

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

JANICE BELOLI GONÇALVES MICHELS

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

CRICIÚMA, JULHO DE 2011

JANICE BELOLI GONÇALVES MICHELS

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Monografia apresentada à Diretoria de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Prof^a Karin Martins Gomes

CRICIÚMA, JULHO DE 2011

Dedico este trabalho a todas as pessoas que apesar de suas dificuldades buscam seus objetivos, seus sonhos e conseguem ser felizes e realizadas porque não desistem.....

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade de viver. Em especial a meu esposo Giovani e minha amiga Cristiane pelos momentos de contribuição durante este trajeto.

“Não aceite nada pela aparência, só pela evidência”.

Paulo Mattos

RESUMO

TDAH é considerado um problema de saúde mental que envolve um déficit na atenção, hiperatividade e impulsividade. Este transtorno tem grande impacto na vida familiar, social e escolar da criança; comprometendo a sua qualidade de vida e das pessoas que a cercam, pois é uma condição que apresenta inúmeras dificuldades, como: controle dos impulsos, organização e planejamento para o futuro. Envolve, também, uma série de implicações comportamentais, emocionais, sociais e intelectuais. As crianças que não são diagnosticadas e tratadas podem ter sérios problemas em sua vida social. As pesquisas mostram que o TDAH está associado a um baixo rendimento e abandono escolar, relações conflituosas, problemas de conduta (como envolvimento com drogas) e outros. O TDAH tem um forte impacto na adaptação escolar da criança. Goldstein e Goldstein (1999, p. 43) relatam que “20 a 39% das crianças com esse transtorno apresentam dificuldades específicas que interferem no seu aprendizado.” O TDAH pode ocasionar à criança: fracassos repetidos, poucos acertos e sentimentos de frustração, incapacidade, solidão e uma baixa auto-estima. No contexto familiar não é diferente. Seu comportamento exacerbado é causa de conflitos constantes e normalmente a criança é rotulada de teimosa, rebelde, malandra e mal-educada. Frequentemente é criticada, repreendida e acusada de tudo que acontece de errado no ambiente familiar. Nesse contexto, cabe às pessoas que compartilham do cotidiano dessa criança, principalmente professores especialistas e familiares, ajudá-la a superar as dificuldades e colocar em prática um potencial às vezes adormecido.

.

.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA - Associação Brasileira do Déficit de Atenção

BADOS - Brown-Déficit Disorder Scale

DSM IV - *Diagnostic and Statistical*

PET - Tomografia por Emissão de *Positions*

PRODAH - Programa de Desatenção e Hiperatividade do Hospital das Clínicas

QI - Quociente de Inteligência

TC - Transtorno de Conduta

TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TDO - Transtorno Desafiador de Oposição

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Objetivos	10
1.2 Metodologia	11
2 O QUE É O TDAH	12
2.1 Características do TDAH.....	14
2.2 Descrição sintomatológica do TDAH.....	15
2.3 A manifestação dos sintomas de desatenção.....	16
2.4 A manifestação dos sintomas de hiperatividade/impulsividade.....	18
2.5 Manifestação dos sintomas do TDAH combinado.....	19
2.6 Comorbidades	19
2.7 Etiologia do TDAH	20
2.7.1 Causas genéticas	21
2.7.2 Hereditariedade	21
2.7.3 Fatores ambientais	22
2.7.4 Problemas durante a gravidez.....	22
2.7.5 Exposição ao chumbo.....	22
2.7.6 Problemas familiares	23
2.8 Consequências do TDAH.....	23
2.8.1 Contexto familiar	23
2.8.2 As interações entre pais e filhos.....	24
2.9 Implicações educacionais do TDAH.....	26
2.9.1 O contexto escolar	26
2.9.2 Desempenho escolar	27
2.9.3 O comportamento da criança em sala de aula.....	27
2.9.4 A criança com TDAH e a relação com os amigos.....	28
2.9.5 As tarefas de casa	29
2.9.6 O papel da escola	29
2.10 TDAH em adultos	30
2.10.1 Instrumentos para sintomas de TDAH.....	33
2.10.2 Critérios diagnósticos para o TDAH em adultos.....	34
2.10.3 Características do TDAH na vida adulta.....	35
2.11 Abordagens psicoterápicas e psicossociais.....	36

2.11.1 Tratamento do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade no adulto.....	38
3 CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa irá abordar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), na criança/adolescente e no adulto, identificando sintomas e diagnóstico, apresentando a natureza do transtorno, as prováveis causas e os problemas emocionais, comportamentais e cognitivos que advém desta condição.

Serão colocados também os conflitos familiares e acadêmicos vivenciados pela pessoa com TDAH e as implicações dessas interações negativas para o desenvolvimento da mesma. Estudos de Barkley (2002, p. 118) tem demonstrado que ao longo do desenvolvimento, a vida de uma criança com TDAH é permeada de muitos fracassos. De modo geral, essas crianças têm grandes riscos de expulsões e suspensões escolares, maior repetência, abandono escolar, relacionamentos difíceis, problemas de conduta, desenvolvimento de ansiedade, depressão, baixa autoestima, envolvimento com drogas e álcool, e problemas de aprendizagem. Quando existe um quadro de comorbidade esse quadro pode ter ainda mais implicações ao longo da vida.

Este estudo contempla ainda informações e orientações/intervenções a pais e professores, propondo estratégias de manejo comportamental para os familiares; e técnicas de intervenção em sala de aula para professores trabalharem melhor com este tipo de pessoa assim como fazer o encaminhamento para o profissional responsável para o diagnóstico e tratamento adequados. Pois, com um acompanhamento médico, psicológico e/ou psicopedagógico, e disciplina será possível amenizar os sintomas de TDAH.

Inicialmente considerado um transtorno restrito a infância, sabe-se hoje que pode perdurar até a idade adulta, portanto este estudo também contempla o TDAH em adultos: sintomas, diagnóstico e tratamento.

1.1 Objetivos

O objetivo geral desta pesquisa visa oferecer uma visão do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, desde a infância até a idade adulta, mostrando seus diferentes aspectos e suas modificações ao longo da vida, assim como o diagnóstico e tratamento.

Para atingir o objetivo geral deste estudo, faz-se necessário também atingir os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Identificar sintomas, diagnósticos e tratamento em TDAH;
- ✓ Analisar o TDAH na criança, adolescente e adulto, encontrando formas de lidar (intervenções) na família e na escola;
- ✓ Oferecer informações sobre o transtorno (TDAH) e formas de tratamento psicossocial como psicofarmacológico.

1.2 Metodologia

Para a elaboração de uma pesquisa científica, faz-se necessário definir inicialmente os procedimentos metodológicos que serão utilizados. De acordo com Oliveira (2003, p. 162):

A metodologia engloba todos os passos realizados para a construção do trabalho científico, que vai desde a escolha dos procedimentos para a obtenção dos dados, que passa da identificação do(s) método(s), técnica(s), materiais instrumentos de pesquisa e definição de amostra/universo, até a categorização e análise dos dados coletados.

Quanto aos procedimentos trata-se de uma pesquisa quantitativa documental exploratória, realizada por meio de revisão bibliográfica com a qual pretende-se alcançar os objetivos traçados.

Gil (1996, p. 48) destaca que a “pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, construído principalmente de livros e artigos científicos”.

2 O QUE É O TDAH

O TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) é um transtorno psiquiátrico que é caracterizado por uma série de problemas relacionados com a falta de atenção, hiperatividade e impulsividade, acometendo cerca de 3 a 6% das crianças em idade escolar e persistindo na vida adulta em mais da metade dos casos (MATTOS PAULO, 2008, p. 129).

O DSM IV (*Diagnostic and Statistical*) é um manual elaborado 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 médicos psiquiatras e psicólogos. O DSM IV-TR define o TDAH como um problema de saúde mental considerando-o um distúrbio bidimensional, que envolve atenção e a hiperatividade.

Estudiosos do assunto o consideram um distúrbio biopsicossocial, ou seja, há fatores biológicos, genéticos, emocionais e sociais que contribuem para a intensidade dos problemas vivenciados pelas pessoas que possuem TDAH, causando uma série de dificuldades no cotidiano das mesmas.

Apesar de tantas pesquisas, ainda hoje, é um transtorno pouco conhecido por pais, professores e até mesmo profissionais, permanecendo mal compreendido e contra verso, não é por falta de disciplina ou limites e tampouco representa um comportamento maldoso, desobediente e voluntário da criança, como pensam e afirmam muitos professores e demais pessoas que convivem este tipo de criança.

Mattos (2010, p. 31) o classifica como um transtorno neuropsiquiátrico por estar comumente associado a problemas de ordem emocional. Muitas vezes este transtorno tem sido apresentado equivocadamente como um tipo específico de problema de aprendizagem, quando na realidade é um distúrbio de realização. As crianças com TDAH têm capacidade para aprender, mas apresentam dificuldades em algumas habilidades devido o impacto dos sintomas do TDAH sobre um bom desempenho.

O TDAH pode tornar o dia a dia um constante desafio, tanto para a criança quanto para as pessoas que fazem parte de sua vida. O mesmo compromete o desempenho da criança, pois, acarreta dificuldades com atividades que envolvem memória, organização, autonomia, controle dos impulsos e concentração (RODRIGUES, 2010, p. 123). O TDAH afeta de modo adverso os

relacionamentos social e familiar, o equilíbrio psicossocial e a vida laborativa seja da criança, adolescente ou adulto, ocasionando, na maioria das vezes, problemas emocionais; comportamentais, bem como, um baixo desempenho escolar. Por estas razões, intervenções na família e na escola devem ser feitas após diagnóstico preciso e de tratamento adequado por meio de uma equipe multidisciplinar.

Segundo Patt (1987, p. 22) “a criança hiperativa é sempre candidata ao fracasso escolar, pois seu comportamento é por vezes turbulento e suas dificuldades de aprendizagem fogem à norma escolar e ao que é esperado de um bom aluno”.

Ressalta Wallon (1971), que é preciso compreender que por trás da descarga impulsiva existe a expressão das necessidades múltiplas da criança que reclama afeto, ajuda e compreensão.

TDAH segundo MATTOS (2008, p. 225) é confundido com indisciplina e destaca que a sala de aula deve ser organizada e estruturada, e que o professor deve estar preparado para receber uma criança portadora de TDAH e a avaliação deve valorizar o potencial e habilidades da criança. Em casos leves o transtorno pode ser tratado apenas com terapia e reorientação pedagógica.

O mesmo autor sugere que existe uma taxa de quatro meninos para cada menina, e percebeu ainda que o sexo feminino estava associado ao tipo predominantemente desatento em relação ao sexo masculino, os meninos apresentam mais distúrbios de aprendizagem e outros problemas de comportamento escolar em relação às meninas. As meninas com TDAH apresentam o menor risco de comorbilidade com transtorno bipolar, transtorno de conduta e transtorno desafiador de oposição, em relação aos meninos.

Nas pesquisas de prevalência dos tipos de TDAH em amostras clínicas observaram que 55% dos pacientes apresentaram TDAH do tipo combinado, e 27% são desatentos (Carson; Nann *apud* Rhode; Mattos, 2003, p. 80). Outra amostra clínica de 285 pacientes com TDAH do Programa de Desatenção e Hiperatividade do Hospital das Clínicas - PRODAH de Porto Alegre (RS), mostrou uma prevalência de 62,5% do tipo combinado, 26,5% do tipo desatento e 11,2% do tipo hiperativo/impulsivo (Rhode, 2002, p. 80).

O DSM IV-TR estima a prevalência entre 5 a 13% das crianças em idade escolar. A prevalência para este transtorno depende de vários fatores, dentre eles: os métodos de avaliação utilizados, o público estudado, os critérios utilizados para diagnóstico e as fontes de informação.

É importante ressaltar que este transtorno, apesar de ser comum, tem sua prevalência em função da precisão diagnóstica. Na última década, estudos avançaram bastante nessa área, e o quadro clínico passou a ser melhor definido.

A prevalência do TDAH varia tanto entre países quanto dentro de um mesmo país. Pesquisas internacionais apresentam os seguintes números para as taxas de prevalência: Estados Unidos, 3,6%; Nova Zelândia, 2 a 6%; na Alemanha, 8,7%; no Japão 7,7%; na China 8,9%; na Inglaterra 1%; em Taiwan 9%; na Itália 4% (Arnold; Jensen *et al apud* Rhode; Mattos, 2003, p. 15-16).

No Brasil, há relatos de algumas prevalências do TDAH. Guardida *apud* Benczik, 2000 p. 24, encontrou uma prevalência do transtorno de 3,5 a 3,9% em uma amostra de crianças de 1ª série na cidade de Porto Alegre (RS). Outra pesquisa realizada por Rhode (1997 *apud* Benczik, 2002, p. 24) com 1022 adolescentes entre 12 e 14 anos, por meio de critérios do DSM IV-TR, encontrou a prevalência de 5,8%. Esses dados mostram que as prevalências do TDAH no Brasil são compatíveis às demonstradas pela literatura internacional.

Todos esses dados tornam o TDAH um dos transtornos mais prevalentes em crianças. Barkley (2002, p. 105) afirma que até 80% das crianças em idade escolar com diagnóstico de TDAH continuarão a tê-lo na adolescência, e entre 30 a 65% continuarão a apresentá-lo na vida adulta.

2.1 Características do TDAH

A criança com TDAH representa um problema real para a família e é a causa de muitos conflitos no meio familiar. Precisa ser conhecido, compreendido para ser controlado, pois até o momento não tem cura.

Algumas crianças exibem padrões de comportamento e de desenvolvimento diferenciados, no entanto, todas apresentam o problema da habilidade reduzida de inibir seu comportamento, de manter esforços para persistir nas atividades e dificuldade de prestar atenção.

As crianças com TDAH geralmente são inquietas, desatentas, não suportam monotonia, são impulsivas, emotivas, frequentemente oscilam seu humor, não conseguem organizar-se, esquecem de coisas simples, como: seus livros, datas de

provas, trocam facilmente seus interesses, não conseguindo finalizar o que iniciam, interrompem o tempo todo as conversas dos outros, além de dificuldade de seguir regras. Podem também apresentar problemas de conduta, agressividade, problemas de aprendizagem; 20 a 30% das crianças com TDAH apresentam algumas deficiências em habilidades específicas que interferem na sua capacidade de aprender (GOLDSTEIN; GOLDSTEIN, 2001, p. 43), distúrbios motores, um desempenho escolar pobre aquém das suas reais possibilidades e dificuldades sociais relacionadas com os amigos e a família. Nem todas as crianças apresentam problemas em todas essas áreas, pois o TDAH pode variar nas manifestações dos sintomas

. As crianças com TDAH tem também qualidades positivas que frequentemente não são mencionadas, como: vivacidade, jogo de cintura, criatividade, persistência no que é do seu interesse, e um talento escondido que em geral não chega a usar, pois desistem por sentirem-se perdidas.

Através de pesquisas realizadas por Furman, Goodyear e Hynd *apud* (Benczik, 2002, p. 26) pode perceber-se que crianças com TDAH sem hiperatividade apresentam algumas características a saber: um tempo cognitivo mais lento, maior incidência de transtornos de aprendizagem.

2.2 Descrição sintomatológica do TDAH

Alguns autores afirmam que os sintomas do TDAH aparecem logo nos primeiros anos de vida, podendo passar despercebidos pelos pais, e a partir do momento em que a criança iniciar o seu processo escolar, tornam-se mais evidentes, pois durante o processo de aprendizagem a criança necessita manter a atenção e ficar parada na sala de aula por um longo tempo.

Os pesquisadores do assunto têm discutido muito sobre a idade em que surgem os primeiros sintomas.

Para Goldstein e Goldstein (2001, p. 44):

Os problemas de TDAH devem ter início antes dos 7 anos, não ser resultado de distúrbio autista, se manifestar por um período mínimo de 6

meses e apresentar certo número de características comportamentais, como: agitação constante, impulsividade, distração, desorganização nas tarefas diárias, dificuldade em concluir tarefas e outros.

Estudos recentes mostram que existem três tipos de TDAH: TDAH com predomínio de sintomas de desatenção, TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade e TDAH combinado.

2.3 A manifestação dos sintomas de desatenção

As crianças que apresentam o TDAH na forma desatento se caracterizam pela dificuldade de fixar e manter a atenção por um período mais prolongado e apresentam, no mínimo, seis dos sintomas de desatenção da lista relacionada pelo DSM-IV-TR, e não apresentam ou tem poucos sintomas de hiperatividade/impulsividade.

Os seguintes sintomas fazem parte do grupo de desatenção:

- a) não prestar atenção a detalhes ou cometer erros por descuido;
- b) ter dificuldade para concentrar-se;
- c) não prestar atenção ao que lhe é dito;
- d) ter dificuldade em seguir regras ou instruções;
- e) ser desorganizado com tarefas e materiais;
- f) evitar atividades que exijam esforço mental prolongado;
- g) perder coisas importantes;
- h) distrair-se facilmente, com coisas alheias ao que está fazendo;
- i) esquecer compromissos e tarefas diárias.

A criança com TDAH tipo desatento, tem dificuldade em manter a atenção, principalmente, em atividades maçantes e repetitivas, como: tarefas escolares e trabalhos desinteressantes, leituras extensas e jogos que requerem persistência. Crianças que não possuem TDAH aprendem a planejar as conseqüências para receberem recompensas por realizarem uma tarefa difícil. As crianças com TDAH, querem realizar pequenos trabalhos para receberem a recompensa imediatamente (Barkley, 2002, p. 53). Este autor identifica esse comportamento como um problema de adiamento de gratificação e propõe, então,

que para este tipo de criança seja acrescentado às tarefas mais maçantes um maior número de estímulos e, por outro lado, atividades mais inovadoras. Enfatiza, ainda, a importância de especificar para a criança que determinadas recompensas ou consequências podem ser conseguidas imediatamente, desde que a tarefa seja completada.

A criança desatenta não presta atenção aos detalhes, comete vários erros por descuido, como por exemplo, não copiar uma frase completa, errar questões em uma atividade ou avaliação por não ler as instruções até o fim. Essa criança, de modo geral é desorganizada com tarefas e materiais, apresenta seus trabalhos de forma desorganizada e confusa, pula folhas do caderno, anota conteúdos em caderno errado, perde cadernos, agendas ou danifica-os e esquece de datas de provas e entrega de trabalhos.

Rhode e Mattos (2003, p. 77) afirmam que “a dificuldade para se organizar um sintoma de disfunção executiva é classificada erroneamente como um sintoma de desatenção.” As funções é que capacitam a criança a desempenhar ações voluntárias, autônomas, auto-organizadoras e orientadas para objetos específicos. Essas funções englobam os processos que permitem a pessoa planejar e prever meios de resolver problemas complexos, organizar e tomar iniciativas, monitorar o comportamento passo a passo, enfim, subdomínios que permitem a realização de tarefas de rotina e a solução de possíveis problemas novos que surgirem.

Estas mesmas crianças distraem-se com facilidade com coisas a sua volta, parecem estar no mundo da lua (Barkley, 2002, p. 52), contrapõem-se a ideia de distração como um sintoma de desatenção, e ele acredita que os pais e professores interpretam, equivocadamente, como distração, é a perda de interesse mais rápido nessas crianças pela atividade trabalhada, buscando, intencionalmente algo mais estimulante e divertido para fazer.

Estudos têm demonstrado que o TDAH, com predomínio de desatenção é mais comum em meninas e está associado a maiores dificuldades de aprendizagem. Por terem uma coordenação motora mais pobre, estas crianças apresentam dificuldades em andar de bicicleta, abotoar, amarrar os cadarços, desenhar e escrever. Pode não interagir bem com os objetos à sua volta, podendo esbarrar, quebrá-los.

Nos últimos dez anos os estudos mostram que 30 a 70% das crianças com TDAH continuam apresentando seus sintomas na fase adulta. Com o crescimento os sintomas de hiperatividade tendem a diminuir, mas os sintomas de desatenção permanecem constantes (Castellanos, Rohde, Miranda *apud* Rohde; Mattos, 2003, p. 81).

2.4 A manifestação dos sintomas de hiperatividade/impulsividade

As crianças que apresentam esse tipo de TDAH são caracterizadas por uma atividade motora excessiva, desorganização e não possuem autocontrole. Apresentam ou tem poucos sintomas de desatenção (menos que seis itens na lista).

Os sintomas seguintes fazem parte do grupo hiperativo/impulsivo, segundo DSM-IV TR:

- a) ficar remexendo mãos e/ou pés quando está sentado;
- b) não permanecer sentado em situações em isso é esperado (sala de aula, mesa de jantar);
- c) pular, correr excessivamente, subir em objetos em situações impróprias, ou ter uma sensação interna de inquietude;
- d) dificuldade para se manter em silêncio em atividades como jogos ou brincadeiras;
- e) apresentar agitação constante (“a mil por hora”);
- f) falar excessivamente;
- g) responder a perguntas antes de serem concluídas;
- h) ter dificuldade de aguardar a vez para falar;
- i) interromper frequentemente os outros em suas conversas e atividades.

Em geral, as crianças com TDAH hiperativo/impulsivo, são impulsivas e agressivas e podem apresentar comorbidade com transtorno de conduta.

Barkley (2002, p. 58) realizou um estudo com crianças com TDAH hiperativo, e essas falaram 20% mais que crianças sem TDAH.

O comportamento dessas crianças é exacerbado, ocorre de uma forma muito rápida, estão prontos a responder qualquer situação devido a um déficit na habilidade de inibir o comportamento. A isso Barkley (2002, p. 59) chamou de hiper-responsividade.

As crianças com TDAH possuem uma tendência à satisfação imediata de seus desejos e se frustram facilmente. As crianças impulsivas podem causar acidentes: derrubar objetos, tropeçar, colidir com pessoas ou até ser vítima de atropelamento ou envolvimento em atividades ou brincadeiras perigosas, pois geralmente não pensam antes de agir.

Os sintomas da hiperatividade podem ser ainda pior em situações que exigem maior atenção ou esforço mental constante e que não apresentam novidade como: fazer tarefas, atividades monótonas e repetitivas. Por outro lado, estes sintomas podem estar quase ausentes quando a criança está sob um rígido controle de um contexto atraente ou novo, ou numa situação a dois. Dessa forma, tais sintomas parecem intensificar-se em situações de grupo.

2.5 Manifestação dos sintomas do TDAH combinado

As crianças que apresentam este tipo de TDAH têm, ao mesmo tempo, muitos sintomas de desatenção e de hiperatividade/impulsividade (seis sintomas de cada lista), de acordo com DSM-IV TR.

Este tipo está associado a prejuízos globais maiores na vida da criança. Estas crianças estão propensas a serem rejeitadas pelos colegas, em decorrência do seu comportamento.

Pesquisas de prevalência dos tipos de TDAH em amostras clínicas mostrou que 55% dos pacientes apresentaram TDAH do tipo combinado, enquanto 27% eram predominantemente desatentos (Carlson, Mann *apud* Rohde; Mattos, 2003, p. 80).

2.6 Comorbidades

Comorbidade é o termo utilizado para designar a coexistência de dois ou mais transtornos psiquiátricos na pessoa.

Segundo Barkley (2002, p. 112) menos que 20% das crianças que comparecem a sua clínica apresentam apenas o TDAH.

O TDAH, frequentemente, vem associado a outros transtornos comportamentais e emocionais. Pesquisas mostram que 45% de crianças com

TDAH apresentam até dois transtornos associados (Barkley, 2002, p. 118). Dentre os mais frequentes estão: TDO (Transtorno Desafiador de Oposição); TC (Transtorno de Conduta); os transtornos de humor (bipolar e depressivo); transtornos ansiosos; transtornos de tiques; abuso de substâncias; transtorno do aprendizado e de linguagem.

A presença de alguma comorbidade com TDAH implica num tratamento específico para o transtorno coexistente. Para Rohde e Mattos (2003, p. 86) a frequente ocorrência de comorbidade salienta a possibilidade de que casos difíceis de TDAH possam na realidade representar casos mórbidos, para os quais ainda não há tratamento específico.

A presença de comorbidade torna o prognóstico do TDAH ainda pior.

2.7 Etiologia do TDAH

O TDAH não tem uma causa só e sim múltiplas causas. A partir da década de 90 as pesquisas têm se intensificado, mas mesmo assim a compreensão a respeito das causas, ainda são iniciais e nada definitivas.

Tempos atrás, cientistas perceberam que pessoas vítimas de lesões na porção frontal do cérebro em consequência de traumas, tumores ou derrames passaram a manifestar sintomas comportamentais semelhantes aos do TDAH, evidenciando o comprometimento dessa área específica do cérebro. Esta região é a mais desenvolvida no ser humano e acredita-se que seja responsável pela inibição do comportamento, pela capacidade de manter a atenção, pelo autocontrole e pelo planejamento.

De acordo com as pesquisas existem diferenças significativas na estrutura e no funcionamento do cérebro de pessoas com TDAH. Tudo indica que o que se apresenta alterado na região fronto-orbital do cérebro é o funcionamento de certas substâncias químicas, chamadas de neurotransmissores, principalmente dopamina e noradrenalina que permitem o repasse de informações entre diversas partes do cérebro. Estudos demonstram que o uso de metilfenidato (Ritalina), reduz os sintomas do TDAH, melhorando o comportamento da criança.

Um grande número de estudos científicos que mediu a atividade elétrica no cérebro, o fluxo sanguíneo e a atividade cerebral PET *scans* (Tomografia por

Emissão de *Positions*) têm mostrado que a atividade cerebral em portadores de TDAH é reduzida na região frontal quando comparadas com pessoas sem TDAH.

2.7.1 Causas genéticas

Pesquisas têm feito referência à influência de fatores genéticos e ambientais para o desenvolvimento do TDAH (Tan Nock *apud* Rohde; Mattos, 2003, p. 36).

2.7.2 Hereditariedade

Estudos demonstram que é bem significativa a participação de um componente genético na origem do TDAH. Segundo estudos realizados com familiares em primeiro grau de crianças com TDAH demonstrou que 25% desses parentes também apresentavam o transtorno, enquanto na população geral foi identificado apenas 5%. No estudo com gêmeos univitelinos, os cientistas verificaram que quando um deles é diagnosticado com TDAH, a chance do outro apresentar o transtorno é de 80 a 90%.

Segundo Rohde e Bencizik (1999, p. 58) todas essas pesquisas indicam que a hereditariedade explica 50 a 92% da variedade de comportamentos hiperativos e impulsivos encontrados em crianças. Contudo, é importante ressaltar que o que é herdado não é o TDAH e sim uma vulnerabilidade para o mesmo, uma pré-disposição.

Estudos com gêmeos, adotados confirmam a hereditariedade do TDAH na medida em que conseguem distinguir com maior precisão os efeitos ambientais dos efeitos genéticos. Dois estudos identificaram 7,5% do TDAH em pais biológicos de crianças portadoras e 2,1% entre os pais adotivos (Morrison; Stewart *apud* Rohde e Mattos, 2003, p. 40).

O quadro clínico é complexo, envolvendo inúmeros fatores que interferem, significativamente no relacionamento familiar, escolar e social, comprometendo, seriamente a atividade laborativa do portador, tornando o cotidiano um constante desafio.

Até o momento, as evidências científicas apontam para uma vulnerabilidade geneticamente herdada, muito maior que a contribuição dos fatores ambientais ou sociais.

2.7.3 Fatores ambientais

Os fatores ambientais chamados de fatores externos fazem parte do *roll* de variáveis etiológicas do TDAH. Segundo as pesquisas, pessoas que têm forte componente genético não precisam de fatores ambientais significantes para desenvolver o transtorno.

A maioria dos estudos sobre os fatores externos apenas sugere uma associação dos mesmos com o TDAH e não uma relação evidente de causa e efeito (Faraone; Biederman *apud* Rohde; Mattos, 2003, p. 37).

2.7.4 Problemas durante a gravidez

Segundo estudos de ROHDE certas substâncias ingeridas durante a gravidez, com nicotina e álcool, podem causar alterações no cérebro da criança e agir como fator de risco para TDAH. Os relatos indicam, ainda, que a quantidade de álcool consumido pela gestante, parece estar diretamente relacionada ao grau de risco de falta de atenção e hiperatividade em crianças de 4 a 7 anos. Outros relatos mostram que crianças que tiveram sofrimento fetal apresentavam mais chances de ter TDAH.

2.7.5 Exposição ao chumbo

Há algumas evidências científicas de que altos níveis de chumbo em criança de 12 a 36 meses pode estar associado a um maior risco de comportamento hiperativo e desatento, considerando que já foi demonstrado que a exposição a essa substância causa lesões cerebrais (BARBOSA, 2000, p. 143).

2.7.6 Problemas familiares

As atitudes que os pais têm em relação a seu filho não são a causa do TDAH, mas podem contribuir para acentuar os comportamentos inadequados que eles apresentam (Mattos, 2001, p. 65).

Pais que possuem dificuldade para estabelecer regras claras e definidas podem contribuir para aumentar os comportamentos inadequados das crianças, pois elas necessitam de bons exemplos para que melhorem aos poucos.

É muito comum também os pais discordarem muito entre si no modo de educar seus filhos, dessa forma acabam tornando as regras confusas.

O perigo também se instala quando o estilo de educação é muito permissivo, falta limites. Quando isso acontece a criança não é treinada para enfrentar os limites que a vida impõe.

Por outro lado, famílias que exigem excessivamente, que não permitem o erro de modo algum, podem colaborar para o aumento da ansiedade, irritabilidade, frustração das crianças e dos adolescentes com TDAH.

Outras famílias costumam discutir, gritar e usar de violência física, são agressivas; portanto, isto acentua os comportamentos agressivos na criança, já que os pais são exemplos para os filhos.

2.8 Consequências do TDAH

O cotidiano da criança hiperativa muitas vezes, é um campo de batalha, enfrenta situações difíceis, conflitantes tanto no meio familiar, escolar e social.

2.8.1 Contexto familiar

O ambiente familiar da criança ou adolescente com TDAH é extremamente importante. Se a família tem um entendimento da criança na sua totalidade irá saber o que fazer e como fazer para ajudá-la a ter uma vida com mais qualidade, menos fracassos e maiores perspectivas de sucesso.

2.8.2 As interações entre pais e filhos

Pesquisas demonstram a que as interações familiares de crianças com TDAH são mais estressantes e negativas para toda a família devido ao comportamento desatento, impulsivo, exigente, irritante, muitas vezes.

Um outro fator também interfere na interação dessas famílias: estudos comprovam que 15 a 20% das mães e 20 a 30% dos pais de crianças com TDAH podem também apresentar esse transtorno ao mesmo tempo que os filhos (Barkley, 2002, p. 127).

Neste mesmo estudo Barkley, mostra que esses pais estão mais suscetíveis a apresentar problemas de comportamento anti-social (25-28%), alcoolismo (15-25%), alterações de humor e reações excessivas (10-27%). É importante dizer que estes transtornos familiares estão associados, primeiramente ao comportamento agressivo e anti-social da criança e não tanto ao TDAH. Assim, quanto mais agressiva e anti-social for a criança, maior será o número de transtornos familiares.

Com frequência o ambiente familiar se torna um fardo pesado para todos, até a relação do casal, muitas vezes fica abalada. Até os eventos de rotina como almoçar ou assistir a TV, tornam-se estressantes, pois de um lado estão os pais a repreender, criticar e punir e do outro, a criança que sente-se bode expiatório, culpada por tudo o que acontece. É preciso que os pais compreendam que a criança não age assim de propósito, mais sim porque apresenta um transtorno, e precisa de ajuda.

Como enfatiza Hollowell e Ratey (1999, p. 64):

A construção da auto-estima é um processo invisível, porém decisivo lançando todos os dias novos fios de experiência, fios que durarão o tempo de uma vida. Se esses fios são feitos de humilhação, fracasso e constrangimento, o tecido não será muito confortável. Devemos fazer tudo para que esses fios abriguem somente sucesso, confiança e um senso de justiça.

Para que o tratamento dê certo é necessário, por parte da família, compreensão, paciência, muito carinho e persistência, além de informar-se o máximo que puder sobre esse transtorno e as estratégias que podem ser usadas para minimizar o problema.

Goldstein e Goldstein (2001, p. 168-175) sugerem algumas intervenções para que os pais ajam de maneira mais eficaz com seus filhos hiperativos:

a) Compreender o TDAH

Essa compreensão é o passo inicial e mais eficaz na educação da criança com TDAH. Isso ajudará a compreender as suas necessidades e, assim, lidar com ela de maneira mais fácil, menos desgastante. Identificando as razões das atitudes da criança, os pais passam a compreender todo o contexto familiar vivenciado e, assim, junto com uma equipe multidisciplinar se torna mais fácil ajudá-la.

b) Fazer distinção entre desobediência e incapacidade

É importante que os pais saibam distinguir entre o comportamento incompetente, que resulta da falta de habilidade para realizar algo, daquele resultante de desobediência. Sabe-se que a maior parte dos comportamentos da criança hiperativa é mais em razão de suas dificuldades do que por teimosia. Sabendo diferenciar desobediência de incapacidade, os pais podem usar a “punição” de forma adequada, quando necessário, e auxiliar a criança no desenvolvimento de suas habilidades.

c) Dar orientações positivas

Os pais devem orientar, nortear a conduta da criança, deixando bem claro o que é esperado dela em determinadas situações, produzindo, assim uma mudança positiva em seu comportamento, ao invés de destacar o que faz de errado.

d) Promova interações com sucesso

As pesquisas têm mostrado que crianças com TDAH tem um número muito maior de interações negativas, permeadas de fracassos com pais e professores do que as demais crianças. Porém, sob um sistema de esforço estruturado, podem ter uma mudança positiva no comportamento. Nesse sentido, após uma atitude desobediente, os pais podem fazer uso de períodos breves de “punição” e, em seguida, fazer com que a criança volte à situação-problema e obedeça ao pedido inicial, até para que ela tenha a chance de ser bem-sucedida, Não esquecer, jamais, de elogiar as atitudes positivas.

e) A ajuda dos pais com os problemas escolares

As crianças hiperativas, quando ingressam na escola, geralmente passam vivenciar crescentes problemas, pois um bom desempenho nos moldes do nosso sistema educacional requer capacidade de concentração por períodos mais prolongados, permanecer sentada, fazer trabalhos, longos, entre outras exigências.

Enfim, tudo o que uma criança com TDAH tem dificuldade em corresponder. Frente a essa situação, com certeza os pais podem fazer algo para que seus filhos tenham um desempenho acadêmico melhor. Inicialmente, devem ter paciência e persistência para instruir as pessoas, inclusive os colegas sobre o TDAH, e ajudar os professores nas intervenções com seus filhos. Cada ser humano é diferente, seja criança ou adulto, por isso é conveniente lembrar que é fundamental persistir e tentar quantas intervenções forem necessárias para se conseguir o sucesso desejado da criança.

f) Recompensar

Os pais devem recompensar as atitudes adequadas de seus filhos. Os problemas de uma criança com TDAH resultam de uma execução inadequada; a criança sabe fazer o que é pedido, mas tem dificuldade para fazê-lo quando deve ser feito. Por esta razão, quando ela consegue completar uma tarefa deve ser recompensada com elogios mais frequentemente que o normal.

g) Planejar adequadamente

Fazer modificações no ambiente da criança. Tornar a rotina consistente, raramente variar e ter regras claras.

h) Construir “ilhas” de competência

É importante procurar sempre focalizar os pontos fortes da criança em vez de tentar diminuir os fracos, pois o que importa para que essa criança tenha sucesso na vida é o que ela tem de melhor.

2.9 Implicações educacionais do TDAH

2.9.1 O contexto escolar

Ainda hoje no nosso sistema educacional, valoriza-se muito a criança que obedece, escuta, presta atenção, planeja, organiza-se, permaneça sentada, que corresponda aos objetivos educacionais.

A criança com TDAH tem dificuldades para ajustar-se a essas necessidades acadêmicas e sociais. Muitas vezes quando a criança ingressa na escola inicia-se uma infinidade de problemas. A dificuldade de autocontrole e desatenção caracterizam a criança com TDAH comprometendo a interação com os colegas.

2.9.2 Desempenho escolar

É em sala de aula que a criança com TDAH apresenta as maiores dificuldades. Segundo Bencizik (2002, p. 44) “cerca de 20 a 30% das crianças com TDAH apresentam dificuldades específicas que interferem na sua capacidade de aprender.” Algumas crianças com TDAH conseguem um bom rendimento escolar, mas outras apresentam um rendimento escolar baixo do esperado e incompatível com o seu potencial. Segundo Mattos (2002, p. 92), os índices de QI (coeficiente de inteligência) numa criança com TDAH podem variar, apresentando desde alunos com inteligência limítrofe até os superdotados.

As crianças que apresentam problemas relacionados a atenção também tem dificuldades para se organizar com tarefas e materiais, e exibem um rendimento escolar abaixo do esperado, pois distraem-se facilmente e em decorrência disso, a retenção dos conteúdos fica prejudicada.

Outras dificuldades relevantes enfrentadas por essas crianças em sala de aula, são evidenciadas na produção escrita, no desenho, no traçado, no copiar do quadro, na leitura e interpretação de texto. Nesse aspecto, enfatiza Bencizik (2002, p. 45) “não há como negar a importância no processo de aprendizagem, por exemplo, aprender a “prestar atenção” a detalhes e formas de posição é fundamental para a aprendizagem da alfabetização.”

De um modo geral, os professores observam que os trabalhos produzidos por estas crianças são inconsistentes. Em algumas situações elas fazem a atividade completa, em outras, nem sob supervisão constante conseguem concluí-la. Para Barkley (2000, p. 63), a produtividade de trabalho inconsistente está relacionada a incapacidade de inibir impulsos, o que facilmente levaria a criança a interromper sua atividade para fazer algo que no momento lhe parecesse mais interessante.

2.9.3 O comportamento da criança em sala de aula

As crianças com TDAH possuem dificuldade para permanecerem sentadas e atentas às aulas, principalmente quando a aula não lhe pareça interessante. Geralmente são irrequietos, interrompem a conversa dos outros, falam em excesso, possuem dificuldade para esperar a sua vez para falar e fazem muitas

vezes, brincadeiras inoportunas, prejudicando a interação com os colegas e professores.

Algo difícil também para a criança com TDAH é o trabalho em grupo, pois a inadequação de seu comportamento interfere durante as atividades, prejudicando o andamento dos trabalhos e o rendimento dos colegas, e por isso essa criança na maioria das vezes, é rejeitada pelos colegas.

A interação da criança com TDAH com os professores também é conflituosa, pois apresenta um comportamento reativo às intervenções que estes lhe faz.

Mattos (2008, p. 60) afirma que estas crianças sofrem de uma incapacidade em seguir instruções e aderir a regras, pois constantemente ficam “fora do ar.” Essas crianças, muitas vezes são rotuladas, o que faz com que sintam inferiores e frustradas perante os colegas. Tudo isso, aliado ao baixo desempenho escolar (apesar da inteligência normal), aos repetidos fracassos e a rejeição dos colegas, confere a essa criança uma autoestima negativa e a condição de isolamento e solidão.

2.9.4 A criança com TDAH e a relação com os amigos

Geralmente as crianças com TDAH não conseguem um bom relacionamento com os colegas. Pelhan e Bender (*apud* Barkley, 2002, p. 118) estudando as relações sociais de crianças com TDAH, mostraram que mais de 50% das crianças apresentaram problemas com seus colegas. Na maioria das vezes a criança com TDAH demonstra um jeito áspero, agressivo e desafiador e muito sincero ao expressar o que sente ou pensa, cria um afastamento dessa criança dos colegas, que acabam excluindo-a das atividades sociais como aniversário e outros eventos.

As habilidades sociais, cooperar, dar a vez, dividir, são pouco desenvolvidas nas crianças com TDAH, pois elas vivem o momento, não tem um senso de futuro, em decorrência disso, não consideram as consequências futuras de não manter um relacionamento pautado em trocas e favores. Agem egocentricamente e nem se dão conta de que seu comportamento afasta os colegas. A consequência disso é a exclusão social e isto leva a criança hiperativa a

desenvolver uma baixa autoestima que por vezes pode levar à ansiedade e depressão.

2.9.5 As tarefas de casa

As tarefas de casa são uma das atividades mais desgastantes para pais e filhos. A grande queixa dos pais é que a criança não consegue concluir o dever de casa. Segundo Goldstein e Goldstein (2001, p. 117) “as pesquisas sugerem que a fadiga diária normal tem um impacto negativo sobre as aptidões da criança hiperativa.”

De acordo com Bencizik (2002, p. 47) mesmo as crianças com TDAH que apresentam um bom desempenho, sentem-se entediadas na realização das tarefas escolares.

Danders (*apud* Goldstein e Goldstein, 2001, p. 117-119) dá algumas sugestões para auxiliar pais e filhos com as tarefas de casa. Afirma que é muito importante estabelecer uma rotina diária com local apropriado, horário fixo, pré-estabelecido e um período mais curto para a realização das mesmas, já que a criança hiperativa não persiste muito e desiste facilmente de atividades repetitivas. Este horário nunca deve ser ao final do dia, pois provavelmente esta criança já estará cansada e por vezes irritada. Ainda segundo este mesmo autor, deve-se primeiro iniciar pelas tarefas mais fáceis, de modo a estimular a criança e possibilitar assim, sucesso no seu desempenho. E, sobretudo, sugere reforçar os acertos da criança e elogiá-la pelo seu esforço.

2.9.6 O papel da escola

O primeiro passo para ajudar a criança com TDAH a ajustar-se no meio acadêmico é a escolha da escola certa.

Uma sala de aula eficiente para crianças com TDAH deve ser estruturada, organizada, com regras claras e um programa previsível. Deve fazer parte do trabalho, um programa de reforço baseado em ganhos e perdas.

A avaliação também deve ser frequente e imediata e o material didático adequado às habilidades da criança. Um estilo de aula mais atraente, dinâmico e breve que permita a participação da criança, pode melhorar a questão da atenção. Outra dica é combinar aulas com alguns momentos de exercícios físicos na sala de aula, pois isso ajuda a reduzir o cansaço e a monotonia que as crianças com TDAH vivenciam durante períodos prolongados de atividades acadêmicas. Outra estratégia é o professor trabalhar os conteúdos mais complexos nos primeiros horários já que a capacidade de concentração e autocontrole de uma criança com TDAH, diminui significativamente no decorrer do dia.

Rodrigues (2010, p. 48-49) sugere alguns aspectos que devem ser observados na escolha da escola. Primeiramente, saber qual entendimento que a equipe escolar tem a respeito do TDAH e o que tem a propor no sentido de auxiliar na adaptação acadêmica da criança. Informar-se também que ações disciplinares a escola desenvolve no sentido de ajudar a criança a evitar erros ao invés de apenas aplicar punições. De acordo com Rodrigues (2010), é fundamental certificar-se que a escola se dispõe a manter uma comunicação quase que diária com a família no sentido de manter os pais informados sobre o desempenho da criança e ainda, se esses profissionais da instituição se dispõe juntamente com a equipe multidisciplinar que trabalha com a criança discutir sobre o programa educacional da escola e possíveis alterações para adaptá-la às necessidades da criança com TDAH.

O professor é a peça-chave para uma performance acadêmica bem sucedida. Mais importante do que o tipo de escola ou o programa desenvolvido é o conhecimento que este professor tem a respeito do TDAH e a sua postura e empenho no sentido de auxiliar a criança com TDAH a ter um desenvolvimento compatível com o seu potencial.

2.10 TDAH em adultos

Apesar de a forma adulta do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) ter sido objeto de polêmicas e controvérsias em um passado recente (Barkley, 2004), esse diagnóstico é hoje amplamente reconhecido, apresentando uma prevalência de aproximadamente 4,4% (Lessler *et al*, 2006).

Adultos com TDAH experimentam dificuldades durante o dia inteiro, com desafios em casa, no trabalho, na vida social e emocional, em relacionamentos e na área da saúde e educação. Há pesquisas que mostram como os adultos com TDAH solucionam problemas no seu dia a dia, como quando dirigem recebem multas frequentemente e têm um histórico de acidentes maior (Barkley, 2006).

Geralmente, os sintomas de TDAH mudam de acordo com o crescimento da pessoa: ficam menos hiperativas, menos impulsivas, mas a falta de atenção continua.

Joffe (2007) exemplifica como essas dificuldades são expressadas:

- 1- Adultos têm o que chamam de dificuldades cognitivas. Por exemplo, eles são desatentos (apresentam dificuldade de se manterem atentos numa reunião, ao ler e ao escrever) e podem ser facilmente distraídos ou ficar cansados. Como consequência mudam de atividades frequentemente, são menos eficientes, em virtude da dificuldade de manejar e perceber o tempo passar e frequentemente perdem objetos por causa da desorganização.
- 2- Adultos com TDAH também podem ter hiperatividade: podem se mexer constantemente, falar sem parar e ter problemas para dormir. Por exemplo, pode ser difícil para um adulto com TDAH sentar num teatro e assistir a um concerto ou um filme por um período muito longo a não ser que o filme seja de ação.
- 3- Adultos que são impulsivos frequentemente têm uma tolerância muito baixa para frustrações. Eles podem apresentar um temperamento explosivo, ser impacientes e irritáveis. A impulsividade pode levar a pessoa a desistir de um trabalho (ou mesmo ser mandado embora) sendo que problemas semelhantes podem acontecer em um relacionamento. Também existe uma tendência de ter uma personalidade mais aditiva apresentar vícios.

Segundo a teoria de Barkley sobre autocontrole (1997) TDAH é acima de tudo, um transtorno de inibição de comportamento. Pessoas com TDAH têm dificuldade em desenvolver estratégias para inibir comportamentos.

O termo “inibição de comportamento” parece ter três significados:

- a) A habilidade de não responder impulsivamente, adiando uma resposta. Por exemplo, falar em público na hora certa, não reagir impulsivamente, não interromper uma pessoa no meio da conversa e esperar o semáforo mudar para a cor verde para seguir o caminho;

- b) A habilidade de parar uma resposta que está em andamento (perseveração). Por exemplo, parar de olhar a internet quando tem que ir trabalhar, parar de jogar na internet (ou no celular) quando alguém chama para uma refeição;
- c) A habilidade de resistir a uma distração externa e continuar fazendo um trabalho, apesar de haver eventos competindo para sua atenção. Por exemplo, não parar de trabalhar escuta um colega conversando com outro no corredor, ou não parar de escrever um trabalho na internet quando vê uma outra atividade *pop up* no computador (como mensagens instantâneas dos amigos).

Ter habilidade de inibir comportamentos é o que nos ajuda a completar todas as tarefas e começamos a desenvolver essas habilidades desde crianças. Adultos com TDAH ainda tem dificuldade em desenvolvê-las e devido a isso apresentam déficit em algumas tarefas rotineiras. Essas funções são as funções executivas do cérebro e ajudam a regular e controlar os comportamentos.

Os adultos com TDAH tem dificuldade para lembrar-se de eventos e de horários, na maioria das vezes chegam sempre atrasados. Segundo Joffe Vera é muito comum adultos com TDAH terem dificuldade de aprender uma sequência de comportamentos e de perceberem quanto tempo demora para completá-los, além de estarem atrasados para encontros, para o trabalho eles também apresentam dificuldade de esperar, seja numa fila de banco, de cinema, de ônibus ou de supermercado.

Para Barkley (2002) o TDAH é um transtorno de desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controle de impulsos e com o nível de atividade. O autor define autocontrole como a capacidade de controlar/inibir o próprio comportamento e considera que os portadores de TDAH apresentam uma disfunção no desenvolvimento desta capacidade.

Rohde e Mattos (2003) salientam que o transtorno de déficit de atenção em adultos não pode ser considerado simplesmente como um comportamento mais exuberante visto que está associado ao comportamento da vida acadêmica, profissional e relacionamento interpessoal.

Pesquisas mostram que, em média 67% de crianças diagnosticadas continuam tendo os sintomas quando adultos. Em homens, a incidência é maior,

aproximadamente nove homens para um caso de mulheres, estas podendo demonstrar o tipo predominantemente desatento com mais frequência.

O TDAH em adultos muitas vezes tem sido visto como um transtorno camuflado, devido ao fato dos sintomas serem mascarados, ocorrendo problemas de relacionamento afetivo e interpessoal, de organização, de humor, abuso de substâncias, ou seja, caracterizados pela comorbilidade.

Desta forma, o diagnóstico é complexo em adultos, muitas vezes ficando sem diagnóstico e sem tratamento.

2.10.1 Instrumentos para sintomas de TDAH

Pais e professores são as principais fontes de informação para diagnóstico em crianças e adolescentes. No entanto, essas fontes, principalmente os professores, raramente estão presentes quando se trata de adultos.

Quando o quadro clínico baseia-se apenas no relato do próprio paciente, adultos com TDAH podem ser diferenciados de forma precisa de controles normais, mas não de pessoas com transtornos internalizantes, principalmente os depressivos e os de ansiedade. Alguns estudos demonstraram que adolescentes e adultos com TDAH frequentemente subestimam seus sintomas (Smith *et al*, 2000; Young, 2004).

O instrumento *Brown-Déficit Disorder Scale* (BADOS) que não utiliza os critérios do DSM-IV-TR nem investiga os sintomas do módulo de hiperatividade – impulsividade revelou melhor concordância entre o autorrelato e os outros informantes se comparado a instrumentos baseados nos critérios do DSM-IV-TR (Kooij *et al*, 2008).

Testes psicológicos também podem ser instrumentos úteis para auxiliar o processo diagnóstico do TDAH. Para as crianças, um dos mais aceitos e largamente utilizados é o *Wisc*, teste de inteligência e execução composto de subescalas, quando apresentam determinadas discrepâncias, podem fornecer indicativos para o diagnóstico de TDAH. Segundo Barbosa, um diagnóstico correto e adequado depende de:

- avaliação médica, em que se levantam a história médica da pessoa, a história médica da família, as possibilidades de outros problemas que possam estar

provocando sintomas semelhantes aos do TDAH, os problemas que estão acontecendo ao mesmo tempo

- avaliação psicológica, em que são analisadas questões de temperamento, desenvolvimento emocional, habilidades cognitivas e dificuldades específicas, principalmente na área da atenção

- avaliação pedagógica, que inclui o desempenho escolar bem como o desenvolvimento do aluno no processo de aprendizagem

- avaliação do relacionamento social, para confirmar a ocorrência do comportamento disruptivo em todas as áreas da vida, não apenas em ambientes que tradicionalmente podem provocar problemas – a casa e a escola

Cada uma dessas etapas utiliza seus próprios métodos e instrumentos, que vão desde a observação, questionários, entrevistas estruturadas e semi-estruturadas até testes específicos de medição de resultados.

Embora o autorrelato permita minimizar os sintomas e o comprometimento, este revelou-se melhor que o relato do cônjuge e dos pais, uma vez que apresenta maior correlação com a impressão do clínico, independentemente do instrumento utilizado (Kooij, 2008). No entanto, a palavra de outros informantes não deve ser descartada quando não concordar com o paciente, pois mesmo, discrepante, pode trazer informações importantes para a prática clínica.

2.10.2 Critérios diagnósticos para o TDAH em adultos

Com base em sua teoria do déficit de controle inibitório, Barkley (1997) desenvolveu uma lista de 91 itens, que poderiam estar associados ao TDAH ou ao comprometimento do transtorno em adultos. Estão listados a seguir os nove que apresentaram melhor poder discriminativo entre pessoas com TDAH, indivíduos da comunidade e controles clínicos.

- a) Soma decisões impulsivamente.
- b) Apresenta dificuldades para interromper atividades ou comportamentos quando deveria fazê-lo.
- c) Inicia projetos ou tarefas sem ter lido ou ouvido as instruções adequadamente.

- d) Fracassa em concluir compromissos ou promessas acordados com outras pessoas.
- e) Apresenta dificuldades para realizações na sequência correta.
- f) Tende a dirigir veículos automotores mais velozmente que os outros (velocidade excessiva).
- g) Tende a sonhar acordado ao longo do dia quando deveria concentrar-se em algo mais importante.
- h) Apresenta dificuldades para planejar o futuro ou preparar-se para eventos futuros.
- i) Não consegue persistir em atividades que não considera interessantes.

É importante notar que esses itens estão listados pelo DSM-IV-TR, porém é uma adaptação das dimensões sintomáticas para a realidade adulta.

Realmente na prática clínica podemos observar que adultos com TDAH têm tendência a apresentar problemas no gerenciamento financeiro, na direção de automóveis, no cumprimento de leis, nos cuidados com a própria saúde ou mesmo no funcionamento sexual.

Quando comparados ao grupo-controle, adultos, com o transtorno mostram menor escolaridade, maior índice de abuso e dependência de substâncias psicoativas, maior número de divórcios e maiores taxas de desemprego (Mattos ET AL, 2006). A presença de outros transtornos psiquiátricos em comorbidade ao TDAH é frequente, sendo os de ansiedade e de humor os mais comuns. A comorbidade com transtornos alimentares foi recentemente demonstrada em um estudo de Mattos e colaboradores (2004).

2.10.3 Características do TDAH na vida adulta

Desatenção: deficiências na atenção prolongada para a leitura, trabalho burocrático, palestras, pouca compreensão da leitura, aborrecimento fácil com tarefas ou materiais tediosos; distração rápida quando o contexto exige concentração, capacidade reduzida de ouvir o outro e de seguir instruções ou tarefas; grande dificuldade para trabalhar na supervisão; perda frequente de objetos;

esquecimento de tarefas e compromissos; não quitação de contas no prazo e descuido com exercícios, dieta e controle de peso.

Hiperatividade/impulsividade: sensação subjetiva de impaciência, inquietação, pouca capacidade de iniciar e manter esforços em tarefas desinteressantes, impulsividade nas decisões, dificuldade para permanecer em um espaço ou contexto confinado, planejamento e preparação; procrastinação até a eminência de prazos; mudanças constantes de emprego de maneira impulsiva e demissões; atrasos frequente para o trabalho ou compromissos; dificuldade para pensar de forma clara e para usar julgamento sensato; dificuldade de autodisciplina; baixa capacidade de persistência, dificuldade para fazer amigos; problemas maritais significativos; maior probabilidade de se divorciar; comentários impulsivos, sentimentos súbitos de raiva ou frustração; abuso verbal para com outras pessoas, quando com raiva; descumprimento de compromissos; não consideração das necessidades ou atividades dos outros, temperamento impaciente, maior probabilidade de dependência e abuso de substâncias, maus hábitos na direção, com muitos acidentes de trânsito e multas; comportamento sexualmente mais arriscado e maior probabilidade de ter filhos em idade precoce.

Muitos dos sintomas do TDAH se modificam ao longo do tempo enquanto outros permanecem estáveis. Alguns sintomas relatados na infância podem desaparecer, enquanto o impacto de outros sintomas torna-se ainda mais evidente.

2.11 Abordagens psicoterápicas e psicossociais

As abordagens psicossociais em adultos ainda necessitam de maiores evidências de eficácia. As que são geralmente utilizadas foram desenvolvidas para crianças e adolescentes, e sua utilização em adultos resulta de uma adaptação dos métodos originalmente utilizados e testados em determinada população.

Em crianças e adolescentes, as psicoterapias cujo emprego se fundamenta em estudos clínicos controlados são: terapia cognitiva comportamental individual, terapia cognitivo-comportamental para familiares, terapia de apoio para pacientes e familiares, treinamento comportamental, *biofeedback*, biblioterapia, treinamento em habilidades sociais para pacientes e familiares (Schmidt e Cols 1997; Pistermam 1989; Linden e Cols 1996).

A psicoterapia no TDAH está voltada à compreensão e aceitação do transtorno. Geralmente, pacientes adultos com TDAH sofreram, durante anos, as consequências do transtorno e suas sequelas sem diagnóstico ou tratamento adequado – baixa autoestima, dificuldades conjugais e no trabalho, dificuldades nos relacionamentos interpessoais e na vida acadêmica são as mais comuns.

O tratamento geralmente inicia com medidas psicoeducacionais. O paciente é ajudado a reconhecer os sintomas de sua doença, a interpretar os danos causados pela mesma e a planejar estratégias de convívio com a doença. Nessa etapa, os pacientes frequentemente se sentem reconfortados em ter, pela primeira vez, uma explicação para seus problemas. O paciente pode beneficiar-se tendo acesso a materiais impressos que contenham informações detalhadas sobre a doença (Long e Cols, 1993).

No mercado, existem livros para o público leigo, que oferecem um bom número de informações e a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), uma entidade que visa disseminar conhecimentos acerca do TDAH.

No tratamento individual, o paciente é ajudado a lidar com os sintomas do TDAH aprendendo ainda formas de minimizá-los. As abordagens das eventuais comorbidades, seja por meio de tratamento farmacológico ou psicoterapêutico, é parte indissociável do tratamento.

Entrevistas com familiares ou cônjuges ajudam a compreender melhor o comportamento dos portadores de TDAH. Muitos familiares convivem com os pacientes fazendo, com frequência, um julgamento moral dos sintomas.

É importante, no início do tratamento, ajudar o casal a encontrar estratégias que minimizem os efeitos deletérios do transtorno. Por exemplo, muitos cônjuges de pacientes com TDAH tornam-se progressivamente intolerantes aos sintomas de desatenção, considerando-se desinteresse do portador de TDAH por pequenas coisas do dia-a-dia da vida familiar, tais como conversas longas (que ele evita por achá-las desagradáveis) falta de atenção com a educação dos filhos ou o esquecimento de compromissos (encontros, pagamentos, consultas). Estratégias simples, tais como emprego sistemático de uma agenda em comum, lembretes colados na geladeira, dar poucas informações por vez, não fazer cominações quando houver distratores no ambiente (como TV ligada, som ambiente) são, muitas vezes, recomendações que podem ser úteis. O cônjuge não afetado também sente

muito alívio quando a explicação é melhor do que “ele/ela não me ama” ou “não me dá atenção.”

Terapias, reuniões de grupo ou associações podem ser de grande valia para esses pacientes, pois geralmente, proporcionam uma sensação de alívio e apoio pelos pares (Mattos, 2003). O paciente também deve ser orientado a procurar um espaço silencioso, quando possível e a fazer intervalos com frequência.

Com diagnóstico e tratamento realizados de forma correta os adultos com TDAH podem conviver melhor com o problema, tendo uma melhor qualidade de vida, não só a eles, mas também para os quais convivem com ele.

2.11.1 Tratamento do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade no adulto

As regras que norteiam o tratamento do TDAH em adultos são as mesmas utilizadas na infância e na adolescência. Primeiramente, faz-se necessário uma completa avaliação diagnóstica que inclua aspectos físicos, emocionais e sociais, já que o TDAH apresenta inúmeros problemas associados a diferentes áreas da vida do paciente. Os tratamentos farmacológico e psicoterápico são fundamentais à recuperação e a reestruturação desses indivíduos.

Os primeiros estudos farmacológicos em adultos com TDAH foram realizados por Wood e colaboradores em 1976, e Wender e colaboradores em 1981, utilizando metilfenidato e pemoline, respectivamente. Desde então, vários estudos com diferentes substâncias têm sido realizado. Em geral, todos os medicamentos comprovadamente eficazes no tratamento do TDAH agem direta ou indiretamente nos sintomas dopaminérgico e noradrenérgico (Faraone e Biedermann, 2002). Os psicofármacos mais utilizados são os psicoestimulantes e os antidepressivos triciclínicos. Outros fármacos também vêm sendo testados, dentre eles antidepressivos não triciclínicos, anti-hipertensivos, aminoácidos e agentes colinérgicos (Mattos, 2003).

3 CONCLUSÃO

O TDAH é muito mais freqüente do que se imaginava, e já existem estudos suficientes confirmados que, em grande número de casos, persiste durante toda a vida. Esta pesquisa apresenta de forma sistemática, como os sintomas para o diagnóstico do transtorno podem se manifestar de formas diferentes conforme a faixa etária, desde criança até a fase adulta, em vários ambientes: família, escola, trabalho.

É possível imaginar o grande impacto negativo desses sintomas nas diversas áreas da vida da pessoa. O TDAH não é apenas um problema comportamental. O problema não é somente da criança ou dos pais. As pessoas com TDAH têm dificuldades em tarefas que exigem habilidades para a resolução de problemas e organização, que algumas vezes acabam determinando o comportamento do aprendiz, o que exige da família e escola um trabalho paralelo para um melhor desenvolvimento da pessoa com TDAH.

Sem o auxílio da família e escola, muitas vezes o TDAH pode ser determinante para uma formação profissional aquém do esperado, para prejuízos permanentes na autoestima e para relacionamentos sociais frágeis e com grande número de frustrações.

O TDAH ainda pode vir acompanhado de comorbidades, que dificultam ainda mais a vida da pessoa com TDAH.

O diagnóstico e tratamento adequado possibilitam maior harmonia familiar, melhora nas interações sociais e maior sucesso na vida acadêmica.

Com o avanço do conhecimento surgem novos tratamentos para o TDAH. Além de medicações eficazes e seguras, estratégias psicoterapêuticas têm sido desenvolvidas com comprovada eficácia.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, P. **Déficit de Atenção.** Revista Nova Escola: 2004.
- BARKLEY, R. A. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.** Porto Alegre: Artmed, 2000.
- BARROS, J. M. **Gramático: Jogo Infantil e Hiperatividade.** Rio de Janeiro: Sprint, 2002.
- BORGES, S.M.C. **Há um Fogo Queimando em mim: as representações sociais da criança hiperativa.** UFC. Fortaleza, 1997.
- BOSSA, Nadia A. **A Psicopedagogia no Brasil. Contribuições a partir da prática.** Porto Alegre, Artes Médicas, 2000.
- BREINIS, P. **Hiperatividade: um distúrbio infantil a ser tratado.** Disponível em <http://www.aomestre.com.br>. Acesso em 08 out. 2007.
- BROMBERG, M.C. **TDAH e a Escola.** Disponível em: <http://www.hiperatividade.com.br>. Acesso em 15 nov. 2007.
- Chary A; CASTRO, Alba; NASCIMENTO, Luciana. **TDAH (inclusão na escola).** Rio de Janeiro: 2009.
- FERNÁNDEZ, A. **O saber em jogo. A psicopedagogia proporcionando autorias de pensamento.** Porto Alegre: Artmed, 2001.
- GENTILE, P. **Indisciplinado ou hiperativo?** Revista Nova Escola. Disponível em: <http://www.novaescola.com.br>. Acesso 08 nov. 2007.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1996.
- GOLDSTEIN, S. M. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança.** São Paulo: Papyrus, 1996.
- _____. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança.** São Paulo: Papyrus, 1996.
- _____. **Compreensão, Avaliação e Atuação. In: I Conferência Internacional do Déficit de Atenção e Hiperatividade.** São Paulo: 1999.
- HIPERATIVOS FAMOSOS.** Disponível em <http://www.orientacoesmedicas.com.br>. Acesso em 16 nov. 2007.
- JONES, M. **Hiperatividade: Como Ajudar Seu Filho.** São Paulo: Plexus, 2004
- LEMOS, G; DAMARIS, O: **Diagnóstico dos Problemas da Aprendizagem.** Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, 2008

LEWIS, M.; WOLKMAR, F. **Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

LOPES, M. da G. **Jogos na Educação Infantil: criar, fazer, jogar.** 3.ed. São Paulo: Ed Cortez, 2002.

MARIO Rodrigues Louzã Neto e colaboradores. **TDAH (transtorno de déficit de atenção/hiperatividade) ao longo da vida.** São Paulo: 2010.

OLIVEIRA, Antonio Benedito da Silva, **Métodos e técnicas de pesquisa em contabilidade.** São Paulo: Saraiva, 2003.

PATTO, M. H. **A produção do fracasso escolar: história de submissão e rebeldia.** Queiroz LTDA. São Paulo: 1991.

PETRY, A. **Hiperatividade: Características e Procedimentos Básicos Para Amenizar as Dificuldades.** Disponível em: www.revistadoprofessor.com.br. Acesso em 18 set. de 2008

PUBLICAÇÕES para portadores e familiares de TDAH. Disponível em: <http://www.abda.com.br>. Acesso em 16 nov. de 2007.

ROUCEK, J. **A criança problema.** 2ª ed. Instituto Brasileiro de Difusão Cultural. São Paulo: 1973.

RHODE, A. L. e HELPERN, Ricardo. **Transtorno de Déficit de atenção: Atualização.** Disponível em: www.scielo.br. Acesso em 10 agost. de 2008.

ROHDE, Luis Augusto; Paulo Mattos e cols. **Princípios e praticas em TDAH.** Porto Alegre: 2008.

SAMPAIO, S. **TDAH informações e orientações.** Disponível em: <http://www.geocites.com.br>. Acesso em 17 mar. de 2007.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes Inquietas (TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade).** Rio de Janeiro: 2008.

SUKIENIK, P. B. et al. **O Aluno Problema: Transtornos Emocionais de Crianças e Adolescentes.** Porto Alegre: Mercado Aberto, 2000.

SILVA, R. da. **SOS sala de aula inquieto ou hiperativo.** Revista Nova Escola. Disponível em: <http://www.novaescola.com.br>. Acesso em 21 novembro 2007.

Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Disponível em <http://www.abcdasaude.com.br>. Acesso em 03 mar. de 2007.

VISCA, Jorge. **Clínica Psicopedagógica. Epistemologia Convergente.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

VYGOTSKY, L. S. **Formação Social da Mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores.** 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

WALLON, H. **As origens do caráter da criança.** Difusão européia do livro. ⁴¹ São Paulo, 1971.

WENDER, P. **Disfunção Cerebral Mínima na Criança.** S. Paulo, Editora Monolr, 1980. Tradução: Dr: José Salomão Schwartzman e Dr. Charles Peter Tilbery.

WEISS, Maria Lúcia Zemme. **Psicopedagogia Clínica: Uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar.** 5. ed. Rio de Janeiro: 1999.