agitação, devido ao desequilíbrio bioquímico que existe no sistema nervoso central. Os psicoestimulantes aumentam o nível de atenção e concentração e melhoram a hiperatividade, proporcionando resultados positivos na aprendizagem. Com a mudança de comportamento a criança é mais aceita pelos colegas e professores e também no ambiente familiar. O metilfenidato (Ritalina) é a droga mais utilizada no tratamento do TDAH.

(VALISE, 2010)

De acordo com Schwartzman (2001), se não houver prejuízo no ajustamento escolar e social da criança, não deve ser indicada a medicação psicoestimulante, principalmente em crianças em idade pré-escolar. Não se tem

conhecimento a respeito dos efeitos a médio e longo prazo destes medicamentos sobre o sistema nervoso central imaturo destas crianças.

A família e a escola devem ser orientadas sobre como trabalhar melhor com estas crianças, classes com número reduzido de alunos são as mais indicadas, o local de estudo da criança ou de trabalho do adulto deve conter o menor número possível de estímulos. A psicoterapia poderá auxiliar crianças que apresentam problemas comportamentais importantes, dificuldades de socialização e que não conseguem conviver com as dificuldades decorrentes dos transtornos de atenção. (VALISE, 2010)

O paciente não tratado apresenta maiores dificuldades no rendimento escolar, no relacionamento familiar e social, fatos que podem ser os desencadeantes de distúrbios comportamentais importantes. Estes transtornos podem determinar o abandono escolar, acentuar o desinteresse por atividades mais intelectualizadas e a mudança nos seus hábitos de vida e dos seus valores. Estes pacientes apresentam um sofrimento psíquico importante, com consequente sequela psicológica. O número de indivíduos que se inclina para a delinquência e que apresenta transtornos psicopatológicos é cerca de três vezes maior que nos pacientes tratados. (TOPCZEWSKI, 1999)

Áreas do cérebro envolvidas no TDAH

Como já dito, o TDAH é um transtorno neuropsicológico com base biológica, decorrente de uma alteração nos neurotransmissores (substâncias que passam as informações entre as células nervosas). A alteração no caso do TDAH está na liberação da dopamina e da noradrenalina. Essa alteração prejudica o funcionamento do lobo frontal o que compromete as conexões com outras partes do cérebro. O lobo frontal e suas conexões são responsáveis: pela capacidade de manter a atenção, capacidade de se estimular sozinho para realizar atividades, capacidade de manter a estimulação ao longo do tempo, sem perder a energia e o interesse, dentre outras. (RODRIGUES,

COLETTO, 2009)

O cérebro deve ser visto como um órgão em que as partes apresentam alto grau de interligação. Assim, outras áreas que possuem conexão com a região frontal podem não estar funcionando adequadamente, levando aos sintomas de TDAH. Nesse sentido, alterações em uma área chamada *córtex parietal posterior,* bastante relacionada com a atenção, têm sido encontradas em indivíduos com TDAH.

Como ajudar os portadores de TDAH

As intervenções precoces podem representar um grande passo para minimizar o impacto negativo que o TDAH traz a vida da criança, dos pais e dos seus professores. Este transtorno, quando não tratado, pode associar-se a experiências negativas de ordem social, pessoal, familiar e escolar, permanecendo durante a adolescência e a vida adulta.

Segundo ROHDE e BENCZIK (1999), na maioria das vezes, é necessária a combinação de várias das seguintes intervenções:

(a) Esclarecimento familiar sobre TDAH;

É fundamental para que noções erradas possam ser corrigidas e "rótulos" possam ser removidos. Também possibilita à família um momento para que se possa ventilar as suas angústias e as suas dúvidas sobre os vários aspectos deste transtorno.

(b) Intervenção psicoterápica com a criança ou adolescente;

As crianças e adolescentes com TDAH necessitam, na maioria das vezes, de algum acompanhamento psicoterápico. A decisão do tipo de intervenção a ser utilizada deve sempre ser tomada pelo profissional de saúde mental que estiver atendendo a criança e sua família. Entretanto, as evidências científicas disponíveis no momento parecem indicar que intervenções que têm como base estratégias cognitivo-comportamentais são fundamentais para o adequado manejo dos sintomas deste transtorno.

(c) Intervenção psicopedagógica e/ou de reforço de conteúdos;

Cerca de 25 a 30% das crianças e adolescentes com TDAH apresentam problemas de aprendizagem secundários ou associados ao transtorno. Nesses casos a intervenção é fundamental. Deve ser feito um trabalho de reconstrução das habilidades e conteúdos. Tal reconstrução deve ser feita por um profissional especializado (psicopedagogo ou fonoaudiólogo), pois o tratamento sintomatológico ou de reforço de conteúdo não resolve as sequelas de aprendizagem que ficaram para trás. Logo após, é necessário um acompanhamento pedagógico, feito pelo professor, que ajude a prevenir novas lacunas na aprendizagem.

(d) Uso de medicação;

Nem todas as crianças e adolescentes necessitam de medicação. Entretanto a grande maioria apresenta prejuízos significativos na sua vida em função dos sintomas, logo necessitam de remédios.

As medicações mais usadas na prática clínica são os estimulantes. No Brasil, é o *metilfenidato*, comercializado com o nome de Ritalina. Outra classe de medicações que mostrou eficácia no alivio de sintomas foram os antidepressivos tricíclicos. No Brasil existem vários representantes; por exemplo, a *nortriptilina* comercializada com o nome de Pamelor e a *imipramina,* comercializada com o nome, entre outros, de Tofranil. Outras medicações, como a *clonidina* (Atensina)*, carbamazepina* (Tegretol)*, bupropion* (Wellbutrin)*,* ou *buspirona* (Buspar), têm sua eficácia pouco testada em estudos bemconduzidos. Portanto devem ser utilizadas em casos bastante selecionados e, em geral, quando o metilfenidato e/ou os antidepressivos tricíclicos não funcionaram.

(e) Orientação de manejo para a família;

Estabelecer prioridades, Qual a dificuldade mais importante da criança? Qual atrapalha mais o funcionamento dela? Estabelecer uma estratégia de manejo para a dificuldade maior e só passar para a próxima depois de resolver essa questão.

Pensar antes de agir, pois o pai é o modelo de identificação para o filho, *usar o reforço positivo antes de punir, uma vez que* crianças com TDAH precisam mais do que as outras de constante reforço para que os comportamentos esperados

predominem. Elas respondem melhor ao reforço positivo do que às estratégias punitivas.

Deve-se ainda manter constância de estratégias, já que as crianças, de maneira geral- e as com TDAH em especial-, necessitam de um ambiente previsível e constante. Procurar proporcionar um ambiente com uma rotina diária e prepará-las para qualquer mudança que quebre essa rotina; procurar exercitar a capacidade de antecipação de problemas frente a uma situação potencialmente complicada; *estabelecer uma comunicação clara e eficiente;* estabelecer de forma clara os limites toleráveis para o comportamento da criança; *proporcionar uma atividade física regular,* escolhendo atividades e jogos nos quais a criança possa aprender a conviver com regras e limites.

Ressalta-se a importância de escolher cuidadosamente a escola. É fundamental que a escola tenha uma equipe de professores e orientadores educacionais que estejam familiarizados com conceitos básicos sobre o TDAH, ou que, pelo menos, tenham interesse em discuti-los.

Orientação de manejo para os professores

Segundo ROHDE e BENCZIK (1999), cabe ao professor: sentar com a criança e perguntar como ela acha que aprende melhor; lançar mão de estratégias de estudo flexíveis ate descobrir o estilo de aprendizagem do aluno; encorajar uma estrutura de autoinformação e monitorização; criar um caderno "casa-escola-casa"; assinalar e elogiar os sucessos da criança tanto quanto for possível; afixar as regras de funcionamento em sala de aula em lugar visível.

Salienta-se que: regras e instruções devem ser breves e claras; sempre que possível, transformar as tarefas em jogos; estimular o aluno a tomar nota dos pontos mais importantes do conteúdo e do que estão pensando; considerar a possibilidade de usar de alternativas, como a digitação no computador; eliminar ou reduzir a freqüência de testes cronometrados; avaliar mais pela qualidade e menos pela quantidade das tarefas executadas.

ROHDE e BENCZIK (1999) fazem as seguintes sugestões para manejo de comportamentos:

Planejar e antecipar as atividades; manter o esquema de trabalho o mais constante possível. Estas crianças precisam do ambiente para estruturar externamente o que elas têm dificuldade de estruturar internamente.

Aumentar a atenção sustentada: dar preferência a estratégias de ensino participativo; dividir as tarefas grandes em varias tarefas pequenas; utilizar vários recursos de ensino e não somente a voz; esquematizar os conteúdos das aulas; estimular a criança a ler em voz alta. Isso ajuda na manutenção da atenção.
Focalizar a atenção: Colocar a criança ou adolescente com TDAH sentado próximo a escrivaninha na primeira fila; evitar salas de aula com muitos estímulos para distrair o aluno; evitar trabalhos em grandes grupos. Normalmente, estas crianças necessitam de atividades individualizadas.

Reduzir o comportamento hiperativo e/ou impulsivo: usar de reforço positivo do comportamento esperado; evitar estratégias punitivas; dar preferência para estratégias reparadoras, como consertar que ela estragou por comportamento impulsivo; quando estratégias punitivas se fizerem necessárias, explicar a razão da advertência ou exclusão. Fazer isso de modo imediato e não muito tempo após ela ter apresentado o comportamento indesejado. É fundamental para estas crianças o estabelecimento da conexão causa-efeito; permitir que ela deixe a aula por alguns minutos em momentos de muita hiperatividade; separar o aluno dos pares que estimulam ou encorajam comportamentos inadequados; frente a um comportamento não desejado, estimular que o aluno pare e pense em soluções alternativas. Pedir de tema de casa que desenhe ou escreva resumidamente como ele acha que deveria proceder em outras situações como a que ocorreu.

Conclusão

Pode-se afirmar que a grande incidência de casos de TDAH principalmente em crianças, e que essas são muitas vezes mal interpretadas pelo comportamento advindo desse transtorno, por isso se faz tão importante o diagnóstico e esclarecimento do TDAH, pois este tem tratamento e o seu portador pode levar uma vida normal, porém, é indispensável que esse diagnóstico seja feito por um profissional competente, de maneira criteriosa e minuciosa para evitar que esse transtorno seja apenas um rotulo para justificar comportamentos normais nessa fase da vida, o que pode causar consequências e prejuízos severos por toda a vida dessas crianças.

Após o diagnóstico, é importante que não se trate apenas o portador, mas orientar também a família e as pessoas ao seu redor, levando informações pertinentes, trabalhando suas angústias, frustrações e medos, realizando um trabalho dinâmico onde ao invés de julgamento o portador de TDAH encontre acolhimento e apoio e seja entendido dentro das suas particularidades, envolvendo a todos na busca pela melhoria de vida tanto de quem porta o TDAH quanto de quem convive com ele.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO – ABDA. TDAH. **O que é TDAH?.** Disponível em < http://www.tdah.org.br/> Acesso em 23 de abr. de 2014.

DSM-IV Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

GOLDSTEIN, S., GOLDSTEIN, M**. Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. 7ª ed. Campinas, SP: Papirus, 2001.

HERRERIAS, C et al. **Com desatenção e hiperatividade não se brinca**. Novartis Biociências, 2003.

POSSA, M. de A; SPANEMBERG, L; GUARDIOLA, A. **A comorbidade do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em criança escolares.** Arquivos de Neuropsiquiatria, 2004.

RODRIGUES, Ana Helena; COLETTO, Marisley Aparecida. **A família, a escola e o TDAH**. Disponível em < https://www.baraodemaua.br/c> Acesso em: 08 de maio de 2014.

ROHDE, Luis Augusto P.; BENCZIIK, Edyleine B. P. **Transtorno de Déficit de atenção/ Hiperatividade:** O que é? Como ajudar?. Porto Alegre: Artmed, 1999.

SCHWARTZMAN, J. S**. Transtorno de déficit de atenção**. São Paulo: Mackenzie, 2001.

SILVA, A. B. B. **Mentes Inquietas:** Entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas. 15ª ed. São Paulo: Editora Gente, 2003.

TOPCZEWSKI, A. **Hiperatividade:** Como lidar? São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

VALISE, Leila H. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): O processo de encaminhamento psicodiagnóstico**. Disponível em <http://www.artigos.etc.br/> Acesso em 23 abr. 2014.