

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Fernanda Cristina Martins Moreira¹

RESUMO

O presente artigo teve como foco de análise as mais atuais concepções sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), tomando como referência alguns teóricos que abordaram o assunto de forma detalhada. Cujos objetivos primordiais deste estudo foram analisar e reconhecer as principais características das crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Esse transtorno causa muitos problemas na vida do indivíduo, caracterizados pela falta de concentração, impulsividade e agressividade, que geralmente o levam a baixa autoestima e a prejuízos para o resto da vida se não forem diagnosticados e tratados adequadamente. Portanto, o diagnóstico deve ser precoce e baseado no histórico do indivíduo, sendo fundamental a participação da família e da escola para que possam lidar com o problema com eficácia, fazendo intervenções adequadas e auxiliar no tratamento.

Palavras-Chave: TDAH. Falta de concentração. Impulsividade. Diagnóstico.

ABSTRACT

The monograph has the focus to analyze the most recent conceptions about the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) obtaining as reference some theories explain the topic like in a detailing way. The main primary of this study was to analyze and recognize the most important characteristics of children with this Deficit Hyperactivity Disorder. This disorder causes lots of problems in the individual's life, classified by lack of concentration, impulsiveness and aggressiveness, which generally drives the patient to a low self-worth along with losses for the rest of their life if they don't be properly diagnosed and treated. Therefore, the diagnostic must be found early and based on the individual history, emphasizing the family and school participations so they deal with the problem with efficacy, applying properly interventions and to help on the treatment.

Key words: ADHD. Lack of concentration. Impulsiveness. Diagnostic.

INTRODUÇÃO

Ao pensar em um tema para ser estudado na elaboração de um artigo, primeiro assunto que pensei foi em algo que me fosse muito útil no meu trabalho em sala de aula. Lembrei-me de como é angustiante para o professor deparar-se com alunos que parecem não acompanhar o restante da turma, que tem sempre um desenvolvimento mais lento do que os outros, que possuem facilidade em perderem a atenção e sem falar nos problemas de comportamentos e de convívio com os colegas.

Neste contexto de indisciplina e baixo rendimento escolar a criança fica rotulada pejorativamente como: “malcriada”, “problemática”, “bagunceira”, “lenta”,

¹Graduada em Pedagogia pela Universidade Paulista, São Paulo; Licenciada em Artes Visuais pela Faculdade Mozarteum de São Paulo; Pós-Graduada em Psicopedagogia, pela IEVAP, São Paulo. Mestranda em Ciências da Educação pela Universidade Unigrendal. fernandacmm@yahoo.com.br

“hiperativa”, “vivem no mundo da lua”, “preguiçosa”, “desinteressada”, e tantos outros nomes. Mas será que tais crianças não são na verdade pessoas com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

E foi pensando nesse desafio de aprender teoricamente o que seria transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e qual sua diferença ao de simplesmente falta de educação e limites que comecei a estudar os teóricos que abordam com maestria esse assunto tão comentado atualmente, mas que ainda não é tão esclarecido para a família e professores.

As características principais (isto é, desatenção, impulsividade e hiperatividade) do TDAH podem levar a diversas dificuldades para crianças em contextos escolares. Especificamente, uma vez que essas crianças muitas vezes têm problemas para manter a atenção em tarefas que exigem concentração, a finalização de trabalhos independentes que devem ser executados na carteira, é um tanto inconstante. Seu desempenho na sala de aula também pode ser comprometido pela falta de atenção às instruções da tarefa. Outros problemas acadêmicos associados a problemas de atenção incluem fraco desempenho em testes; habilidades deficientes de estudo; cadernos, carteiras e trabalhos escritos desorganizados (DUPAUL; STORNER, 2007, p.4).

No entanto, os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade são típicos da infância, toda criança em algum momento fica distraída ou age de maneira impulsiva, pois o que vai caracterizar o transtorno é a prevalência desses sintomas e os prejuízos que causam para o indivíduo, como afirma Mattos:

O diagnóstico de TDAH é dimensional: todo mundo tem alguns sintomas de desatenção e inquietude, mas algumas pessoas (cerca de 5% da população) têm muito mais sintomas que os demais, desde pequenas, causando muitos problemas em sua vida. Ou seja: não se trata de “ter” ou “não ter” sintomas de desatenção ou de hiperatividade. O que determina se existe ou não um problema é “o quanto” você tem daqueles sintomas. Não existe o grupo dos “completamente atentos” e dos “completamente desatentos” (MATTOS, 2011, p.18; 19).

Evidentemente muitos pais só percebem o comportamento inadequado das crianças quando começam a frequentar a escola, e reclamações e observações pertinentes dos professores começam a surgir, pois é no ambiente escolar que essa criança terá oportunidade maior de um convívio com outras crianças, e, além disso, começa a se exigir um rendimento satisfatório em relação aos estudos.

Nesse sentido a escola e principalmente o professor tem um papel importantíssimo de encaminhar esse aluno para uma análise médica. A criança que apresenta o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade possui uma baixa autoestima, pois na verdade ela tenta compensar e modificar o seu comportamento o tempo todo, mas seu esforço não é suficiente, porque ela possui um problema de caráter biológico.

Segundo Teixeira (2001, p.13), “informação psicoeducacional é o primeiro passo para termos inclusão. Pois com essa ferramenta podemos derrubar as barreiras da ignorância e do preconceito, e oferecer ajuda às famílias”.

Veremos ao longo desse estudo a importância de um diagnóstico precoce e de um tratamento adequado de acordo com as peculiaridades de cada indivíduo, cujo principal objetivo desse estudo é informar e orientar sobre um dos problemas comportamentais de maior incidência na infância e adolescência, responsável por prejuízos significativos e muito negativos na vida escolar de seus alunos.

1. O QUE É TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE?

É um transtorno de saúde mental que afeta o comportamento de crianças, adolescentes e adultos. O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade.

A hiperatividade é denominada “desordem do déficit de atenção” e se baseia como sintomas de desatenção (pessoa muito distraída) e hiperatividade (pessoa muito ativa, agitada além do comum). Para haver um diagnóstico desse transtorno, esses sintomas devem interferir significativamente na vida da criança, num comportamento crônico, com duração de, no mínimo, seis meses e as características devem estar presentes em mais de um ambiente.

Em virtude destes sintomas, os indivíduos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade podem apresentar problemas principalmente na escola e bem como, posteriormente, na sua vida profissional, social e familiar.

Uma criança ou adolescente com TDAH normalmente é desorganizada, comete erros por descuido, apresenta dificuldade para se concentrar e seguir ordens, evita a execução de exercícios ou atividades que exijam muita atenção, é esquecida e se distrai com facilidade. Muitas vezes, parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra, não termina os deveres de casa e perde o material escolar, chaves, dinheiro e brinquedo (TEIXEIRA, 2011, p.21).

Pessoas diagnosticadas com TDAH sofrem muitas consequências negativas na infância durante o período escolar devido ao baixo rendimento e comportamento agitado. São muitas vezes rotulados de “problemáticos”, “avoados”, “mal educados”, “sem limites”, “dispersos”, “indisciplinados”, “lentos”, entre muitos outros.

Segundo (BARKLEY, 2002) pessoas com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade não conseguem manter a atenção em coisas por muito tempo, especialmente, em atividades maçantes e repetitivas. Essas crianças preferem atividades na qual a recompensa seja imediata. Consideram as atividades físicas mais divertidas e estimulantes do que atividades passivas por serem hiperativas. Crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade possuem um nível de alerta diminuído e, portanto, necessitam de mais estímulo para manter seu cérebro funcionando em níveis normais quando comparadas a outras crianças sem o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, o que mostra que elas são menos sensíveis a reforços, pois estão a todo o momento à procura de novos estímulos. Não existe uma única forma do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e, com o tempo, podem-se sofrer alterações imprevisíveis. Afeta a criança na escola, em casa e na comunidade em geral, muitas vezes, prejudicando seu relacionamento com professores, colegas e familiares.

Os números de casos acontecem em todo o mundo, sugere-se que não é secundário ao ambiente em que vive, consequentemente, acontecem casos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em diferentes classes sociais. Portanto, estudantes de escolas públicas ou privadas, ricas ou pobres, vivendo em países de primeiro ou terceiro mundo podem apresentar o transtorno.

Teixeira (2011, p. 20) afirma que: “Pesquisas internacionais revelam que o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade está presente em torno de 5 a 10% da população em idade escolar”. Principalmente pelo fato de que muitos pais só percebem os sintomas dos filhos a partir de observações e reclamações feitas pela professora no convívio escolar.

As crianças com TDAH parecem sonhar acordadas (os professores podem perceber isso antes dos pais) e muitas vezes são mais lentas na cópia do quadro-negro e na execução de deveres (porque “voam” o tempo todo). Elas cometem muitos erros por desatenção: erram por “bobagens” nas contas de matemática (sinais, vírgulas), erram acentuação ou pontuação, entre outras coisas. E vivem apagando ou rasurando o que escrevem (MATTOS, 2011, p.36; 37).

Em muitos casos o professor consegue perceber os sintomas desse transtorno antes que a família, pelo fato de que é na escola que o indivíduo que possuiu transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é imensamente afetado por esse transtorno infantil relativamente comum. Visto que é na escola que ele precisará ser capaz de prestar atenção para adquirir novos conhecimentos.

Em geral, nos primeiros anos de vida, ou seja, no início do desenvolvimento da criança, comportamentos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade passam

despercebidos pelos pais, mas quando ingressam na escola, mesmo os casos mais leves, tendem a se tornar mais evidentes. Isto porque, como as crianças são da mesma faixa etária, há a possibilidade de compará-las, por exemplo, na realização de uma atividade que exige mais atenção ou quando o aluno com sintomas de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade se defronta com a necessidade de ficar parado em um mesmo local por mais tempo. (BARKLEY, 2002).

Portanto, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é basicamente caracterizado por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. E são estes sintomas que serão responsáveis por muitos prejuízos na vida escolar, social e familiar do indivíduo.

Mattos (2011) afirma que o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é um problema que deve ser diagnosticado por um profissional da saúde. Muitas pessoas afirmam que o Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é uma doença inventada pelos laboratórios farmacêuticos para vender remédios, mas felizmente o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que publica a lista de todas as doenças existentes. E em alguns países como nos Estados Unidos, pessoas com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade são protegidas por leis quanto a receberem tratamento diferenciado na escola.

Segundo Dupaul e Storer (2007) o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade pode ser crônico e está associado a fracos resultados escolares, a identificação e intervenção precoces podem ser fundamentais para a melhora no sucesso das crianças com esse transtorno em longo prazo.

Os alunos com TDAH apresentam riscos de dificuldades significativas em uma variedade de áreas funcionais. É como se problemas de desatenção, impulsividade e hiperatividade servissem como um ímã para outras dificuldades que, em alguns casos, são mais graves que os déficits principais do TDAH. Dessas dificuldades, os três correlatos mais frequentes do TDAH são o fraco desempenho acadêmico, altas taxas de desobediência e agressividade e perturbações nos relacionamentos com os colegas (DUPAUL e STORNER, 2007, p.5).

É claro que todos os indivíduos, crianças, jovens e adultos, demonstram em alguma situação os sintomas desse transtorno ocasionalmente. Mas o que destaca as crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade de outros colegas sem o diagnóstico é a apresentação desses comportamentos em uma taxa significativamente superior a outras da mesma idade e gênero.

2. AS POSSÍVEIS CAUSAS DO TDAH

De acordo com Teixeira (2011) um dos primeiros relatos de sintomas que seria parecido com o que descrevemos hoje como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade ocorreu quase meio século antes do nascimento de Jesus Cristo: em 493 a.C, o filósofo e médico Hipócrates descreveu pacientes que apresentavam comportamento impulsivo e baixa capacidade de concentração, no qual atribuiu essa condição a um desequilíbrio do fogo em relação a água.

As origens do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ainda não estão bem definidas, mas muitos são os estudos e entendimentos sobre o que realmente causa o transtorno, inclusive no Brasil. Demonstrando que a predominância do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é semelhante em diferentes regiões, o que sugere que o transtorno não é secundário a fatores culturais, sociais, econômicos ou o modo como os pais educam seus filhos e até mesmo resultado de conflitos psicológicos. Entretanto, acredita-se em uma origem multifatorial e complexa envolvendo diversos fatores, e o mais importante deles é a herança genética.

Podemos definir o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade como um transtorno neurobiológico de origem genética, e de acordo com Mattos (2011), em torno de 80% a 90% do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é devido à genética, o que é muitíssimo em medicina.

São alterações químicas cerebrais provocadas por mudanças do código genético e que podem envolver diversas áreas do cérebro; a principal é o córtex pré-frontal. A alteração dessa região provoca problemas no controle das funções executivas do cérebro, responsável pelo planejamento, organização e controle dos impulsos (TEIXEIRA, 2011, p.23).

Estudos científicos comprovam que as pessoas com o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade têm alterações na região frontal e as suas conexões com o restante do cérebro. A região frontal orbital é uma das mais desenvolvidas no ser humano em comparação com outras espécies animais e é responsável pela inibição do comportamento humano (isto é, controlar ou inibir comportamentos inadequados, pela capacidade de prestar atenção, memória, autocontrole, organização e planejamento).

O que parece estar alterado nesta região cerebral é o funcionamento de um sistema de substâncias químicas chamadas neurotransmissoras (principalmente dopamina e noradrenalina), que passam informação entre as células nervosas (neurônios).

Existem alguns conjuntos de fatores que podem causar o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, dentre eles:

Influências Genéticas: Assim como existem doenças que temos por influência genética, como por exemplo, hipertensão arterial e diabetes, o mesmo ocorre com o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Sabemos que existe uma forte participação genética, mas não significa que todas as pessoas de determinada família também terão o transtorno. Significa apenas que a incidência do problema é bem maior naquela família.

Portanto, muitas das crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade possuem parentes, como pai, irmão, tio, avós, entre outros com o mesmo diagnóstico. De acordo com (TEIXEIRA, 2011, p.24) “cerca de um terço das crianças com TDAH possuem pais com o mesmo diagnóstico e apresentam entre duas e três vezes mais chances de terem um irmão com o mesmo problema”.

Quem examina uma criança com TDAH frequentemente reconhece a existência do mesmo transtorno, ou pelo menos alguns dos sintomas dele, no pai ou na mãe. Comumente, quando elas são entrevistadas na presença dos pais, já identificamos alguns sinais neles próprios (em geral, inquietude na cadeira, movimentação das mãos e dos pés, impulsividade para responder às perguntas antes de ouvi-las por completo, pegar coisas com as mãos e mexê-las o tempo todo etc). Em outras ocasiões, quando o diagnóstico é feito e explicado aos pais, eles próprios percebem em si mesmos (ou então percebem no outro). Mas isto não é obrigatório (MATTOS, 2011, p. 53).

No transtorno de déficit de atenção/hiperatividade não se deve falar em determinação genética, mas sim, em predisposição, influência. O que ocorre nesses transtornos é que a predisposição genética envolve vários genes e não um único gene como é a regra para várias de nossas características físicas. Isso é fácil de entender se for considerada a complexidade do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, pois existem diferentes tipos com outros problemas associados ou não.

Porém, como em qualquer outro transtorno do comportamento, o maior índice dentro da família pode ser devido a influências externas, ou seja, a criança aprende a se comportar de um modo “desatento” ou “hiperativo” simplesmente por presenciar seus pais e familiares se comportando desta maneira, o que excluiria o papel dos genes. Foi necessário, então, comprovar que a recorrência familiar era de fato causada por uma predisposição genética, e não somente ao ambiente vivido pela criança.

Outros tipos de estudos genéticos foram fundamentais para ter certeza da participação de genes, são estudos com gêmeos e adotados. Com indivíduos adotados, comparam-se pais biológicos e pais adotivos de crianças afetadas, verificando se há diferença no risco ou na presença do mesmo transtorno entre os dois grupos de pais.

Esses estudos mostraram que os pais biológicos têm três vezes mais transtorno de déficit de atenção e hiperatividade que os pais adotivos. Sabe-se que os gêmeos

univitelinos têm 100% de similaridade genética, diferente dos fraternos (50% de similaridade genética), pois se os univitelinos se parecem mais naquelas características do que os fraternos se evidenciam componentes genéticos. Quanto mais parecidos, maior é a influência genética para o transtorno. Os univitelinos chegam a ter 70% de concordância, o que evidencia uma importante participação de genes na origem do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Fatores Neuroquímicos: A partir dos estudos realizados com gêmeos, houve-se a necessidade de procurar que genes poderiam ser estes responsáveis pelo transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Provavelmente não existe ou não se acredita que seja um único gene do transtorno.

Mattos (2011, p. 53) afirma que: “não existe um único gene do TDAH: o transtorno é chamado de poligênico (poli = muitos), porque vários genes em conjunto, somados, dão origem ao transtorno”.

Pesquisas científicas demonstraram que os cérebros de crianças com TDAH funcionam diferentemente dos de crianças sem o problema. As crianças com o transtorno apresentam um desequilíbrio das substâncias químicas que ajudam o cérebro a regular o comportamento (TEIXEIRA, 2011, p.25)

Os estudos realizados em diferentes centros de excelência nos Estados Unidos, Canadá e Europa associam o surgimento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade a genes ligados a determinados cromossomos, como o gene do receptor e transportador de dopamina, uma das substâncias que realiza a comunicação e transmite informação entre os neurônios do cérebro, também chamada neurotransmissor.

Essas alterações genéticas provocariam o aporte diminuído do neurotransmissor dopamina. Portanto, a diminuição dessas substâncias nos sistemas atencionais, localizados no córtex-frontal do cérebro, região nobre responsável pelo controle de atenção, provocariam os sintomas do TDAH (TEIXEIRA, 2011, p.25).

Toxinas Ambientais: Alguns estudos fazem referências às substâncias consumidas durante a gravidez, como a nicotina de cigarros e bebidas alcoólicas, que se mostraram como causas significativas de anormalidades de desenvolvimento no núcleo caudado e em regiões frontais do cérebro de crianças. Experiências com animais mostram que a nicotina e o álcool causam um desenvolvimento anormal de determinadas regiões cerebrais, levando à hiperatividade, ao comportamento impulsivo e à desatenção. Talvez possam estar associados esses fatores com a hiperatividade, principalmente se a mãe for hiperativa. (BARKLEY, 2002).

Pesquisas indicam que mães que consumiram álcool durante a gravidez têm mais chances de terem filhos com problemas de hiperatividade e desatenção. Mas é

importante lembrar que estes estudos mostram somente uma associação entre estes fatores, mas não demonstram uma relação de causa e efeito.

Outra suposição é a de que a exposição ao chumbo, acontecida entre os 12 e 36 meses de idade, demonstravam o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, pois existem algumas evidências que altos níveis de chumbo no organismo podem ocasionar um comportamento hiperativo e desatento, lesando o tecido cerebral. A exposição ao chumbo funciona como um irritante no cérebro.

Complicações na gravidez e no parto: Pesquisas Internacionais de suma importância descobriram as correlações do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade com alterações ou agressões ao cérebro fetal durante o seu desenvolvimento.

Basicamente, pode-se dizer que qualquer alteração no cérebro em desenvolvimento poderia predispor comportamentos relacionados com o transtorno no futuro. Portanto complicações durante a gravidez ou no parto que causem danos ao cérebro do bebê estão hipoteticamente relacionadas ao TDAH (TEIXEIRA, 2011, p.25).

Alguns estudos mostram também que mulheres que tiveram problemas durante o parto, que acabaram causando sofrimento fetal, tinham mais probabilidade de terem filhos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. A relação da causa não é clara. Outros fatores de risco são também o parto demorado, má saúde materna, baixo peso ao nascimento, infecções do sistema nervoso central e traumatismo.

3. OS SINTOMAS

Primeiramente é necessário esclarecer que toda pessoa com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade não é igual, da mesma forma que não existem dois diabéticos iguais, cada caso é um caso, existem diabéticos que podem ser magros ou gordos, mas que tem a mesma quantidade de açúcar no sangue. Um pode contar com o apoio e ajuda da família em casa, enquanto o outro não, e isto faz toda a diferença. Pessoas com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade têm muitas coisas em comum, mas não são exclusivamente iguais no seu comportamento. Principalmente pelo fato de toda pessoa com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade são indivíduos com históricos pessoais, personalidades diferentes, estilos de vidas particulares e contextos familiares distintos. Por esta razão, os sintomas e suas expressões podem variar. (MATTOS, 2011).

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é caracterizado por uma combinação de dois grupos de sintomas:

- Desatenção;
- Hiperatividade e impulsividade.

Segundo Mattos (2011), os sintomas atualmente são 18, descritos no DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual*), preparado pela Associação Psiquiátrica Americana que lista todos os sintomas de todas as enfermidades psiquiátricas existentes, tornando os diagnósticos mais padronizados e homogêneos entre os profissionais.

Módulo A: Sintomas de desatenção

- 1) Prestar pouca atenção a detalhes e cometer erros por falta de atenção.
- 2) Dificuldade de se concentrar (tanto nas tarefas escolares quanto em jogos e brincadeiras).
- 3) Parecer estar prestando atenção em outras coisas durante uma conversa.
- 4) Dificuldade em seguir as instruções até o fim ou deixar tarefas e deveres sem terminar.
- 5) Dificuldade de se organizar para fazer algo ou planejar com antecedência.
- 6) Relutância ou antipatia em relação a tarefas que exijam esforço mental por muito tempo (tais como estudo ou leitura).
- 7) Perder objetos necessários para realizar as tarefas ou atividades do dia a dia (ou perder muito tempo procurando).
- 8) Distrair-se com muita facilidade com coisas à sua volta ou mesmo com os próprios pensamentos. É comum “sonhar acordado”.
- 9) Esquecer coisas que deveria fazer no dia a dia.

Módulo B: Sintomas de hiperatividade e impulsividade

- 1) Ficar mexendo as mãos e pés quando sentado ou se mexer muito na cadeira.
- 2) Dificuldade de permanecer sentado em situações em que isso é esperado (sala de aula, mesa de jantar etc).
- 3) Correr ou subir nas coisas, em situações nas quais isto é inapropriado (em adultos pode se manifestar como uma dificuldade de sossegar e relaxar quando se tem tempo livre).
- 4) Dificuldades para se manter calmo e quieto em jogos ou brincadeiras.
- 5) Parecer ser “elétrico” e a “mil por hora” (em adolescentes e adultos pode se restringir a um sentir-se inquieto por dentro).
- 6) Falar demais.

- 7) Responder a perguntas antes de elas serem concluídas. É comum responder à pergunta sem ler até o final.
- 8) Não conseguir aguardar a sua vez (nos jogos, na sala de aula, em filas etc.).
- 9) Interromper os outros ou se meter nas conversas alheias.

Em ambos os módulos os sintomas devem aparecer frequentemente.

Existem três diferentes tipos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, que são:

- Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade combinado (o tipo mais comum), que envolve todos os sintomas, tanto do módulo A como do Módulo B. Esta é a forma mais comum nos consultórios e ambulatorios, provavelmente por que causa mais problemas para o indivíduo e para os demais a sua volta, o que leva a família a procurar ajuda médica.
- Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade predominantemente desatento, quando existem mais sintomas do Módulo A, que é marcado pelo prejuízo na atenção e na concentração;
- Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade predominantemente hiperativo-impulsiva, quando existem mais sintomas do Módulo B, que é marcado pela hiperatividade sem desatenção, esta é a forma mais rara.

Repare que o termo “predominantemente” indica que existem também sintomas de desatenção na forma hiperativa e sintomas de hiperatividade na forma desatenta, porém não são os mais importantes. Sempre existirá, entretanto, algum grau de desatenção, hiperatividade e impulsividade em todo portador de TDAH (MATTOS, 2011, p. 31).

Ainda de acordo com Mattos (2011), para se afirmar que alguém possui o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade com a forma predominante desatenta, é imprescindível apresentar pelo menos seis dos nove sintomas apresentados no módulo A. No caso da forma predominantemente hiperativa, é necessário apresentar pelo menos seis dos nove sintomas daquele outro módulo. Já na forma combinada, é preciso exibir pelo menos seis sintomas de cada um dos dois módulos.

Existem também sintomas que não estão listados nos critérios tradicionais, mas que podem ser compreendidos como uma variação ou decorrência deles:

- Adiamento crônico dos afazeres, que acabam sendo abandonados pelo meio do caminho;
- Mudança de interesse o tempo todo. No início é tudo muito empolgante e interessante, mas logo se tornam chatas.

- Intolerância a situações monótonas ou repetitivas. Em alguns casos pode existir busca frequente por coisas estimulantes ou simplesmente diferentes.
- Os dois sintomas citados acima podem ser associados a variações frequentes de humor.
- Dificuldades de planejar e manter no plano ao longo do tempo.
- Dificuldade para ativar-se sozinho nos afazeres, principalmente as rotineiras ou “chatas”.

4. O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Primeiramente, é muito importante ressaltar que nos últimos anos o termo do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade se popularizou bastante, e conseqüentemente surgiram muitos casos de crianças e adolescentes diagnosticados erroneamente. Sendo assim, muitos profissionais não especialistas passaram a diagnosticar o transtorno das mais variadas formas, com exames laboratoriais, estudos de imagens, ou aplicação de testes.

Portanto, é muito importante dizer que não existem exames laboratoriais ou de imagem que realizem o diagnóstico. Exames de eletroencefalograma, tomografia computadorizada, ressonância magnética, dosagens sanguíneas de serotonina ou noradrenalina não fazem diagnóstico do transtorno déficit de atenção/hiperatividade (TEIXEIRA, 2011, p.44).

Deste modo, o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, é essencialmente clínico, ou seja, é um trabalho de detetive, que investiga o caso. Teixeira (2011, p.44), descreve: “Bom, é exatamente esse meu trabalho, um trabalho de detetive! Um estudo investigativo em que tento obter o máximo de informações sobre aquela criança ou adolescente”.

É evidente que o diagnóstico deve ser feito por um médico especialista, baseado no histórico de vida da pessoa. No entanto, psicólogos e psicopedagogos desenvolvem um papel importantíssimo de fazer um encaminhamento para o profissional responsável.

O diagnóstico deve levar em consideração o nível de intensidade dos sintomas e do grau associado de comprometimento funcional. Ocorre em todos os locais e o comprometimento mais importante se refere ao rendimento acadêmico e comportamental.

No caso de adultos, muitas vezes é importante a colaboração do cônjuge ou de pessoas próximas. No diagnóstico de crianças ou adolescentes, é necessária a

participação dos pais e/ou professores, porém uma das dificuldades diagnosticadas está em não se saber ao certo o que é um comportamento normal para cada uma das idades. Entre 2 e 4 anos, é preciso muita cautela para se diferenciar uma criança hiperativa de uma criança normalmente ativa. Nesses casos, deve-se fazer uma avaliação longitudinal, isto é, um acompanhamento da criança por algum tempo para analisar melhor a característica de seus sintomas. É muito importante também identificar os fatores que levaram a família a buscar uma avaliação.

Mas vale lembrar que a avaliação é feita desde a infância uma vez que o transtorno é crônico e a pessoa já nasce com ele. Mattos (2011, p.39) afirma que: “Embora os sintomas possam estar presentes desde muito cedo, quando estas crianças entram na escola, costumam se tornar mais evidentes por volta dos sete anos”.

E, além disso, na educação infantil as atividades são mais dinâmicas e os sintomas de hiperatividade e desatenção podem não ser tão simples de identificar-se, e não há uma expectativa maior em relação ao desempenho acadêmico.

Já, a partir da alfabetização, as crianças começam a participar de atividades que exigem atenção por um período maior e surgem também novas exigências quanto ao comportamento. Começa a exigir disciplina em sala de aula, que a criança permaneça sentada por mais tempo, e o conteúdo didático é aprofundado, tornando-se necessário a responsabilidade com deveres de casa.

Com frequência, portadores da forma desatenta só tem comprometimento do desempenho escolar quando se encontram em uma fase escolar mais adiantada (quando aumentam a quantidade de material didático complexo e a necessidade de memorização e de uma maior atenção a detalhes) (MATTOS, 2011, p. 40).

O objetivo da avaliação diagnóstica é examinar o desenvolvimento da criança ou do adolescente para que, na existência do transtorno, avalie-se a extensão do problema e busque-se um tratamento. O aspecto mais importante do processo é um cuidadoso histórico clínico e de desenvolvimento. A hiperatividade infantil exige uma abordagem interdisciplinar para ser diagnosticada. (DUPAUL e STONER. 2007).

O diagnóstico não se baseia apenas na presença dos sintomas, mas em sua intensidade, duração e em quanto interferem na vida cotidiana da pessoa. Para se iniciar o diagnóstico, os sintomas devem estar presentes frequentemente e as identificações dos prejuízos devem acontecer em dois ou mais contextos. Por exemplo, se ocorrer a identificação do sintoma só na escola ou só em casa, pode esconder outros problemas comportamentais e não o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Seria o mesmo que uma pessoa com hipertensão arterial apresentar a hipertensão só no

trabalho, em casa, na igreja, etc. Assim também ocorrerá com a sintomatologia do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Outro aspecto importante e que deve se levar em consideração ao realizar o diagnóstico é a identificação da chamada atenção seletiva. Pois muitos pais afirmam que a desatenção na escola é malandragem, já que em casa quando está no videogame a criança é ótima, a sua concentração é extraordinária.

Muitas crianças com TDAH conseguem ficar atentas ao videogame e ao computador, por exemplo, pois são atividades prazerosas, estimulantes para elas. É o que chamamos de atenção seletiva. O problema é que na escola, no dever de casa ou nos estudos, essas crianças e adolescentes não conseguem sustentar a atenção por muito tempo; a atividade escolar é desestimulante e considerada chata (TEIXEIRA, 2011, p. 44).

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade deve ser diagnosticado com uma avaliação comportamental completa, na qual, Teixeira (2011) divide basicamente em cinco etapas: avaliação com pais e responsáveis, avaliação da escola, avaliações complementares, aplicação complementares de escalas padronizadas para o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e avaliação da criança/adolescente.

Na avaliação com os pais ou responsáveis, deve ser realizada uma entrevista sem a presença da criança, para que os responsáveis tenham a liberdade de expor suas queixas, angústias, preocupações e dúvidas sem expô-la. Nesta avaliação o profissional irá investigar todo o histórico detalhado desta criança, desde o período gestacional.

Na segunda etapa da investigação diagnóstica, será solicitada uma avaliação escolar, pois é o local em que o paciente passa a maior parte do tempo, sob o olhar atento do professor que às vezes tem mais observações do que a própria família. “Dessa forma, a avaliação escolar será uma ferramenta importantíssima para um bom diagnóstico” (TEIXEIRA 2011, p.46).

Nesta etapa, o professor deve ficar à vontade para dizer tudo que acontece com a criança em sala de aula, devendo conter aspectos de aprendizagens e sociais, quanto mais informações, melhor será a avaliação comportamental desse estudante. Deste modo, a avaliação escrita e dissertativa será a melhor opção. Já na terceira etapa, poderão ser solicitadas avaliações complementares, tais como: psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo, professor de natação, entre outros. Pode-se também solicitar depoimentos de familiares, amigos, vizinhos, etc., para contribuir ainda mais com a investigação clínica.

Na etapa quatro é realizada a aplicação complementar de escalas padronizadas para o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, a Associação Psiquiátrica Americana e a Organização Mundial da Saúde, são utilizados critérios diagnósticos padronizados para auxiliar na investigação dos sintomas do TDAH. Esses sintomas são basicamente divididos em dois grupos: sintomas de desatenção e sintomas de hiperatividade/impulsividade (TEIXEIRA, 2011, p. 49).

E, por fim a etapa cinco, que é realizada uma avaliação efetivamente com a própria criança, mas que já conta com um conjunto de informações oferecidas nas etapas anteriores pelos pais, responsáveis, professores, entre outros. Avalia-se a capacidade e habilidade de comunicação, interação social, atenção, memória, pensamento, inteligência, linguagem, afetividade e humor. Cujo objetivo final é avaliar o comportamento infantil para identificar o transtorno, assim como também, investigar as condições ambientais e problemas domésticos que poderiam estar interferindo na vida e desenvolvimento acadêmico e social da criança investigada.

Para a realização do diagnóstico, vale ressaltar que existem questões importantíssimas que não podem ser esquecidas, como:

Um ponto fundamental relacionado ao diagnóstico do TDAH é a incidência dos sintomas. Para se fazer o diagnóstico, os sintomas devem estar presentes frequentemente, pois é claro que de vez em quando será natural que crianças, adolescentes ou adultos tenham algumas dessas características (TEIXEIRA, 2011, p. 52).

Ainda, de acordo com Teixeira (2011), podemos concluir que ninguém se transforma em pessoa com o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, quem apresenta esse diagnóstico, nasce com ele. Ou seja, apresentam os sintomas desde a infância, pois o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade está relacionado a fatores genéticos e biológicos.

5. TRATAMENTO

Após a realização do diagnóstico feito por um profissional que entenda profundamente do assunto, é realizado o tratamento, que deve ser multimodal, ou seja, uma combinação de medicamentos, orientação aos pais e professores, além de técnicas específicas que são ensinadas. O tratamento com medicamentos para o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é a intervenção mais estudada na medicina do comportamento infantil, já que é o mais usado, e por consequência o mais polêmico. Apesar da existência de várias pesquisas comprovando a sua eficácia, até cerca de dez anos atrás existia muita controvérsia com relação ao melhor tratamento para o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. E, para esclarecer essa dúvida, um grande estudo, chamado de Estudo Multimodal (MTA) *The Multimodal Treatment*

Study of Children with ADHD ou então Estudo Multimodal de tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, foi realizado nos Estados Unidos. O objetivo principal do estudo era determinar qual a melhor estratégia de tratamento.

Neste estudo, foi feita uma pesquisa com 579 crianças, na qual foram divididas em grupos. Cada grupo recebia um tipo de tratamento diferente, como: o primeiro grupo recebia apenas tratamento medicamentoso, o segundo grupo recebia um acompanhamento psicoterapêutico comportamental, um terceiro grupo recebia medicamento e acompanhamento psicoterapêutico comportamental, e o quarto grupo recebia um tratamento comunitário, ou seja, recebiam dosagens de medicamentos consideradas baixas e eram acompanhadas por médicos não especialistas. E o resultado foi de todas as crianças apresentaram uma melhora nos sintomas, entretanto, o tratamento com medicamentos revelou-se o mais eficaz quando comparado com as outras opções.

Os resultados do estudo MTA não desqualificam as outras estratégias de tratamento, mas apontam a medicação como o principal tratamento para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. O estudo valorizou também a importância do tratamento em conjunto com a utilização de técnicas comportamentais e medidas psicoeducativas (TEIXEIRA, 2011, p.67).

Deste modo, os medicamentos são estimulantes e possuem a função de aumentar o nível de atividade do cérebro, principalmente, na área responsável pela inibição do comportamento e manutenção da atenção. Esses estimulantes ativam certas substâncias químicas no cérebro, algumas atualmente comprovadas como a noradrenalina e a dopamina, concentrando essas substâncias na região frontal. (BARKELY, 2002).

Para Teixeira (2011, p.69) “A medicação provocará uma melhora na capacidade motora, no processamento de informações e na percepção de estímulos externos”. O medicamento tem ação rápida, e cerca de trinta minutos após a administração já pode perceber a melhora na capacidade atencional, diminuição do comportamento hiperativo, da inquietude e da agitação. Além de a medicação ser eficiente e segura, ela também não gera dependência aos portadores do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Mas, os principais efeitos colaterais desses medicamentos são: diminuição do apetite e insônia.

A psicoterapia é uma medida complementar ao tratamento farmacológico e é extremamente importante para alguns casos, principalmente quando existem problemas secundários ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, seja na escola, no trabalho, em casa, e que são considerados graves e de difícil solução. A psicoterapia que é indicada para o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, é

chamada de Terapia Cognitiva Comportamental, que no Brasil é uma atribuição exclusiva de Psicólogos.

É indicado também o tratamento com fonoaudiólogo, em pacientes que apresentam problemas de leitura, de escrita ou de linguagem oral, que simultaneamente possuem Dislexia (Transtorno de Leitura) ou Disortografia (Transtorno da Expressão Escrita).

Portanto, o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade necessita envolver uma abordagem multidisciplinar unificando o uso de medicamentos a intervenções psicoeducativas e psicoterápicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da pesquisa teórica sobre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade conclui o quanto este estudo contribuiu para a minha formação acadêmica, especialmente, na prática de uma educação inclusiva e, sobretudo, de qualidade. O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é realmente validado pela comunidade científica internacional e reconhecido pela Organização Mundial de Saúde e pela Associação Americana de Psiquiatria. Cujo diagnóstico é clínico, mas muitos pais, professores, escolas e a sociedade em geral não dá a devida importância de como esse transtorno é prejudicial na vida do indivíduo.

Pode-se afirmar que o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é um problema para toda a vida, ou seja, ele é crônico e deve ser tratado ao longo da vida. Os sintomas são basicamente os mesmos por toda a vida: desatenção, hiperatividade e impulsividade, mas que se manifestam em contextos diferentes.

O tratamento com medicamentos para o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é a intervenção mais estudada na medicina do comportamento infantil e a mais indicada. Mas muitos pais ainda têm preconceito ao tratamento, apresentando a ideia equivocada de que seu filho ficará dopado com o uso do medicamento. Mas na verdade os medicamentos usados no tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade não são sedativos e nem têm por objetivo transformar o indivíduo em outra pessoa ou simplesmente controlar a indisciplina de uma criança.

Os medicamentos atuam como se fossem óculos para quem tem dificuldades de enxergar. Do mesmo modo que seria difícil estudar sem enxergar bem, para a criança com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade seria quase impossível estudar sem conseguir ter atenção e conseguir controlar seus impulsos e ter o mesmo desempenho

em comparação com as demais crianças que possuem a atenção normalizada. No caso da criança com problemas na visão, os óculos resolveriam o problema e ela passaria a enxergar normalmente. O mesmo acontece com o uso do medicamento, tornando o indivíduo mais capacitado para as inúmeras atividades, colocando a criança com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em igualdade com as demais, principalmente, no desempenho acadêmico, período pela qual exige muito rendimento e concentração da criança para obter bons resultados na escola.

Apesar de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade ter causas biológicas e necessitar do uso de medicamentos, é importantíssimo ser tratado com técnicas psicológicas e terapêuticas, pois apresentam resultados satisfatórios tanto para o portador quanto para sua família.

Essa pesquisa ressalta a necessidade de o professor conhecer o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, e a partir deste conhecimento fazer intervenções e encaminhamentos da criança ao especialista médico para que trate do transtorno o mais rápido possível. Afinal, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é observado principalmente pelos professores em sala de aula, mas que pela falta de conhecimento rotula a criança de mal-educada ou preguiçosa e não atua profissionalmente para melhorar a autoestima dessa criança tão fragilizada pela enorme culpa do fracasso.

Neste sentido o professor será o elo principal entre a família e o especialista durante o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. O papel do professor não é o de dar o diagnóstico, mas sim de esclarecer aos pais que este transtorno, se não for tratado, gera inúmeras complicações no convívio social.

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

BARKLEY, Russel A.; **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade - TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DUPAUL, George J.; STONER, Gary; **TDAH nas escolas – Estratégias de Avaliação e Intervenção**. São Paulo: M. Books, 2007.

MATTOS, Paulo; **No mundo da Lua – Perguntas e respostas sobre Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em Crianças, Adolescentes e Adultos**. Rio de Janeiro: ABDA, 2011.

SILVA, Ana Beatriz B.; **Mentes Inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas**. São Paulo: Gente, 2003.

TEIXEIRA, Gustavo; **Desatentos e hiperativos: manual para alunos, pais e professores**. Rio de Janeiro: Best Seller, 2011.

