



Centro Universitário de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

***TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE***

Andréa Carvalho Tameirão

Brasília – 2002

Centro Universitário de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Licenciatura em Ciências Biológicas

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Andréa Carvalho Tameirão

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Brasília como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciado em Ciências Biológicas.

Orientação: Prof. Cláudio Henrique Cerri e Silva

Brasília – 2002

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, a minha mãe, aos meus amigos Aline Bona, Janaína Sallas e Luíz Henrique David, por me ajudarem na elaboração deste trabalho. Agradeço também ao Professor Cláudio Cerri, pela orientação e paciência no decorrer do mesmo.

Dedico este trabalho a todos os portadores de TDAH, familiares e todos aqueles que de alguma forma convivem com essas pessoas.

RESUMO

A criança hiperativa representa um enorme desafio para pais e professores. Desatenção, agitação em excesso, impulsividade e tendência a frustração afetam a integração de criança em casa, na escola e na comunicação em geral. O relacionamento com os pais, professores, irmãos e amigos é muitas vezes prejudicado pelo estresse provocado pelo comportamento inconstante e imprevisível. Além disso, o desenvolvimento da personalidade e o progresso na escola podem ser afetados negativamente, visto que a criança hiperativa apresenta as mesmas dificuldades de outras crianças em grau muito mais elevado. Este trabalho sugere a pais e professores que analisem o comportamento e as suas causas a fim de evitar que a criança sofra de ansiedade e depressão e para que possam buscar o tratamento adequado.

PALAVRAS CHAVES

Transtornos – desatenção – hiperatividade – impulsividade - neurotransmissores - Ritalina

ÍNDICE

1. Introdução.....	1
2. Histórico.....	2
3. Possíveis Fatores Causais.....	4
3.1 Disfunção Cerebral	4
3.2 Hereditariedade.....	6
3.3 Problemas durante a gravidez ou no parto.....	7
3.4 Problemas psico-afetivos.....	7
4. Diagnóstico	8
5. Outras características e sintomas.....	9
6. Lidando com DDAH.....	10
6.1 No lar.....	10
6.2 Na escola.....	11
7. Hiperatividade em adultos.....	12
8. Tratamento.....	13
8.1 A Ritalina.....	15
9. Curiosidades.....	17
9.1 Famosos portadores do DDAH.....	17
10. Conclusão.....	18
11. Referências Bibliográficas.....	19

1. INTRODUÇÃO

Após a dislexia e outros Transtornos de linguagem, o mais comum que vem a seguir é o Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade (TDAH), o problema mais comum da infância na atualidade.

O TDAH é o nome que se dá a uma condição em que a pessoa, comparada a outra, da mesma idade e sexo, mostra uma redução de habilidades para manter a atenção, controlar suas ações, ou dizer algo sem pensar e ser motivada a ouvir os outros e compreender e acatar o que lhe foi dito (Goldstein & Goldstein, 1994).

O estudo Transtorno de Déficit de Atenção tem interessado muitos pesquisadores na área de medicina, psicologia e educação. As causas, métodos de diagnóstico e processo de tratamento tem se discutido muito. É provável que seja o Transtorno da infância mais bem estudado nos últimos tempos. Um dos motivos para tão grande o interesse é que vem atingindo cerca de 1/3 da população mundial. Para muitas dessas crianças, os efeitos do TDAH são visíveis em grande parte da sua juventude e vida adulta. O efeito desse Transtorno sobre a qualidade de vida é marcante não apenas para a criança, mas também para toda a família. Pode levar a dificuldades emocionais, de relacionamento familiar e social, bem como a um baixo desempenho escolar (Goldstein & Goldstein, 1994).

Os meninos são três vezes mais propensos ao desenvolvimento do Transtorno que as meninas. Alguns estudos revelam que meninos portadores do TDAH superam as meninas na condição de 9:1, possivelmente porque os meninos são geneticamente mais propensos a Transtornos do sistema nervoso (Barkley, 1998).

O comportamento padrão que tipifica o TDAH geralmente surge entre 3 a 5 anos de idade, pode variar. Algumas crianças podem desenvolver a doença no final da infância ou no início da adolescência, pois, os sintomas são atrasados e aparecem sem que as pessoas percebam (Barkley, 1998).

O professor Russel Barkley, da Universidade de Massachusetts, tem defendido uma teoria que busca explicar os sintomas desse Transtorno. Acredita que o TDAH se caracteriza por um déficit básico no comportamento inibitório.

Determinadas áreas do cérebro teriam a função de comandar uma espécie de “freio de inibição”. Devido ao prejuízo no funcionamento deste “freio”, as crianças e adolescentes com o Transtorno apresentariam maior hiperatividade e impulsividade.

O portador do TDAH possui outros sintomas como desorganização, esquecimento, falta de senso de horário, criatividade e inteligência mas, com pouco rendimento, dificuldade para se concentrar, para seguir ordens ou direção, para aguardar sua vez em filas, participar de jogos, para ouvir os outros sem interromper e para se distrair facilmente (Mattos, 2001).

Tudo isso contribuiu para que pessoas nessas condições tenham auto-estima baixa e passem a exigir atenção especial de pais e educadores, pois não conseguem ficar por muito tempo paradas ou em silêncio. A questão é entender como são essas pessoas e como elas se comportam (Mattos, 2001).

A partir do diagnóstico, a solução torna-se possível, não apenas na escola, mas em casa e em outros ambientes, sempre procurando uma acomodação de acordo com suas necessidades. É fundamental que esse trabalho seja integrado, incluindo pais e professores com uma grande dose de compreensão, determinação, perseverança e paciência (Mattos, 2001).

Tem-se pesquisado muito sobre esse assunto, entretanto os estudos são iniciais e pouco conclusivos. Algumas pistas interessantes têm aparecido.

2. HISTÓRICO

As primeiras citações sobre Hiperatividade Infantil remontam ao início do século, com a descrição de comportamentos instáveis por parte das crianças, cujas principais características apontadas foram: dificuldade de atenção, impulsividade, hiperatividade motora e labilidade emocional (Batista, 1995).

Na década de 20, observações de crianças que apresentaram encefalia letárgica revelaram que as manifestações sintomáticas após o episódio da doença eram idênticas às crianças com comportamento instável, levando, desta forma, a uma tentativa de associar as manifestações da hiperatividade com lesões cerebrais.

Como não foram detectados danos em tecido cerebral, surgiu-se o termo Lesão Cerebral Mínima (Matta, 2000).

Em 1947, educadores que trabalham com crianças portadoras de lesão cerebral, perceberam que algumas crianças apresentavam uma conduta “inexplicavelmente difícil”. Tentaram fazer a correlação anatomoclínica desta conduta com as supostas “lesões cerebrais mínimas”, que acreditavam estarem presentes naquelas crianças. A refutação da hipótese de lesão cerebral para justificar este tipo de conduta permitiu que se cunhasse o termo Disfunção Cerebral Mínima (DCM) (Matta, 2000) .

A falta de consenso quanto ao conceito de DCM se dá por haver uma discordância entre o relativo crianças com DCM e a imprecisão dos achados neurológicos nas mesmas. Da mesma forma, o espectro de manifestações da DCM é muito abrangente, apresentando, num extremo, um quadro que se confunde com graves encefalopatias, enquanto no outro, é pouco distinguível da vaga fronteira da normalidade (Matta, 2000).

Em 1980, a Associação Americana de Psiquiatria propôs a substituição dos termos DCM e hiperatividade pelo termo Síndrome do Déficit de Atenção (DAS) e, mais recentemente, em 1994, propôs o termo Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. Entretanto, diversos países europeus continuam a utilizar o termo Disfunção Cerebral Mínima ou Hiperatividade. Uma exceção é a França, que utiliza o termo Síndrome Hiperkinética para se referir ao mesmo quadro clínico (Matta, 2000).

Atualmente ainda é comum nos deparamos com trabalhos que trazem um ou outro termo para se referirem à Hiperatividade Infantil, entre eles, Disfunção Cerebral Mínima, Transtornos Déficit de Atenção, Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, Síndrome Hiperkinética ou Transtorno Hiperkinético, Síndrome da Criança Hiperativa e Instabilidade Psicomotora da Criança (Matta, 2000).

3. POSSÍVEIS FATORES CAUSAIS

3.1 – DISFUNÇÃO CEREBRAL

Estudos indicam a presença de disfunção em uma área do cérebro conhecida como córtex pré-frontal em crianças e adolescentes com TDAH. Essa região é situada na parte da frente do cérebro, logo atrás da testa. É uma das regiões mais desenvolvidas em seres humanos comparando com outras espécies. Parece ser essa região a responsável pela inibição do comportamento, pela atenção, pelo autocontrole (Barkley, 1998).

Essas suspeitas provêm de pesquisas realizadas com pessoas que tiveram algum tipo de tumor, traumatismos e que passaram a apresentar sintomas de hiperatividade, impulsividade e redução da atenção; animais nos quais se produz uma lesão nessa parte frontal do cérebro; e exames modernos de neuro-imagem que sugerem um déficit no funcionamento da região orbital frontal nesses indivíduos com TDAH (Rohde & Benczik, 1999).

O cérebro é um órgão em que as partes estão interligadas. Outras áreas que possuem conexão com a região frontal podem não estar funcionando adequadamente, levando aos sintomas da doença. Algumas substâncias, como neurotransmissores, encontrados nessas áreas, parecem ser os responsáveis pelo TDAH. Neurotransmissores são substâncias químicas que transmitem mensagens entre neurônios, através de sinapses. A figura 3.1.1 ilustra a sinapse.

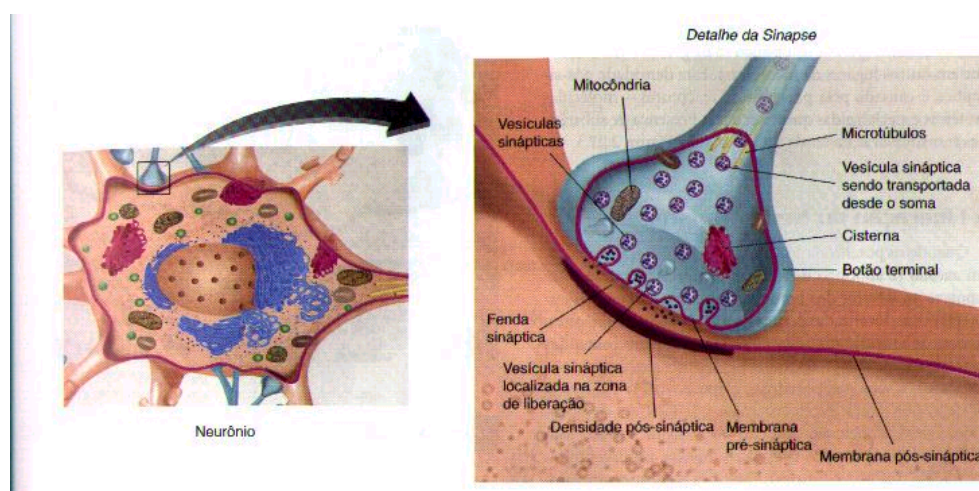


Fig. 3.1.1 – Detalhes de uma sinapse

A membrana pré-sináptica localizada na extremidade do botão terminal, e a membrana pós-sináptica localizada no neurônio que recebe a mensagem (neurônio pós-sináptico), ficam frente a frente. Essas duas membranas estão separadas pela fenda sináptica, um espaço que varia de sinapse para sinapse. Essa contém um líquido extracelular, através do qual o neurotransmissor se difunde (Carlson, 2002).

Os neurotransmissores são liberados pelos botões terminais dos neurônios e detectados pelos receptores na membrana de outra célula localizada a uma distância muito curta. A comunicação em cada sinapse é particular. Os neurotransmissores exercem seus efeitos nas células ao ligarem-se ao sítio de ligação, região particular de uma molécula receptora. Uma molécula da substância química acopla-se ao sítio de ligação, da mesma maneira que uma chave encaixa-se a uma fechadura (Carlson, 2002).

Quando os potenciais de ação são conduzidos ao longo de um axônio (e ao longo de suas ramificações), pequenas vesículas sinápticas que contém moléculas de neurotransmissores, localizadas dentro da membrana pós-sináptica fundem-se à membrana e abrem-se, liberando seus conteúdos na fenda sináptica, como mostra a figura 3.1.2 (Carlson, 2002).

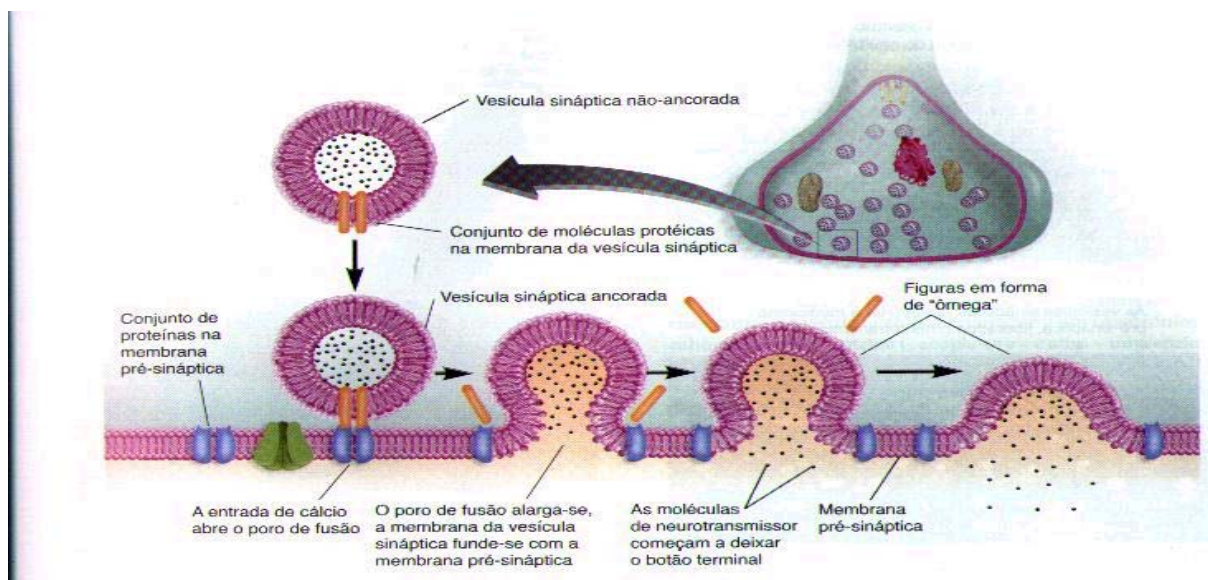


Fig. 3.1.2 – A liberação do neurotransmissor.

As moléculas de neurotransmissores se difundem através da fenda sináptica e acoplam-se ao sítio de ligação de moléculas protéicas especiais localizadas na membrana pós-sináptica, denominadas receptores pós-sinápticos. Assim que a ligação ocorre, os receptores pós-sinápticos abrem canais iônicos dependentes de neurotransmissores, os quais permitem a passagem de íons específicos para dentro ou fora da célula (Carlson, 2002).

Os potenciais pós-sinápticos resultantes de quase todas as substâncias transmissoras são finalizados pela recaptação. Esse processo ocorre simplesmente devido a remoção bastante rápida do neurotransmissor da fenda sináptica pelo botão terminal (Carlson, 2002).

Os neurotransmissores que parecem estar defasados em funcionamento em indivíduos com TDAH são a **DOPAMINA** e a **NORADRENALINA** (Barkley, 1998).

3.2. HEREDITARIEDADE

A participação dos genes foi sugerida a partir de observações que a ocorrência da doença era mais freqüente nas famílias de afetados com TDAH do que nas famílias que não tinha.

Num Transtorno de comportamento, a ocorrência da doença na família, pode ser devido a influências ambientais, como se a criança comportasse de um modo hiperativo por ver seus pais se comportando dessa maneira. Foi preciso comprovar que a recorrência familiar era devido a uma predisposição genética e não somente ao ambiente (Penington, 1997).

Para ter certeza da participação dos genes foram feitos estudos com gêmeos e adotados. Nos estudos com adotados foram comparados pais biológicos e pais adotivos, verificando se há diferença no risco ou na presença da doença entre os dois grupos de pais. Os estudos mostraram que os pais biológicos têm 3 vezes mais TDAH que os pais adotivos. Os estudos com gêmeos comparam gêmeos univitelinos e fraternos, quanto a presença ou não, o tipo e a gravidade do TDAH. Sabendo-se que os gêmeos univitelinos têm 100% e os fraternos 50% de

similaridade genética, foi detectado quanto mais parecido maior influência genética para a doença (Rohde & Benczik, 1999).

Não se espera que exista “o gene do TDAH”, nem se acredita em uma mutação específica responsável por esse fenótipo e fundamental em todos os casos da doença. Em transtornos como o TDAH, o mais provável é que fatores genéticos envolvidos sejam variantes funcionais aparentemente normais de genes conhecidos, e que uma combinação particular de alelos seja necessária para conferir suscetibilidade (Rohde & Benczik, 1999).

3.3. PROBLEMAS DURANTE A GRAVIDEZ OU NO PARTO

Mulheres que tiveram complicações durante a gravidez ou no parto apresentaram uma probabilidade maior de terem crianças com TDAH, desde que tivesse vulnerabilidade genética (Rohde & Benczik, 1999).

Algumas substâncias ingeridas na gravidez podem causar alterações em algumas partes do cérebro do bebê, incluindo aí a região frontal orbital. Mães alcoolistas têm mais chance de terem filhos com problemas de hiperatividade e desatenção (Hallowell & Ratey, 1999).

3.4. PROBLEMAS PSICO-AFETIVOS:

O estilo parental, ou seja, a forma de educar os filhos pode ser um dos fatores causais do Transtorno.

Em uma estudo com famílias de crianças com TDAH que apresentavam problemas interacionais entre pais e filhos, administrou-se de forma alternada o metilfenidato *Ritalina* e, em outros dias, o placebo, substância inativa, para crianças. Os pais e os filhos não sabiam quando estavam tomando a medicação e quando estavam tomando placebo (Rohde & Benczik, 1999).

Avaliando a interação entre as duplas, observou-se claramente o comportamento das mesmas que no período que estavam recebendo a medicação o comportamento era melhor, que nos dias em que recebia placebo. Quando os

sintomas da doença são mais intenso, a dificuldade de relacionamento aumenta prejudicando a forma de educar os filhos (Rohde & Benczik,1999).

Os problemas psico-afetivos geralmente estão relacionados a um dos seguintes aspectos: Aquisição do controle de impulsos, conquista de independência em relação à família, lidar com a sensação de rejeição, desenvolver um grau de socialização, separação dos pais, desavenças familiares que terminem em violência, falta de limites, alto grau de discórdia conjugal, baixa instrução materna e famílias com um nível sócio-econômico mais baixo (Petribú *et al.*2000).

Por estes fatores, é comum esperar que as crianças com TDAH darão maiores problemas em uma família com um funcionamento caótico do que em uma família bem estruturada (Petribú *et al.*, 2000).

O excesso de autoridade dos pais pode interferir no comportamento de crianças que apresentam TDAH. Essa autoridade geralmente aparece em pais que têm dificuldades de aceitar seu filho como ele se apresenta. Dependendo do temperamento dos filhos, estes podem se revelar e desenvolver sentimentos de ódio e agressividade (Mattos, 2001).

Ao contrário, alguns pais agem tentando realizar todos os desejos da criança, por alguns motivos como sentimento de culpa, vontade de proporcionar aos filhos o que não tiveram na infância (Mattos, 2001).

4. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do TDAH é fundamentalmente clínico e baseado em tudo o que já foi falado. As características essenciais do Transtorno são de desatenção, hiperatividade e impulsividade maior do que nos indivíduos ditos “normais”.

Os sintomas que causam prejuízo devem ter estado presentes antes dos sete anos de idade . Essas prejuízos devem ser observados tanto em casa como na escola ou trabalho (Batista, 1995).

A desatenção pode manifestar-se em situações escolares, profissionais ou sociais. Esses indivíduos podem cometer falha na atenção concentrada aos detalhes ou pouca atenção nos erros dos trabalhos escolares; têm dificuldade em

manter a atenção em tarefas ou brincadeiras; não parecem “dar ouvidos” ao que lhe é falado. Frequentemente não conseguem terminar as tarefas escolares; não seguem instruções; têm dificuldades em organizar tarefas e atividades; evitam e não gostam de tarefas que necessitam de esforço mental. Portadores de TDAH também são facilmente distraídos aos estímulos externos; perdem elementos necessários para as atividades e tarefas como brinquedos, lápis e livros; esquecem as atividades diárias (Batista, 1995).

A hiperatividade é caracterizada com manifestação de inquietação. Os portadores da doença não conseguem ficar quietos por muito tempo sentados na cadeira, mexem mãos e pés o tempo todo; têm dificuldades em brincar ou se manterem quietos. Parecem sempre estar “a todo vapor”; falam em excesso; fazem ruídos durante atividades tranquilas (Batista, 1995).

A impulsividade manifesta-se como impaciência, respondem antes mesmo de terminar a pergunta; tem dificuldades em esperar a vez; interrompem ou invade a fala dos outros. Fazem comentários inoportunos; metem-se em assuntos alheios; pegam objetos dos outros e fazem palhaçadas. A impulsividade pode levar a acidentes como derrubar objetos e esbarrar em pessoas (Batista, 1995).

Os sintomas pioram em situações que exigem mais atenção ou esforço mental ou que não tenha nenhuma novidade. Os sinais do Transtorno podem ser mínimos ou estar ausentes quando o indivíduo se encontra sob controle, está envolvido com atividades que lhe interessam. Os sintomas são mais evidentes em situações de grupo. Portanto o clínico deve observar o comportamento do indivíduo em várias situações. Nenhum exame laboratorial foi estabelecido como diagnóstico na avaliação clínica do transtorno (Batista, 1995).

5. OUTRAS CARACTERÍSTICAS E SINTOMAS

Existem sintomas que não estão ligados nos critérios tradicionais para fazer o diagnóstico, no entanto são muito comuns.

A baixa auto-estima é comum por adolescentes e adultos com TDAH terem uma impressão ruim acerca de si próprios além dos adultos terem

freqüentemente depressão. A sonolência diurna mesmo depois de uma boa noite de sono; dificuldade em levantar de manhã; variações freqüentes de humor, tendo dificuldades em lidar com as frustrações; falta de apetite; dores de cabeça ou de barriga, principalmente antes de provas ou testes escolares (Mattos, 2001).

Vale destacar que nos portadores de TDAH estes sintomas aparecem num grau muito maior comparada a outra pessoa da mesma idade e sexo (Goldstein & Goldstein, 1994).

6. LIDANDO COM TDAH

6.1. NO LAR

Os pais se queixam freqüentemente de que o relacionamento com os seus filhos que apresentam TDAH é bastante desgastante. É importante compreender os problemas sociais, escolares e familiares que o portador de TDAH está enfrentando.

Estabelecer prioridades é muito importante e ajudar a lidar com crianças com TDAH. Estabelecer a dificuldade mais importante que o portador enfrenta e dar prioridade para esta (Mattos, 2001).

Pensar antes de agir. O comportamento hiperativo e impulsivo dessas crianças leva muitas vezes os pais a reagir de forma rápida; usar o reforço positivo antes da punição pois as crianças e adolescentes com TDAH respondem melhor ao esforço positivo do que às estratégias punitivas. Evitar críticas constantes, procurando não prejudicar a auto estima desses indivíduos; procurar um ambiente com rotina diária para fazer o dever, para almoçar, jantar. Esses indivíduos tendem a funcionar melhor em ambientes estruturados, constantes e previsíveis; estabelecer uma comunicação clara e eficiente; proporcionar uma atividade física regular especialmente quando os sintomas de hiperatividade forem mais intensos. Escolher jogos e atividades nos quais ela possa aprender e conviver com regras e limites (Mattos, 2001).

6.2. NA ESCOLA

A complexidade e dificuldade do trabalho do professor em sala de aula é muito grande. Tem vários alunos para atender e ensinar e não somente aqueles com dificuldades de aprendizagem. As escolas públicas, especialmente, não dispõem de ambiente adequado para esses jovens; a proposta de ensino às vezes não é adequada, pouco flexível; o professor recebe alunos com “pouco limite”. Isso tudo dificulta a tarefa dos professores e da escola (Mattos, 2001).

Algumas estratégias facilitam o desempenho e o trabalho de educadores. Essas estratégias podem ser aplicadas em sala de aula mesmo que o aluno não seja portador de TDAH, mas no sentido de obter maior qualidade no processo de ensino-aprendizagem (Mattos, 2001).

Sentar a sós com crianças e adolescentes e ter uma boa conversa faz com que elas se expressem melhor, podendo dar sugestões valiosas; ser mais flexível quanto ao ensino e estilo de aprendizado do aluno, isso irá ajudá-lo a ter um maior desempenho escolar.

Encorajar e sempre que possível elogiar, esses indivíduos já convivem com muitos fracassos que precisam de estímulos positivos; na medida do possível, transformar as tarefas em jogos, a motivação para a aprendizagem será maior. Eliminar e reduzir tarefas cronometradas, tomar decisões rápidas reforçam a impulsividade desses alunos (Hallowell & Ratey, 1999).

Outras atividades como dar preferência as estratégias de ensino participativo, introduzir novidades nas aulas; dividir as tarefas grandes em tarefas pequenas; dar conteúdos passo a passo; utilizar vários recursos didáticos; usar figuras com cores, estimular a leitura em voz alta e evitar salas com muitos estímulos que possam distrair, fazem com que aumente a atenção desses indivíduos com TDAH. (Rohde & Benczik, 1999).

Para o comportamento hiperativo e impulsivo, dar um reforço positivo do comportamento esperado é muito importante. Isso faz com que essas crianças diminuam a agitação; permitir que esses alunos saiam da sala por alguns minutos ou em momentos de hiperatividade, pois ajudá-la a reorganizar-se internamente (Hallowell & Ratey, 1999).

Essas dicas podem desencadear não só um melhor desempenho escolar, mas também um melhor relacionamento entre essas crianças, os colegas e professores (Rohde & Benczik, 1999).

7. HIPERATIVIDADE EM ADULTOS

Até algum tempo atrás era comum dizer que o Transtorno e Déficit de Atenção e Hiperatividade desaparecia no final da adolescência. Hoje, sabe-se que o TDAH persiste na vida adulta na maioria dos casos causando muitos problemas.

A razão para que os médicos acreditassem que não existia TDAH em adultos é que os sintomas de atenção a hiperatividade e impulsividade diminuem nessa fase, porém os sintomas não desaparecem, continuam atrapalhando a vida desses indivíduos (Mattos, 2001).

Os sintomas são os mesmos que os descritos para crianças e adolescentes porém em menor número. Para se fazer o diagnóstico é necessário que aqueles comportamentos estejam interferindo de modo desfavorável na vida adulta e que enquanto crianças esses comportamentos já existiam pelo fato da causa ser biológica (Mattos, 2001).

Alguns sintomas para se diagnosticar TDAH em adultos são: o adulto apresenta dificuldades de ativar-se para as tarefas por si só, precisando de um estímulo; dificuldades em prestar atenção em reuniões e palestras, se desviando facilmente do que está fazendo; não consegue completar as tarefas que começou, parecendo estar sempre cansado; tem dificuldades em administrar suas emoções, fica frustrado com facilidade; é muito impaciente, ficando facilmente irritado com explosões repentinas de raiva; tem dificuldades em organizar-se e tem memória ruim, esquecendo com frequência o que foi feito e dito nas últimas 24 horas (Batista, 1995).

Além disso esses adultos tem dificuldade em manter relacionamentos afetivos mais duradouros; dificuldades em qualquer tipo de relação interpessoal, inclusive no trabalho; esquecem de nomes e fatos, interrompem frequentemente a fala das pessoas, chegam atrasados nos eventos, esquecem de compromissos e planos importantes; mantém relação sexual com várias pessoas. Existem vários

casos de depressão que levam adultos a mexerem com drogas. Esses sintomas também estão presentes em outros transtornos e por isso é importante uma avaliação cuidadosa feita por especialistas (Goldstein & Goldstein, 1994).

Algumas dicas podem ser eficazes para ajudar nas relações interpessoais: questione sobre os medicamentos mais apropriados, a dose correta a ser tomada; adequei-se a respeito do TDAH; divirta-se um pouco por ser do jeito que você é; assumo que tem o transtorno para as pessoas mais próximas (que são as que mais sofrem) e explique a elas os sintomas. Não use o TDAH como desculpa para tudo; use artifícios para amenizar os sintomas do TDAH, usando agendas, relógios. Tente não se envolver com várias atividades e projetos ao mesmo tempo. Perceba quando não está em condições de convívio e saia para caminhar sozinho (Mattos, 2001)

Para os companheiros de portadores do TDAH, ter paciência é de fundamental importância, não podendo ser críticas, exigentes e pouco flexíveis no pensar. Estabeleça prioridades na sua vida, coloque o mais importante em primeiro lugar (Mattos, 2001).

8. TRATAMENTO:

O tratamento de portadores de TDAH envolve alguns aspectos: confirmação de diagnóstico e avaliação de outros diagnósticos associados. Isso pode exigir um parecer de um especialista e a realização de testes neurológicos; uso de medicamentos; orientação aos pais incluindo a modificação do ambiente de casa e aconselhamento sobre a forma de se lidar com o transtorno; orientação à escola. Em casos mais graves, onde há um maior comprometimento da vida escolar, o médico, o psicólogo ou o pedagogo da equipe que trata o paciente pode pessoalmente fazer a orientação mais detalhadamente e com alguma supervisão; Psicoterapia e programas especializados e treino em técnicas de reabilitação da atenção (Goldstein & Goldstein, 1994).

Se o diagnóstico de TDAH estiver claro, se existir a desatenção, hiperatividade e impulsividade que causam problemas significativos na escola, no

ambiente familiar no trabalho e no convívio com outras pessoas em geral, o tratamento com medicamentos deve ser feito.

Apesar do progresso na compreensão do TDAH, várias controvérsias ainda persistem em usar ou não medicamentos para diminuir e acabar com os sintomas da doença, porém, os benefícios do medicamento são muito maiores que eventuais riscos para o portador do TDAH. Não existe nenhuma outra abordagem (psicoterapia, modificação do ambiente, orientação a pais e professores) que tenha a mesma eficácia dos medicamentos (Rohde & Benczick, 1999).

Existem algumas opções de medicamentos eficazes para o TDAH. As medicações mais testadas em estudos e mais usadas na prática clínica são os estimulantes. No Brasil há apenas um representante dessa classe de remédios. É o metilfenidato, um estimulante comercializado com o nome de *Ritalina*. Outra classe de medicações bastante utilizada e que demonstrou eficácia para o alívio dos sintomas desse transtorno em vários estudos é a dos antidepressivos tricíclicos. No Brasil há vários representantes dessa classe como a nortriptilina, comercializada com o nome Pamelor e Imipramina, comercializada com o nome Trofanil. Outras medicações como o Clonidina (Atensina) tem sua eficácia ainda pouco testada em estudos (Cabral, 2000).

Os antidepressivos mostram alguma eficácia no tratamento, mas ainda não há dados suficientes para indicar seu uso de modo rotineiro. Os antidepressivos podem ser utilizados mesmo quando não existem sintomas de depressão. Também podem ser usados no tratamento de enxaqueca, tensão pré-menstrual, ejaculação precoce (Cabral, 2000).

A clonidina é um medicamento normalmente utilizado no tratamento da hipertensão arterial. Ele age mais na hiperatividade do que na desatenção. O cuidado deve ser tomado no controle da pressão arterial do paciente. Seu uso vem crescendo muito nos últimos anos, principalmente nos Estados Unidos (Cabral, 2000).

8.1. A RITALINA

A *Ritalina* tem como substância ativa um fraco estimulante do sistema nervoso central. Pode parecer paradoxal que estimulantes possam ajudar crianças, adolescentes e adultos hiperativos e impulsivos, entretanto essas medicações estimulam a função das áreas cerebrais responsáveis pelo comportamento inibitório e por isso tendem a melhorar o “freio inibitório”. A medicação usada no tratamento do TDAH, inibe a recaptção de dopamina na fenda sináptica, estimulando e controlando o equilíbrio e funcionamento desses neurotransmissores que parecem estar deficitários nessas áreas (Rohde & Benczik, 1999).

Pais de crianças e adolescentes são bastante resistentes quanto ao uso desse medicamento. A *Ritalina* contém anfetamina que é uma substância também conhecida como benzedrina, que tem um ação estimulante sobre o SNC. Esses medicamentos são de uma eficácia evidente sobre o nível de atividade, atenção, impulsividade, comportamento social, aprendizado (Mattos, 2001).

Segundo a NOVARTIS fabricante da *Ritalina*, essa pode causar insônia, anorexia, resultando perda de peso ou atraso de crescimento, desconforto abdominal, náusea, azia e nervosismo. O efeito da anfetamina habitualmente diminui após alguns dias do uso da medicação. Podem ocorrer outras reações como dor de cabeça, sonolência, tontura, dificuldade na realização dos movimentos voluntários, alterações nos batimentos cardíacos; febre e reações alérgicas.

Alguns médicos com bastante experiência no tratamento de pessoas com o transtorno sugerem que as crianças e adolescentes que apresentam prejuízos significativos dos sintomas na escola e mínima interferência em casa podem usar a medicação apenas de segunda a sexta-feira. Essa estratégia também tem sido proposta para adolescentes com o transtorno que no fim de semana saem e eventualmente fazem o uso excessivo de álcool (Mattos, 2001).

De acordo com NOVARTIS a dose de *Ritalina* deve ser individualizada de acordo com as necessidades e respostas clínicas dos pacientes. Deve ser iniciada com doses menores e doses diárias acima de 60 mg não são

recomendadas. Em crianças o tratamento deve ser iniciado com 5 mg uma ou duas vezes ao dia (no café da manhã e no almoço), com aumentos semanais de 5 a 10mg. Já em adultos a dose diária é de 20-30 mg; administrada em 2 a 3 doses. Os pacientes com dificuldades para dormir, a última dose deve ser tomada antes das 18 horas, afim de solucionar esse problema, pode-se administrar, no início da noite, uma dose reduzida.

Ainda não há uma resposta para o tempo necessário de uso da medicação. Algumas crianças que apresentam boa resposta, reduzindo pelo menos 50% dos sintomas, podem manter os benefícios mesmo após parar o remédio. A medicação pode, em alguns casos, promover um rearranjo das funções das áreas cerebrais envolvidas no transtorno por meio de modificações nos sistemas de neurotransmissores. A experiência sugere que deve-se tentar retirar o remédio gradativamente após um ano de uso. Então, avalia-se a contínua precisão da medicação (Rohde & Benczik, 1999).

A possibilidade de inibição de crescimento tem sido uma das maiores preocupações em relação a medicamentos estimulantes. No início dos anos 70, diziam-se que crianças tratadas com um a três anos com estimulantes não cresciam o ritmo que se esperava. Mais tarde se relatava que crianças que haviam tomado *Ritalina* durante o ano letivo, mas paravam de tomar durante as férias, cresciam mais depressa que o esperado com a interrupção do medicamento. As pesquisas posteriores que acompanharam crianças por um período mais longo, mostraram que após sete ou oito anos não havia nenhum efeito sobre a altura ou peso previstos, mesmo quando a criança estava tomando diariamente o medicamento (Cabral, 2000).

O medicamento estimulante como o *Ritalina* pode gerar uma mudança surpreendente dos sintomas. De acordo com pesquisas 75% das crianças hiperatividade obtêm uma melhora real em seu comportamento. Embora algumas crianças apresentam efeitos colaterais, o centro da atenção é mais sensível que outros centros na maioria das crianças e a melhora da hiperatividade muitas vezes é obtida com poucos efeitos colaterais, quando existem (Cabral, 2000).

As crianças hiperativas que reagem à *Ritalina* demonstraram notáveis melhoras em seu grau de atenção e uma sensível redução no comportamento

impulsivo/hiperativo. Sua capacidade de se concentrar em tarefas, principalmente em situações incomodas, repetitivas e desinteressante, melhora a ponto de não se distinguirem de outras crianças de mesma idade cronológica e nível de desenvolvimento. Em situações que precisam controlar seus movimentos corporais e ficarem sentadas por longos períodos, seu comportamento também não se distingue das outras. A melhora dessas áreas reduz os problemas em casa, na escola e na vida social (Cabral, 2000).

É importante lembrar que o tratamento com *Ritalina* não é indicado em todos os casos de TDAH e deve ser considerado após levantamento detalhado da história e avaliação da criança. A decisão de prescrever *Ritalina* deve depender da gravidade dos sintomas. Nada indica no momento, que crianças que usaram a medicação apresentam maior risco de abuso ou dependência do metilfenidato ou de drogas na adolescência.

9. CURIOSIDADES

9.1. FAMOSOS PORTADORES DO TDAH

Beethoven , Jim Carrey, Cher, Salvador Dali, Leonardo da Vinci, Walt Disney, Thomas Edison, Albert Einstein , Benjamin Franklin, Galileo (Galilei), Whoopi Goldberg, Dustin Hoffman, Micheal Jordan, John F. Kennedy, Robert F. Kennedy, John Lennon, Frederick Carlton, (Carl) Lewis, Abraham Lincoln, Napoleon Bonaparte, Sir Issac Newton, Nostradamus, Louis Pasteur, Nelson Rockefeller, August Rodin, Anna Eleanor Roosevelt, Will Smith, Tom Smothers, Socrates, Steven Spielberg, Sylvester Stallone, Jackie Stewart, James Stewart.

10. CONCLUSÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma síndrome neurológica com sintomas de falta de concentração, hiperatividade e impulsividade. Uma vez que os sintomas de hiperatividade podem se manifestar em crianças, um exame cuidadoso é essencial.

É importante que os pais e seus filhos hiperativos desenvolvam uma compreensão em nível de senso comum dos problemas hiperativos. Tendo em vista que os múltiplos problemas de comportamento das crianças hiperativas podem facilmente ser mal definidos e mal interpretados, os pais precisam compreender a questão da capacidade *versus* obediência no trato com tais problemas. As informações médicas, pedagógicas, psicológicas e comportamentais devem ser reunidas, organizadas e avaliadas.

As causas do transtorno ainda não são precisas, os estudos são iniciais, portanto, existem mais hipóteses que certezas. Acredita-se que o TDAH caracteriza-se por um déficit básico do comportamento inibitório, e algumas áreas do cérebro, com a função de “freio de inibição” teriam sido prejudicadas.

A medicação mais usada no Brasil é a *Ritalina*, um fraco estimulante do Sistema Nervoso Central, em que pais de pacientes com transtorno tem-se questionado muito quanto ao uso do medicamento. Apesar de ser um derivado anfetamínico, os riscos são muito pequenos.

Crianças e adolescentes toleram muito bem essas medicações quando corretamente usadas. A indicação de uma medicação deve sempre levar em conta riscos *versus* benefícios. Os riscos do uso da medicação têm de ser comparados aos riscos da não utilização da medicação, em termos das consequências do transtorno na vida familiar, social e escolar do indivíduo.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baskley, A.R., 1998. *Attention – Deficit Hyperactivity Disorder*. Scientific American. P 44 – 49.
- Batista, D. (trad.), 1995. *DSM – IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª ed. Editora Artes Médicas. Porto Alegre.
- Cabral, S.B., 2000. *Hiperatividade Déficit de Atenção Adultos*. Versão: 29/Set/2002. URL http://www.mentalhelp.com/hiperatividade_adulto.htm
- Carlson, N.R., 2002. *Fisiologia do Comportamento*. 7ª ed. Editora Manole LTDA. São Paulo.
- Goldstein, S. & Goldstein, M., 2000. *Hiperatividade: Como Desenvolver a Capacidade de Atenção da Criança*. 5ª ed. Editora Papyrus. São Paulo.
- Hallowel, E.M. & Ratey, J.J., 1999. *Tendência à Distração: Identificação e Gerência do Transtorno do Déficit de Atenção (DDA) e a Infância à Vida Adulta*. Editora Rocco LTDA. Rio de Janeiro.
- Matta, A., 2000. *Lidando com o TDAH na Sala de Aula*. Apostila. Brasília.
- Mattos, P., 2001. *No Mundo da Lua: Perguntar e Responder sobre Transtornos do Déficit de atenção com Hiperatividade em Crianças, Adolescentes e Adultos*. Editora Lemos Editorial, São Paulo.
- Novartis Biociências S.A. – Ritalina – Cloridrato de metilfenidato (bula do medicamento).
- Pennington, B.F., 1997. *Diagnóstico de Transtornos de Aprendizagem*. Editora Pioneira. São Paulo.
- Petribú, K.; Valença, A. M. & Oliveira, I.R., 2000. *Associação Brasileira do Déficit de Atenção Transtornos de Déficit de Atenção em Adultos*. Versão: 29/Set/2002. URL <http://www.tdah.org.br>
- Rohd, L. A. P. & Benczik, E. B. P., 1999. *Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade: O que é? Como ajudar?* Editora Artmed. Porto Alegre.