

Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade e impulsividade

Diagnóstico e estratégias de manejo

Rita Thompson*

Milton Genes*

Inúmeras têm sido as preocupações manifestadas por muitos investigadores e por muitos pais e professores sobre as questões do Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade – TDA/H e das dificuldades que o mesmo acarreta, prejudicando, de maneira intensa, o ajustamento da criança nos ambientes familiar, escolar e social. Sua natureza neurobiológica e sua associação com outros distúrbios psiquiátricos o coloca como uma das maiores buscas dos pais por médicos e terapeutas, na tentativa de entenderem o que acontece com seus filhos, causando um impacto enorme na família, considerando-se o custo financeiro para o tratamento, o estresse familiar, bem como os efeitos negativos da baixa auto-estima dessas crianças e adolescentes. Estudos têm demonstrado que crianças com essa síndrome apresentam um risco aumentado de desenvolverem outras doenças psiquiátricas na infância, adolescência e idade adulta, incluindo comportamento anti-social, problemas com o uso de drogas ilícitas e transtornos de humor e ansiedade. A incidência é de 4% da população, mais comum em meninos.

Desde os relatos originais de um “distúrbio hipercinético” por Still, em 1902, e Tredgold (*apud* SANDBERG e BARTON, 1996, p.3), o TDA/H tem despertado atenção crescente como uma causa de morbidade na infância e adolescência, e, na mesma proporção, debates acalorados sobre suas causas, terapias eficazes e até mesmo a validade deste diagnóstico.

Diz-se que uma criança apresenta TDA/H quando tem até 9 anos de idade e não é portadora de nenhum distúrbio do desenvolvimento, limitação sensorial, desordem convulsiva/ausência ou retardo mental. Além disso, deve apresentar desatenção, hiperatividade, impulsividade com pelo menos seis meses de duração. Frequentemente, estão associadas alterações motoras, perceptuais e dificuldade no aprendizado.

.....
*Psicomotricista; Psicopedagoga; Mestre em Educação; Docente da Graduação e Pós-Graduação do IBMR; Docente da UNESA; Docente da Pós-Graduação da FAFIC; Supervisora do Serviço de Atendimento a Crianças com TDAH e TID da Santa Casa de Misericórdia – RJ; Sócia Titular da SBP; Membro da ABENEPI.

ritathompson@globo.com

**Neuropediatra; Mestre em Neurologia pela UFF; Chefe do Setor de Neuropediatria do HMSA-RJ; Membro do Comitê de Neurologia da SOPERJ, Vice-presidente da ABENEPI-RJ.

Características das crianças com TDA/H

- Apresentam problemas de concentração, mostram-se distraídas e têm dificuldade de seguir normas.
- Geralmente não terminam o que começam.
- Respondem antes de pensar.
- Necessitam de mais supervisão que as demais; são inquietas em sala.
- Têm dificuldade de aguardar sua vez em jogos e brincadeiras.
- Apresentam esquecimentos freqüentes; mostram-se desorganizadas, desordenadas.
- Brigam por qualquer coisa, não avaliam o perigo, são inoportunas.
- Apresentam comportamento imprevisível, imaturo, inapropriado.
- Geralmente há dificuldade no aprendizado (inteligência normal).
- Desobediência é freqüente.
- Labilidade emocional, menos valia, discriminação social e familiar.
- Geralmente são crianças carinhosas.

O diagnóstico é clínico, não existindo exames especiais para estabelecer o TDA/H. A etiologia pode ser genética, orgânica e emocional.

De acordo com o DSM-IV (2002:80), o TDA/H caracteriza-se por inúmeras manifestações clínicas, segundo os grupos de sintomas principais de desatenção, impulsividade e hiperatividade, assim como outras características associadas. As informações obtidas através do questionário de sintomas devem ser complementadas com uma história clínica completa, incluindo a idade de início e duração dos sintomas, e uma anamnese cuidadosa, que inclua uma avaliação das conseqüências funcionais do comportamento da criança (Brown *et al.*, 2001).

Devemos colher a história do desenvolvimento dessas crianças, pois são crianças que podem ser agitadas desde intra-útero. Deve-se observar se:

- Mexia muito na barriga
- Mostrava-se um bebê irritado
- Correu antes de andar
- Apresentava acesso de birra
- Tinha pouco sono

A anamnese deve ser completa e compreender pelo menos:

- O histórico escolar anterior
- A vida da criança na escola
- A opinião da criança sobre a escola
- A caracterização do rendimento escolar
- A história psicossocial da criança
- A caracterização de escola e da proposta pedagógica

Devemos afastar diagnóstico diferencial com outras doenças ou condições:

- Ansiedade
- Transtorno Obsessivo Compulsivo
- Retardo Mental - X Frágil
- Depressão
- Hipertireoidismo
- Doença Crônica

- Deficiência Visual
- Deficiência Auditiva
- Epilepsia - Ausência
- Efeito colateral do uso de drogas
- Distúrbios de Linguagem
- Transtorno de Personalidade

Segundo os critérios propostos pela Associação Americana de Psiquiatria, por meio do DSM-IV-TR (2002), deve-se observar os itens a seguir:

Os critérios diagnósticos podem ser estabelecidos se

- Seis ou mais dos seguintes sintomas de desatenção, hiperatividade / impulsividade persistem por no mínimo seis meses em um grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento.
- Alguns dos sintomas de hiperatividade / impulsividade ou desatenção estavam presentes, causando prejuízo, antes dos 7 anos de idade.
- Algum prejuízo decorrente dos sintomas está presente em dois ou mais locais (escola-casa).
- Clara evidência de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
- Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso do Transtorno Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico, e não são melhor explicados por outra doença mental.

Critérios de desatenção

A criança:

- Presta pouca atenção em detalhes e comete erros por falta de atenção.
- Tem dificuldade de ficar concentrada nos deveres e nos jogos.
- Parece estar prestando atenção em outras coisas quando se fala com ele.
- Tem dificuldade em seguir instruções até o fim, ou deixa os deveres sem terminar.
- É desorganizada com deveres e outras atividades do dia-a-dia.
- Evita deveres ou atividades que exijam concentração.
- Perde material da escola ou coisas do dia-a-dia.
- Se distrai com facilidade.
- Esquece de fazer coisas que deveria fazer no dia-a-dia.

Critérios de hiperatividade

A criança:

- Mexe com as mãos e com os pés quando está sentada, ou se mexe muito na cadeira.
- Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações, quando deveria ficar sentada.
- Corre ou trepa nas coisas quando deveria ficar tranqüila.
- Tem dificuldade de ficar em silêncio enquanto brinca.
- Mostra-se “elétrica”, e fica a “mil por hora”.
- Fala demais.

Crítérios de impulsividade

A criança:

- Responde as perguntas antes que os outros terminem de falar.
- Tem dificuldade de esperar sua vez.
- Interrompe os outros.

O TDA/H tem como característica fundamental a incapacidade da criança de inibir reações imediatas ao impulso (BARKLEY, 2002), uma espécie de curto-circuito do ato voluntário, em que predominam as ações psicomotoras sem reflexão, ponderação ou decisão prévias, de tipo instantâneo e explosivo (THOMPSON, 2002). A dificuldade em controlar emoções, em dirigir a atividade psíquica para um determinado fim; o agir impulsivo; a agitação constante; o comportamento por vezes agressivo e a baixa tolerância à frustração são algumas das manifestações que acabam por afetar seu rendimento nas atividades sociais e na escola.

A problemática do TDA/H transcende o espaço familiar, escolar e do consultório médico, para se projetar ao nível de espaços especializados, através da ação de uma equipe interdisciplinar que deverá buscar o alargamento do repertório de competências necessárias da criança. Além da terapêutica medicamentosa, que ajuda a corrigir o desequilíbrio químico dos neurotransmissores, há a necessidade de acompanhamento terapêutico, a fim de ajudar a criança a se entender melhor, organizar-se, ampliando assim suas possibilidades de sucesso. Considerando-se também o estresse e o turbilhão emocional das relações e contendas familiares que se estabelecem por esse comportamento inadaptado, é importante que a família aprenda a assimilar essa criança e a responder às suas necessidades com atitudes bem dosadas. Acreditamos que as atitudes familiares são muitas vezes decisivas para o desenvolvimento dos filhos, pois o relacionamento familiar influencia o processo de individualização da criança. A família é a mestra primária da interação social e da reatividade emocional. Ela ensina mais através de seu meio ambiente e da comunicação não-verbal que pela educação formal. Fica evidente, então, que ambos os pais têm papéis entrelaçados no processo de educar emocionalmente seus filhos.

A criança com TDA/H apresenta distúrbios motores, comportamentais e, por vezes, cognitivos, sendo que os distúrbios motores são um dos principais motivos de queixas de professores e pessoas que lidam com a criança com essa condição. O movimento compreende dois aspectos elementares do comportamento humano: a previsão (fator de antecipação) e a execução (fator de controle); estrutura-se e realiza-se numa conduta intencional. O movimento surge, assim como o resultado, de uma computação de processos cognitivos, de imagens, de simbolizações, que é, simultaneamente, ação e representação. De acordo com Thompson (2002), devido à sua agitação e hiperatividade, a criança com TDA/H apresenta uma sensação de desconforto permanente, um estado de colapso adaptativo, com reverberações físicas e psicológicas. É como se, para se proteger da sensação de angústia que lhe acomete, ela extravasasse seu desconforto por meio de um comportamento inadequado, nem sempre intencional. A falta de domínio corporal acaba por resultar em deficiências percepto-motoras, principalmente em atividades que requeram maior controle corporal.

Em relação aos aspectos cognitivos, a agitação acaba por promover uma atenção escassa, uma distração constante e uma falta de inibição voluntária. Dessa forma, a criança ou o jovem acaba manifestando uma significativa discrepância entre a sua inteligência e os seus resultados escolares.

Se o professor não souber diagnosticar esse comportamento na criança e, conseqüentemente, utilizar uma ação pedagógica que auxilie a neutralizá-lo, poderá, em contrapartida, contribuir para que o comportamento hiperativo se torne cada vez mais evidenciado, impedindo, com isso, o desenvolvimento integral da criança. Infelizmente, as técnicas mais comuns utilizadas são as de coação, de ameaça, e até, em alguns casos, de indiferença total, fazendo com que problemas de ordem sócio-afetiva venham a surgir na relação professor-aluno, interferindo grandemente na formação da auto-imagem e da auto-estima da criança.

A Lei 9.394/96, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Brasileira, reforça, nos artigos 58 e 59, a importância do atendimento educacional a pessoas com necessidades especiais, ministrado, preferencialmente, em escolas regulares. Estabelece, também, que sejam criados serviços de apoio especializado e assegurados currículos, métodos e técnicas, recursos educativos e organizações específicas para atender às peculiaridades dos alunos. Destaca, ainda, a necessidade de capacitar docentes do ensino regular para o atendimento escolar desses educandos em classes regulares.

No Brasil, os atuais critérios de definição da clientela da educação especial encontram-se elencados no documento Política Nacional de Educação Especial, publicado em 1994 pela Secretaria de Educação Especial – SEESP – do Ministério da Educação e Desporto – MEC.

De acordo com esse documento, tal clientela é constituída por três grandes grupos, cada qual reunindo um numeroso grupo de tipos e graus de excepcionalidade.

- No primeiro grupo encontramos os Portadores de Altas Habilidades – indivíduos que apresentam, de forma isolada ou combinada, elevada potencialidade ou desempenho significativamente acima da média em um ou mais dos seguintes aspectos: intelectualidade, aptidão acadêmica específica, criatividade, produtividade, capacidade de liderança, aptidão para as artes e psicomotricidade.
- No segundo grupo, identificados como Portadores de Condutas Típicas, temos indivíduos que apresentam alterações no comportamento social e /ou emocional, acarretando prejuízo no seu relacionamento com as demais pessoas (neste grupo encontramos também os portadores de TDA/H).
- No terceiro grupo estão os Portadores de Deficiências – indivíduos que apresentam algum comprometimento em um ou mais dos seguintes aspectos: físico (aparelho locomotor ou da fala: deficientes físicos), mental (deficientes mentais) ou sensorial (deficientes visuais ou auditivos). A ocorrência no mesmo indivíduo de dois ou mais desses comprometimentos associados caracteriza o grupo dos chamados deficientes múltiplos.

Reavaliação do manejo nos problemas de comportamento da criança TDA/H

É importante que o professor busque algumas sinalizações que normalmente deflagram comportamentos inadequados. Eis algumas delas:

- Qual o nível de atividade que a criança suporta? – É importante perceber o momento em que a criança necessita sair da sala, beber água, ou alguma outra atividade que diminua o estado de tensão acumulado.
- Com que facilidade se distrai? – A criança que passa rapidamente de uma atividade a outra certamente estará perdendo algum conteúdo solicitado pela professora. É melhor que a tarefa seja segmentada em partes menores, a fim de garantir o término da atividade.
- Qual a intensidade nas emoções? – Existem crianças que protestam diante de novas experiências por medo de não conseguirem realizá-las corretamente. É importante que o professor verifique se entendeu a solicitação da tarefa correspondente.
- Quão persistente ou teimosa é quando quer algo? – Não adianta bater de frente com a criança nesse momento; é importante dar um tempo para o “esfriamento” da irritação, de forma que a criança possa se reorganizar e mudar sua estratégia de ação.
- Qual o seu limiar sensorial? – Existem crianças com uma hipersensibilidade inata ao tato, odores, luz ou ruídos. Quando chegam a seu limiar, normalmente se descontrolam e tornam-se mais agitadas. É necessário tentar diminuir esses estímulos.
- Qual o humor básico? – Existem crianças que se mostram mais deprimidas, com pouca autoconfiança e baixa auto-estima.
- Qual o nível de agressividade? – Normalmente, a criança envolve-se em brigas pela incapacidade de controlar seus impulsos. É importante que o professor verifique a série de incidentes que costumam culminar em brigas. Isto o ajudará a encontrar uma solução. Importante é ser prático e imparcial, combinando, anteriormente, normas de boa convivência.

Dicas gerais para o professor

- Tente descobrir, no seu aluno, qual o sistema sensorial mais desenvolvido.
- Use estratégias educacionais mais flexíveis.
- Dê retorno constante do seu desempenho – automonitoração.
- Utilize regras de funcionamento em sala, que devem ser claras e objetivas.
- Utilize estratégias de motivação.
- Use recursos facilitadores.
- Avalie mais pela qualidade do que pela quantidade.
- Utilize estratégias de ensino participativo.
- Não use textos longos / divida tarefas.
- Reduza os testes cronometrados.
- Ensine seu aluno a esquematizar as informações.
- Estimule a leitura em voz alta.
- Procure inseri-lo em turma pequena.
- Convide-o para ser o monitor da turma.

- Verifique se ele entendeu as ordens antes de iniciar a próxima atividade.
- Combine tarefas de grande interesse com tarefas de baixo interesse.
- Faça seu aluno utilizar o comportamento auto-instrutivo durante o trabalho.
- Administre seu nível de estresse e frustração.
- Permita que os alunos falem e não se limitem a ouvir.
- Mantenha as promessas.
- Diga o que você pretende. Seja transparente.
- É essencial prestar atenção às emoções envolvidas no processo de aprendizagem.
- Propicie uma espécie de válvula de escape, como, por exemplo, sair da sala de aula por alguns instantes.
- Sente a criança perto do professor. Olhe-a sempre nos olhos.

O tratamento deverá ser por reabilitação, técnicas de mudança de comportamento e medicamentosa.

Tratamento medicamentoso

Os psicoestimulantes são a primeira linha de tratamento, podendo ser usados também antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e outros medicamentos que mostram grande melhora.

Tratamentos coadjuvantes

- Terapia cognitiva comportamental
- Psicopedagógico
- Fonoaudiológico
- Psicomotor

Referências Bibliográficas

BARKLEY, R. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: guia completo para pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BROWN, R. *et al.* Prevalence and assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in primary care settings. **Pediatrics**, v.107, n. 2, p.43, 2001.

DSM-IV-TRTM – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4.ed.revista. Tradução de Claudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002.

THOMPSON, R. A ação terapêutica da psicomotricidade na criança com TDA/H. In: FERREIRA, C.; THOMPSON, R.; MOUSINHO, R. (Orgs.). **Psicomotricidade clínica**. São Paulo: Lovise, 2002. p.95-107.