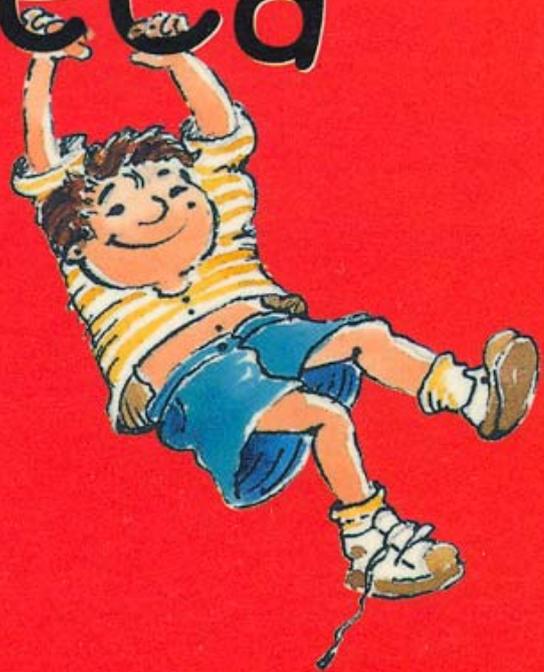


Marco A. Arruda

Levados da Breca



Um guia sobre crianças e adolescentes com o
Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
(TDAH)

Introdução

“Tudo agora se encaixa, é verdade, tenho alguns minutos para pensar, tentar organizar as coisas na minha cabeça. Logo voltaremos para a sala do doutor. Marisa volta já, foi bom ela ter levado o Gabriel para comer, já estamos aqui faz tempo e ele não comeu nada. Depois da separação o Gabriel nunca voltou a comer bem, desleixo da Marisa. Será que o doutor vai passar remédio para o Gabriel?”

Pensar que o seu mau comportamento e as dificuldades na escola são provocados por um problema no cérebro é difícil de aceitar. Gabriel não é retardado, pelo contrário, é muito inteligente.

Como poderíamos desconfiar?

Será que viemos tarde demais? Como será o tratamento? Será que tem cura?

Agora consigo lembrar de coisas que o doutor perguntou na consulta. O Gabriel, ainda na barriga da Marisa não parava de se mexer, muito mais que a Tatiane. Brincávamos que seria jogador de futebol de tanto chute que dava!

Seu primeiro ano de vida foi daqueles, acho que a Marisa só voltou a dormir uma noite inteira depois que o Gabriel fez três anos. Acordava mais de dez vezes numa noite, praticamente não dormia, só chorava, todo mundo dizia que tinha cólicas. O doutor diz que essa já era uma manifestação precoce do problema do Gabriel.

Eu não conseguia ajudar a Marisa, ia para outro quarto, precisava dormir, estava trabalhando duro, tentava me firmar no trabalho. Época difícil aquela, durante a gravidez do Gabriel troquei de emprego três vezes!

Lembro bem do dia em que o pediatra deu um “calmantinho” para o Gabriel dormir, só faltou subir pelas paredes, aí que não dormiu mesmo, o efeito foi contrário. Aliás, isso também aconteceu quando levamos o Gabriel para fazer um “eletro” no neurologista, o tal do “xaropinho” provocou o mesmo efeito, deram duas doses e nada, acabaram cancelando o exame.

Realmente não dá para entender que o Gabriel tenha um problema cerebral. Ele começou a andar muito cedo, não tinha onze meses. Para o pediatra e todos nós era um sinal de vitalidade.

Naquela época nos preocupamos com a sua fala, com três anos não falava nada, não juntava as palavras. A vizinha da minha mãe nos indicou uma fonoaudióloga, sobrinha dela, mas nem foi preciso levá-lo, de uma hora para outra o menino disparou a falar e

não parou até hoje! O Gabriel fala demais e pior, fala alto, repete várias vezes a mesma coisa, principalmente quando quer algo. Dizem que puxou ao pai...

O Gabriel foi crescendo e fomos notando a sua inquietação, o menino não parava quieto um segundo, era elétrico, levado da breca! Subia em tudo que via pela frente, não andava, corria. Foram vários acidentes, quebrou perna e braço, levou pontos, bateu a cabeça. Aliás, não posso esquecer de perguntar isso ao doutor, será que essas batidas na cabeça não são a causa de tudo?

Eu me lembro bem, o Gabriel desde bem pequeno gostava de brincar com vários brinquedos ao mesmo tempo, se estava com um carrinho, alguns segundos depois já passava para a bola, depois para a fechadura da porta para em seguida ir mexer no fogão. Nós dávamos a bronca mas parecia não entender, ou esquecia, minutos depois já estava de novo abrindo o gás.

Ele não parava quieto para comer, Marisa tinha que correr atrás dele com o prato na mão. Nem desenho na televisão prendia a sua atenção. Às vezes deitava com ele para dormir, nem assim o seu corpo parava, mexia o tempo todo. Depois que pegava no sono melhorava mas ainda assim se mexia muito, de manhã ele estava do outro lado da cama e o travesseiro no chão.

Não me esqueço quando ele tinha cinco anos de idade e estávamos numa avenida movimentada de São Paulo. Gabriel viu uma loja de brinquedos do outro lado, largou minha mão e correu. Não consegui segurá-lo, estava mesmo prestando atenção em outra coisa. Só ouvi carros brecando, fechei os olhos e meu coração quase saiu pela boca. Ao abrir os olhos vi o Gabriel já dentro da loja com o brinquedo nas mãos. Minhas pernas amoleceram, senti que ia desmaiar, mas logo fiquei bom, assim que a Marisa e toda aquela gente começaram a gritar e me xingar pela desatenção com o menino.

Uma coisa chamava a atenção, apesar de o Gabriel ser acelerado a maior parte do tempo, para fazer certas tarefas do dia-a-dia demorava uma eternidade. Nós tínhamos que ajudá-lo a terminar o banho, se trocar e escovar os dentes. Era muito dependente. Ele até conseguia começar a tarefa, mas não continuava, no banho lavava o boxe, brincava com o sabonete no chão, era uma luta. Eu não tinha paciência para aquilo...

Veio a escola e a coisa complicou! No pré não parava sentado na carteira, não obedecia à professora, batia nos coleguinhas, não se concentrava em nada, por pouco tempo que fosse. Na hora do dever de casa era a mesma coisa, se mexia o tempo todo, o

material caía, ia ao banheiro, brincava com o cachorrinho e a lição não era acabada.

As professoras diziam que o Gabriel era um menino muito ativo e inteligente, mas a verdade é que aos sete anos de idade, terminando a primeira série, ainda não estava alfabetizado e não conseguia acompanhar a turma.

A coordenadora da escola nos chamou e atribuía o atraso do menino a sua imaturidade e que o melhor seria refazer a primeira série para fortalecer a “base” do seu aprendizado.

Mas as dificuldades continuaram no segundo, terceiro, quarto e todos os seus outros anos escolares até hoje.

Estava sempre na diretoria, perdia ou esquecia os bilhetinhos de advertência no meio dos cadernos que despencavam da sua mochila pelo caminho. Sempre “ficou para recuperação”, precisava de “aulas particulares”, dos reforços, mas no final do ano era sempre a mesma coisa, repetia ou passava com a ajuda dos conselhos. Parecia não ter mais jeito...

Com o tempo passou a ser deixado de lado pelos colegas, era muito “criança”, ninguém convidava o Gabriel para um passeio, um aniversário. Ele começou a procurar meninos mais novos. Acho que foi naquela época que perdeu sua auto-estima, sempre se achava feio, incapaz de fazer as coisas, evitava os desafios e não tinha persistência. Assim foi o curso de inglês, as aulas de tênis, a academia de judô, a natação no clube...

Mas enfim, nós tínhamos que encontrar um motivo para os seus insucessos. Os avós começaram a discutir, a família toda preocupada, Gabriel precisava de uma explicação!

Por fim, todos concordaram, a culpa era nossa, minha e da Marisa. Nesta época já vivíamos mal, brigávamos demais, muitas vezes na frente das crianças. A terapia não funcionou, nem o encontro de casais, após seis meses nos separamos.

- E aí Gabriel, comeu direitinho?

- Marisa, pergunta se já vão chamar.

Pois é, eu me vejo no Gabriel. O pouco que guardo da minha infância são lembranças de um menino estabonado e desastrado. As dificuldades na escola e com os amigos foram as mesmas.

Sempre fui insatisfeito, mudei de emprego como quem troca de roupa, agora desempregado há mais de um ano é que dou algum valor aos lugares que trabalhei.

Aliás, hoje me arrependo de muitas outras coisas.

Sempre fui muito explosivo, isto me fez perder oportunidades e atrapalhou demais minha vida com a Marisa. Dizia coisas para ela

e minutos depois me arrependia, aí já era tarde, ela foi se magoando.

Briguei com amigos, colegas do trabalho, até com pessoas da minha família. Na maioria das vezes sem motivo suficiente. Na verdade não conseguia controlar nada. Até aquelas brigas no trânsito e no futebol. Como errei! O doutor explicou que isto é impulsividade.

Eu também sempre fui muito distraído como o Gabriel.

Outro dia fui ao shopping e na hora de ir embora parei um táxi, quase subi, lembrei então que tinha ido com meu carro, o cara me xingou. Fui para o estacionamento, mas não conseguia encontrar o carro, quase desesperei. Por fim encontrei o carro, mas na cancela tive que voltar, esqueci o presente de aniversário do Gabriel na loja! Voltei, apanhei o presente, peguei o carro e sai, mas tive que voltar de novo, esqueci também de carimbar o maldito tíquete.

Isto de esquecer é comigo mesmo, chaves, contas a pagar e mesmo a receber, esquecia até os aniversários da Marisa, aí meu Deus, dava aquela confusão!

Na verdade também sou inquieto demais, este costume de ficar batendo os pés no chão, os dedos na mesa, às vezes acaba até me incomodando. Na missa a Marisa me dava broncas, o meu corpo não parava e fazia o banco todo balançar, as pessoas olhavam com aquela cara.

Mas não é só meu corpo, minha mente também não pára! Seja numa reunião, numa conversa, no silêncio da noite no meu quarto e até mesmo durante o sexo. Num segundo estou pensando em algo para segundos depois pensar em algo completamente diferente. Aí tento me controlar, digo: Fernando tente continuar pensando apenas nisso. Mas não adianta, em seguida já estou com a cabeça em outro lugar.

Acho que meu pensamento desorganizado é que provoca a minha desorganização geral, a minha desatenção, talvez até o problema de memória.

Será que devo contar tudo isso ao doutor?

Ele disse que o Gabriel tem o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, o TDAH, e que isso pode ser hereditário pelo que entendi.

Estou realmente espantado com a possibilidade de este diagnóstico explicar não apenas os problemas do Gabriel, mas também grande parte dos meus.

Pensar que até hoje sempre vi os meus problemas e os do Gabriel de uma forma completamente diferente, um defeito da

personalidade, uma forma de ser? Ou talvez educação errada, a nossa separação...

Talvez a gente mereça uma nova chance.

- Fernando e Marisa, pais do Gabriel, vamos entrar?

.....

Para vocês pais, educadores e profissionais da Saúde, este livro foi escrito.

Não só para aqueles que têm um filho com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), mas para todos que encaram o desafio de educar e desejam saber mais.

A história clínica, naturalmente fictícia, foi criada a partir de relatos verídicos colecionados ao longo do tempo, atendendo crianças, adolescentes e pais portadores de TDAH.

Estes relatos se tornaram retalhos de uma enorme colcha de queixas, situações e passagens de vida algo estereotipadas, vivenciadas pelo indivíduo com este transtorno mental, bem como por sua família.

Esta colcha de retalhos também ocupa o inconsciente clínico de cada um dos especialistas nesta empolgante área de atuação médica, auxiliando em etapas importantes do diagnóstico e tratamento de pacientes com TDAH.

A empolgação advém do desafio que representa esta condição médica.

Trata-se do transtorno mental mais freqüente da infância e adolescência.

Através de pesquisas realizadas em diversas regiões do globo, inclusive no Brasil, estima-se que 5 a 8% da população infantil seja portadora de TDAH, o que significa dizer algo em torno de três a cinco milhões de brasileiros.

É grande o impacto do problema sobre o portador, sua família e a própria sociedade como um todo.

Ao longo da vida do paciente os desfechos do problema são os mais variados possíveis, atraso no desenvolvimento psíquico, infantilização, perda de oportunidades acadêmicas e profissionais, perdas afetivas, dificuldades na relação familiar e social, baixa auto-estima e outras conseqüências adversas que pontuam a história de vida destes pacientes.

É dramático o autodiagnóstico na vida adulta, como o pai da história apresentada, saber que muitos dos erros cometidos na vida poderiam ser evitados com um diagnóstico e tratamento

adequados. Os desfechos na vida certamente determinam nossa sensação de bem estar, de felicidade.

Não menos dramática é a história dos adolescentes que se embrenham na dependência de drogas por conta de uma propensão biológica e comportamental determinada pelo TDAH centrada na deficiente capacidade de autocontrole.

Mais freqüentemente ainda encontramos uma verdadeira legião de crianças e adolescentes portadores de TDAH que perdem sua motivação pela escola e pelo aprender, depois de tentativas inúteis de melhora do desempenho escolar. Seus pais e mestres atribuem a razões diversas, falta de vocação para o estudo, preguiça ou “burrice”, entre outras, ignorando a determinante neurobiológica.

Portanto, trata-se de um trabalho hercúleo, pesquisar, atender e tratar estes pacientes, orientar suas famílias, acompanhar, divulgar o tema, desenvolver políticas de saúde na área.

Este trabalho vem sendo bravamente desenvolvido pela Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) desde sua fundação em 1999. Esta associação congrega portadores de TDAH, familiares, pesquisadores, médicos e profissionais afins e merece nosso apoio e contribuição (www.tdah.org.br).

Contudo, as novas perspectivas são bastante animadoras.

Os mais modernos métodos de investigação em neurociências e genética trouxeram novos conhecimentos e estão mudando paradigmas e desafiando os pesquisadores. Novas fronteiras estão sendo estabelecidas sobre o pavimento firme das evidências científicas.

O que representa isto para os pacientes?

Representa dias difíceis para instituições leigas politicamente organizadas que divulgam material sem cunho científico através da Internet e outras mídias, negando a existência do TDAH, confundindo o portador e sua família e, em última análise, postergando ou inviabilizando o diagnóstico e tratamento.

Por outro lado, o desenvolvimento de protocolos de tratamento baseados em evidências científicas, representa dias melhores para os pacientes, suas famílias e a sociedade.

Basicamente significa desenvolvermos, através de verdades científicas, novos paradigmas, desfazendo os mitos que infelizmente ainda hoje coroam o tema.

Pensar nas bases biológicas do comportamento humano é algo filosoficamente muito intenso e excitante. Entender o TDAH é uma emocionante viagem introdutória nesta área do conhecimento humano.

“Levados da breca” foi desenvolvido com o intuito de orientar portadores, pais, mestres e profissionais da área de saúde sobre o TDAH, suas causas, os mecanismos envolvidos, o quadro clínico e as linhas gerais do tratamento, entre outros temas. No entanto, tem também como objetivo propor ao educador uma série de condutas que podem auxiliar a criança com TDAH em casa e na escola.

Com a colaboração inestimável da psicopedagoga Flávia Augusta Giacomini Rossini e das psicólogas Sara Rosset e Aline Colettes Gerbasi, aceitei o desafio de organizar o Programa Pais e Mestres em TDAH, tendo como referências a literatura especializada e a experiência clínica acumulada nestes vinte anos de atendimento destas crianças.

Espero sinceramente que tais orientações sejam úteis e que este livro desperte sua mais detida atenção.

O que é TDAH?

Se fosse preciso definir TDAH em uma frase poderíamos dizer que é um transtorno mental crônico, multifatorial, neurobiológico, de alta frequência e grande impacto sobre o portador, sua família e a sociedade e caracterizado por dificuldade de atenção, hiperatividade e impulsividade que se combinam em graus variáveis e têm início na primeira infância, podendo persistir até a vida adulta.

Difícil entender?

Neste e nos próximos capítulos, justificaremos cada uma destas afirmações e você verá que não é tão difícil como se apresenta.

Transtorno Mental

Para entendermos o que é um transtorno mental precisamos antes definir saúde mental.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde mental como um estado de bem estar no qual o indivíduo é capaz de exercer suas aptidões, manejar os eventos estressantes normais da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para sua comunidade.

Um transtorno mental, portanto, pode ser entendido como uma condição médica que altera este estado provocando prejuízo no desempenho global do indivíduo.

Crônico

O TDAH é um transtorno mental crônico, ou seja, se manifesta e evolui ao longo da vida, por anos a fio, ao contrário de outras condições agudas cuja duração limita-se a horas, dias ou poucas semanas.

As manifestações do TDAH sempre têm início na infância podendo persistir na adolescência e na vida adulta. Não iremos suspeitar de TDAH em um jovem de 18 anos que há dois meses encontra-se desatento, inquieto e impulsivo.

Multifatorial

São vários os fatores envolvidos na gênese do TDAH, por isso dizemos que é um transtorno multifatorial.

O fator genético é determinante, mas outros fatores também podem atuar: adversidades físicas durante a gestação (aumento da pressão arterial da gestante, hemorragias, insuficiência da placenta e sofrimento fetal, por exemplo), uso de substâncias pela gestante

(cigarro, álcool e outras drogas), intercorrências ao nascimento (partos traumáticos e prolongados, falta de oxigênio para o cérebro do feto) ou outros eventos agressores do cérebro durante a infância (traumatismos cranianos graves e encefalites, por exemplo).

Neurobiológico

Poderíamos comparar o TDAH a uma peça teatral onde o cenário seria o cérebro e os atores os neurotransmissores.

Neurotransmissores são substâncias químicas responsáveis pela transmissão do impulso nervoso que, em última análise, efetuará as mais variadas e sofisticadas funções do nosso cérebro como ver, ouvir, falar, sentir, se movimentar, prestar atenção e inibir comportamentos, entre tantas outras.

Os principais atores desta peça são a dopamina, a noradrenalina e a serotonina que, no palco cerebral, desempenharão cada qual o seu papel, determinando comportamentos e dificuldades típicas inerentes ao transtorno.

Alta Frequência

Estima-se que em torno de 5 a 8% da população infantil mundial apresente este transtorno.

No Brasil, uma pesquisa realizada por Rohde e colaboradores (1999), identificou o transtorno em 5,8% de 1013 adolescentes avaliados, uma prevalência muito semelhante à encontrada em outras regiões do mundo (1).

Se considerarmos o censo demográfico de 2000, que registrou um total de 66 milhões de brasileiros com idade até 19 anos, podemos estimar a existência de mais de 3 milhões de crianças e adolescentes portadores deste transtorno em nosso país.

Grande Impacto

Vários estudos na literatura avaliam o impacto negativo do TDAH sobre o portador, sua família e a sociedade.

Hoje sabemos que as conseqüências do TDAH podem ir muito mais longe do que imaginávamos no passado. O TDAH pode interferir nos setores mais distintos do indivíduo, desde seu desenvolvimento psíquico até sua memória, da sua vida de relação familiar e social até sua auto-estima, enfim, em todas as suas perspectivas, seja do que representa como pessoa, seja do mundo que o cerca.

Adultos com TDAH quando comparados com adultos sem este transtorno apresentam mais freqüentemente: uso e

dependência de drogas, divórcio, tentativa de suicídio, insatisfação profissional e desajuste social (2).

Os sintomas

Os principais sintomas do TDAH são: dificuldade de atenção, hiperatividade e impulsividade.

Estes sintomas ocorrem em intensidade e combinações variadas, por exemplo, uma criança com TDAH pode ser predominantemente desatenta (e menos hiperativa e impulsiva), enquanto outra apresenta a hiperatividade e impulsividade em maior expressão do que a desatenção.

No passado considerava-se a hiperatividade o sintoma principal do TDAH, com o avanço no conhecimento e diagnóstico deste transtorno, passou-se a dar importância central à dificuldade de atenção, presente em algum grau em todos os casos.

Um outro aspecto que nos ajuda a diferenciar o TDAH de outras condições é a incapacidade de modulação dos sintomas. Dada a natureza neurobiológica (orgânica) do transtorno, a criança não consegue controlar (modular) os sintomas e eles ocorrem em qualquer contexto.

Para ser TDAH os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade se manifestarão em qualquer lugar (casa, escola, clube, etc.) e em qualquer companhia (pais, avós, colegas, professores, etc.).

É pouco provável que uma criança com comportamento angelical em sua casa e que se transforma em um verdadeiro “capetinha” na escola apresente TDAH. Da mesma forma aquela outra criança que estando com os avós é muito bem comportada, mas com os pais fica irreconhecivelmente agitada e desatenta.

Nestes casos outros fatores estariam atuando desencadeando o comportamento anômalo e modulado.

Déficit de Atenção

O déficit ou dificuldade de atenção, ou apenas desatenção, é o sintoma central do TDAH.

No Aurélio encontramos que atenção é sinônimo de concentração, aplicação cuidadosa da mente a alguma coisa.

A atenção pode ser mais especificamente definida como o esforço de focalização do pensamento em um estímulo específico.

Já nos primeiros meses de vida podemos grosseiramente avaliar a atenção do bebê através do seu olhar, suas atitudes e o tempo que se detém, por exemplo, a fixar o rosto materno.

No pré-escolar pode ser estimada através do tempo que um brinquedo consiga entreter a criança ou sua capacidade para ouvir histórias com atenção.

Com a idade e a vinda de atividades de maior demanda, como estudar e trabalhar, a dificuldade de atenção fica mais evidente e mais fácil de ser percebida por todos e pelo próprio paciente.

Quando presente em maior grau provoca dificuldade importante no aprendizado e memória, retenções e abandono escolar, com conseqüências muitas vezes irremediáveis para outros setores como auto-estima, relacionamento social, etc.

Os pais de crianças e adolescentes com TDAH apresentam queixas que direta ou indiretamente fazem referência à dificuldade de atenção, dizem: meu filho “parece não ouvir”, “sonha acordado”, “vive no mundo da Lua”, “não termina tarefas ou demora uma eternidade”, “muda de uma atividade incompleta para outra”, “perde seus pertences”, “esquece recados”, “não fixa conhecimentos”, “se distrai com muita facilidade”, “tem dificuldade em seguir instruções”, entre outras.

Nos capítulos seguintes veremos que uma região específica do cérebro, o córtex pré-frontal, é o cenário onde transcorre o ato da atenção que tem na dopamina a sua personagem principal.

Hiperatividade

Dos sintomas do TDAH a hiperatividade é o mais facilmente identificado.

Pode manifestar-se tão precocemente quanto dentro do útero materno. As mães freqüentemente relatam a movimentação intra-uterina excessiva da criança com TDAH em comparação com outros filhos sem este transtorno.

Tal hiperatividade pode já ser observada nos primeiros meses de vida. Além da movimentação excessiva estes bebês apresentam um quadro de hiperexcitabilidade caracterizado por choro inconsolável, sono difícil, fotofobia (aversão à luz forte), reação exagerada a sons (o bebê se assusta com muita facilidade), intolerância ao jejum e reflexos neurológicos exaltados.

Freqüentemente estas crianças apresentam um desenvolvimento motor adiantado começando a andar antes de um ano de idade.

Embora muitas vezes atrasem no desenvolvimento da fala, como dizem alguns pais: “depois que começam, disparam a falar e não param nunca mais”.

A fala excessiva, em alto volume, quase sem pausas e com pouca ou nenhuma modulação, observada nestas crianças, com

freqüência chega mesmo a incomodar os pais, professores e outras crianças.

Logo que começam a andar, rapidamente aprendem a correr e escalar tudo que vêm pela frente. Muitos pais referem que “a criança corre, não anda”.

Outras formas que os pais fazem referência à hiperatividade são: meu filho “é levado da breca”, “não pára quieto um segundo”, “é elétrico, parece ligado nos 220”, “escala demais”, “não consegue parar nem para tomar as refeições”, “se consegue ficar na TV se mexe o tempo todo, se vira e desvira de cabeça para baixo...”.

Nestas frases podemos reconhecer um outro elemento dentro do quadro de hiperatividade, a inquietação corporal ou como dizem os mais velhos: “ter no corpo o bicho carpinteiro”...

Em qualquer fase da vida o portador de TDAH apresenta uma movimentação corporal excessiva e desnecessária constituída por movimentos de vários segmentos corporais sem uma função específica, um objetivo funcional. Assim batem incessantemente o lápis na carteira até enlouquecer o professor, movimentam quadril e espáduas, chutam a carteira da frente e o caderno cai no chão, roubando a sua atenção e a dos colegas, interrompendo algo mais importante que estava em andamento.

Impulsividade

Curiosamente, embora compreendam o significado da palavra impulsividade, muitas vezes os pais não reconhecem a sua ocorrência no filho com TDAH.

Queixam-se de que a criança “responde antes que terminem a pergunta”, “age ou fala por impulso e só depois pensa o que fez”, “é atirado”, “agressivo”, “impaciente”, “irritado” e “explosivo”.

Todas estas queixas referem-se diretamente à impulsividade, presente com muita freqüência na criança, no adolescente e no adulto com TDAH.

A maior freqüência de divórcio em adultos com TDAH, as dificuldades de relacionamento social, a maior ocorrência de acidentes de trânsito por desrespeito à sinalização e excesso de velocidade em jovens com este transtorno, todas estas manifestações, na sua totalidade ou em parte, derivam da impulsividade.

Mais adiante veremos que o córtex pré-frontal, cenário da disfunção cerebral do TDAH, além da regulação da atenção também é responsável pela inibição do comportamento.

Vamos parar e pensar?

Se o TDAH é um transtorno neurobiológico, uma disfunção química cerebral, então não se trata de um “defeito” de personalidade ou de caráter, nem é consequência de má educação?

Exatamente, muito menos uma forma de ser da criança ou do adulto portador.

Sendo assim também é correto inferirmos que alterações funcionais em determinadas áreas cerebrais podem provocar anormalidades comportamentais?

Mais uma vez correto, nos capítulos seguintes veremos outras evidências que ilustram a base neurobiológica do comportamento humano.

TDAH

uma peça em vários atos

O TDAH é um transtorno mental de origem neurobiológica, ou seja, não é decorrente de características da personalidade, defeito de caráter, fatores ambientais ou educacionais. Nenhuma criança desenvolve o TDAH por ter sido mal educada ou por desajustes nas relações familiares.

O grande avanço das neurociências e genética na última década, denominada década do cérebro, permitiu que conhecêssemos melhor a causa e os mecanismos envolvidos no TDAH.

Uma forma bem didática de entendermos como tudo isso ocorre é compararmos o TDAH a uma peça teatral que transcorre em vários atos.

Nesta peça os genes representam o roteiro, o cérebro é o cenário, os neurotransmissores os atores e as funções executivas seus papéis.

O roteiro

Hoje sabemos que o TDAH é hereditário e transmitido de uma geração a outra por vários genes. Isto é o que denominamos herança poligênica.

Antes da “era do genoma”, estudos clássicos já mostravam o caráter hereditário do TDAH (3, 4):

1) Os pais de crianças com TDAH apresentam um risco duas a oito vezes maior de também apresentar TDAH, em comparação a pais de crianças sem este transtorno (chamadas de controles).

2) Pais biológicos de crianças com TDAH apresentam um risco três vezes maior de também apresentar este transtorno do que pais adotivos.

3) Familiares em segundo grau de crianças com TDAH também apresentam um risco maior de apresentar TDAH do que familiares de crianças controles (sem TDAH).

4) Irmãos e meio-irmãos de crianças com TDAH apresentam maior risco de TDAH do que irmãos e meio-irmãos de crianças controles (sem TDAH).

Outros estudos realizados com gêmeos comprovaram a alta herdabilidade do TDAH, ou seja, a ocorrência de TDAH em gêmeos univitelínicos (idênticos, uma só placenta) é significativamente maior

do que em gêmeos bivitelínicos (não idênticos, placentas diferentes) (3, 4).

Isto significa dizer que quanto maior a semelhança do material genético herdado, maior a chance de ser portador de TDAH.

A herdabilidade do TDAH é alta, foi estimada em 0,7. Para se ter uma idéia, a herdabilidade que define a estatura de uma pessoa, considerada de forte influência genética, é perto de 1, a da esquizofrenia de 0,7 e do transtorno do pânico de 0,4.

Com o advento de tecnologias que permitiram um melhor reconhecimento dos genes e suas mais específicas funções no organismo, foi possível a identificação dos primeiros genes candidatos para o TDAH, são eles: DAT1, DRD4 e DRD5.

Esses genes determinarão, em última análise, o funcionamento da dopamina, um dos neurotransmissores envolvidos no TDAH.

Vimos no capítulo anterior que neurotransmissores são substâncias químicas responsáveis pela comunicação entre as células nervosas permitindo a passagem do estímulo elétrico que efetuará as mais variadas funções cerebrais e que os principais neurotransmissores desajustados no TDAH são a dopamina, a noradrenalina e a serotonina.

O DAT1 é o gene responsável pelo transporte da dopamina, importante neurotransmissor na região frontal do nosso cérebro, sede da nossa capacidade de atenção, de inibição do comportamento e outras funções que veremos adiante. Se, portanto, este gene estiver defeituoso em determinado indivíduo ele poderá, conseqüentemente, apresentar dificuldades de atenção, hiperatividade, impulsividade e outros déficit em funções cerebrais relacionadas à dopamina.

Um outro gene alterado no TDAH é o DRD4. Suspeita-se que seja responsável pela característica comportamental “busca de novidades”. Isto também é muito interessante, características comportamentais específicas sendo determinadas por genes.

Outros genes que determinam funções de outros neurotransmissores como a serotonina e a noradrenalina também estão sendo exaustivamente estudados no TDAH.

Um importante desdobramento dessas descobertas genéticas diz respeito a fatos que vemos ocorrer na prática clínica diária.

Um pai portador de TDAH tem um filho com o mesmo transtorno, mas em grau mais intenso, e uma filha que não apresenta TDAH, mas se mostra um pouco desatenta e inquieta.

Significa dizer que o filho com TDAH herdou muitos genes e eles se expressaram plenamente, ao contrário da menina que

herdou poucos destes genes anormais e os mesmos pouco se manifestaram.

Portanto, quanto maior o número de genes anormais herdados e maior a sua expressão, maiores serão as disfunções dos neurotransmissores e, conseqüentemente, mais importantes as manifestações clínicas do TDAH.

Mas se ambos os filhos herdaram genes alterados por que só o menino tem o diagnóstico de TDAH?

Porque o diagnóstico do TDAH é dimensional, ou seja, não basta ter os genes, é preciso que os sintomas sejam importantes e tragam repercussões negativas para a vida do indivíduo.

Portanto, os genes determinam o desempenho dos neurotransmissores que, por sua vez, permitirão que as mais variadas regiões cerebrais efetuem suas funções, sejam elas motoras, sensoriais, comportamentais, etc.

Os genes, portanto, representam o roteiro que será responsável por todo o andamento da nossa peça teatral.

Mudanças de roteiro

Como afirmamos no capítulo anterior, o TDAH é multifatorial, ou seja, além do fator genético, de importância fundamental, outros fatores também atuam na sua origem, expressão e evolução.

Vários estudos comprovam que adversidades na gestação aumentam o risco de TDAH: má saúde materna, ameaça de abortamento, eclâmpsia (aumento da pressão arterial, convulsão e outros sintomas), pós-maturidade (fetos que nascem após a data estimada do parto), partos de longa ou muito curta duração, sofrimento fetal, hemorragia pré-parto, baixo peso ao nascimento e outras (3, 4).

Tais fatores de alguma forma interferem no desenvolvimento e funcionamento das regiões cerebrais responsáveis pela atenção e controle inibitório do comportamento que veremos a seguir.

As ações agressoras de determinadas drogas sobre o cérebro do feto em desenvolvimento também já foram bem identificadas.

O uso de substâncias como o tabaco, o álcool e outras drogas pela gestante, aumenta muito o risco de TDAH na criança gerada (3, 4).

Animais expostos à nicotina e álcool durante a gestação apresentam anormalidades no desenvolvimento do lobo frontal e de uma outra região denominada núcleo caudado (3).

Outras formas de agressão ao cérebro podem ocorrer durante ou imediatamente após o nascimento do bebê: anóxia neonatal (pouca oferta de oxigênio e nutrientes ao cérebro no momento do parto), hemorragia cerebral (ocorre principalmente nos prematuros), hipoglicemia (baixa concentração de glicose no sangue com insuficiente oferta de glicose ao cérebro do recém-nascido), entre outras.

Nestas circunstâncias podem ocorrer lesões no cérebro que se manifestarão na acordo com a região afetada. Lesões em áreas motoras provocarão paralisias, em área da fala afasias (incapacidade de expressão pela fala), no córtex pré-frontal, déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade, e assim por diante.

Sabemos que o cérebro não nasce pronto, no decorrer dos primeiros anos de vida ele se desenvolve, amadurece biologicamente. A expressão “os fios vão se encapando” é bastante adequada e exprime um processo denominado mielinização.

A mielinização nada mais é que o embainhamento da célula nervosa (neurônio) por uma capa de proteína denominada mielina.

Este processo facilita a condução do impulso nervoso, um fenômeno eminentemente elétrico, ao longo da população de cerca de 100 bilhões de neurônios do nosso cérebro.

Portanto, a mielinização favorece o aperfeiçoamento das funções cerebrais, um processo que visualizamos em toda criança nesta idade de expressivo desenvolvimento.

É por conta deste processo que podemos compreender melhor como um recém-nascido, que não consegue nem ao menos sustentar a cabeça, ao final do primeiro ano de vida já é capaz de ficar em pé, para nos meses seguintes começar a andar e correr.

Eventos que agridem o cérebro da criança nesta fase de mielinização também podem provocar o TDAH: meningites, encefalites, traumatismos cranianos graves (aqueles em que a criança fica inconsciente), intoxicações e outros.

Estudos mostram que a exposição a substâncias químicas pode alterar o desempenho intelectual e atencional de uma criança.

Crianças expostas ao chumbo, em graus tóxicos, apresentam menor desempenho em testes de atenção, memória e aprendizado e menor pontuação na avaliação do quociente de inteligência (QI) (5, 6).

Mais alarmante ainda é saber que das três mil substâncias químicas produzidas atualmente no globo em alta quantidade, apenas doze são bem conhecidas, no que se refere a possíveis efeitos nocivos sobre o desenvolvimento do sistema nervoso (5).

Na verdade sabemos muito pouco sobre o impacto da contaminação ambiental no desenvolvimento do sistema nervoso da criança, um fato realmente preocupante para a perpetuação da humanidade.

Podemos dizer que os fatores aqui referidos interferem em todo o andamento da nossa peça, mudam os atores, os cenários, a música, enfim, mudam tudo. Tais adversidades transformam o roteiro, a princípio conhecido, em teatro experimental.

Os cenários

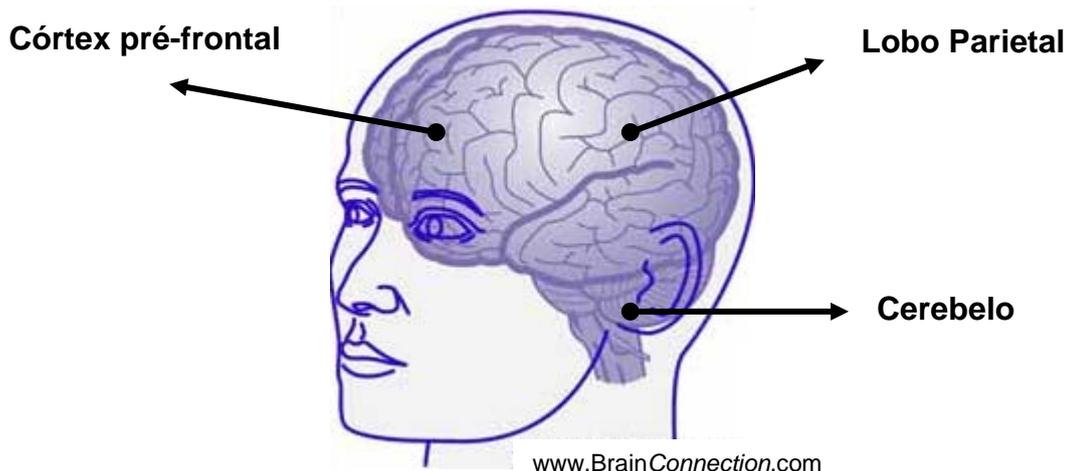
Vimos até aqui que alterações gênicas vão determinar anormalidades nos neurotransmissores que provocarão um mau funcionamento de áreas cerebrais específicas responsáveis pelos sintomas do TDAH. Pois bem, precisamos agora conhecer melhor estas áreas e suas funções.

Como a peça teatral se desenvolve em vários atos, teremos, conseqüentemente, vários cenários. Analisaremos aqui os cenários do sistema atencional anterior e posterior.

Cenário anterior

O cenário anterior é o principal, compreende o córtex pré-frontal, localizado imediatamente atrás das nossas órbitas (veja a ilustração), e vias nervosas que partem daí para regiões internas do cérebro (subcorticais).

O córtex ou cortiça cerebral é um tapete de células altamente especializadas que recobre todo o cérebro e onde se encontram sediadas as mais nobres funções deste órgão, que diferenciam o homem de outros animais.



Representação esquemática dos cenários do TDAH.

Experimentos com animais e estudos de pacientes com lesões cerebrais permitiram no passado uma primeira prospecção das funções desta importante área.

A observação detalhada da mudança comportamental apresentada por pacientes vítimas de lesões estritamente localizadas no córtex pré-frontal, alertou os pesquisadores sobre a grande importância desta região no comportamento e em outras numerosas funções da mente humana (7, 8, 9).

Mais recentemente, a descoberta de novos métodos de investigação tem permitido visualizarmos o cérebro em funcionamento, viabilizando uma correlação mais objetiva entre estrutura e função deste órgão.

Entre estes métodos modernos de investigação encontram-se a ressonância magnética funcional e as tomografias por emissão de pósitrons (PET) e fótons únicos (SPECT).

Entre as principais funções do córtex pré-frontal estão a modulação da atenção e a inibição do comportamento, portanto, o mau funcionamento desta região cerebral conseqüentemente provocará os sintomas centrais do TDAH, déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade.

Outras funções desta região cerebral também podem estar comprometidas na criança ou no adulto com TDAH: percepção (de tempo, de detalhes), planejamento de futuro, flexibilidade cognitiva e capacidade de organização.

Tais funções são importantes para a realização de tarefas cotidianas e para a vida de relação, mas são absolutamente imprescindíveis para o aprendizado escolar formal. Assim explica-se o fato da criança com TDAH freqüentemente apresentar

insucesso acadêmico, a despeito de ter inteligência normal ou até mesmo superior, como veremos adiante.

Cenário posterior

Até pouco tempo acreditávamos que apenas a região anterior do cérebro estava envolvida no TDAH.

Descobertas recentes apontam também para o envolvimento de áreas posteriores dos lobos parietais, tronco cerebral e mesmo o cerebelo, tido até então como uma região exclusivamente relacionada ao equilíbrio e coordenação (veja ilustração).

Estas regiões posteriores também apresentam importância fundamental na capacidade de atenção e de inibição comportamental (10).

Os atores

Os principais atores desta peça teatral são a dopamina, a serotonina e a noradrenalina (3, 4).

Estes neurotransmissores (os atores), sob a influência de genes anormais (o roteiro), provocam modificações no córtex pré-frontal e em outras regiões cerebrais (os cenários) que resultam em deficiência de funções cerebrais (os papéis), manifestadas por desatenção, hiperatividade e impulsividade, principais sintomas do TDAH.

É interessante lembrar que estes atores assumem papéis distintos nos diferentes cenários cerebrais.

A deficiência de dopamina no córtex pré-frontal provoca os sintomas do TDAH, já nos gânglios da base, uma outra região do cérebro, se manifestará por tremor e rigidez, sinais característicos da Doença de Parkinson.

O mesmo pode-se dizer da serotonina, que além do TDAH tem um papel fundamental na enxaqueca e na depressão.

Os psicoestimulantes, que veremos no capítulo de tratamento, promoverão uma maior oferta de dopamina com conseqüente redução e controle dos sintomas.

Gene

DAT1, DRD4, DRD5 e outros ainda não identificados

Neurotransmissores

dopamina, noradrenalina e serotonina

Cérebro

córtex pré-frontal, lobos parietais e cerebelo

Manifestações clínicas

Desatenção, Hiperatividade e Impulsividade

Resumo dos mecanismos envolvidos no TDAH.

O papel dos atores

Nesta peça os atores têm papéis bem definidos nos cenários aqui apresentados, chamamos estes papéis de funções executivas.

As funções executivas cerebrais são responsáveis pelas seguintes habilidades:

1) Capacidade de atenção seletiva. Esta habilidade permite, por exemplo, que uma criança consiga prestar atenção ao professor e não se distrair com o coleguinha que fala, com o barulho no corredor ou com os passarinhos na janela.

2) Capacidade de atenção alternada. Permite à criança executar duas ou mais atividades simultâneas como ler em voz alta e interpretar o texto, anotar no caderno o que o professor explica na lousa, estudar para a prova e ao mesmo tempo teclar com os amigos no MSN.

3) Capacidade de manutenção da atenção. Uma habilidade fundamental para uma criança se manter atenta a um filme por duas horas seguidas.

4) Memória de trabalho ou de curto prazo. Responsável por manter uma informação ativa na mente por um curto período de tempo, enquanto manipulamos outras informações. Por exemplo, a capacidade de guardamos um número de telefone até encontrarmos papel e caneta para anotá-lo. Poderíamos compará-la à memória RAM do computador.

5) Reconstituição. Capacidade de recombinaar informações adquiridas no passado em novos arranjos que auxiliem na resolução de problemas.

6) Controle emocional. Habilidade de tolerar frustrações, pensar antes de falar ou agir, se motivar para fazer algo entediante, etc.

7) Internalização da linguagem. É a capacidade de conversarmos interiormente com nós mesmos, no sentido de controlarmos nosso comportamento e planejarmos ações futuras.

8) Resolução de problemas complexos. Compreende as seguintes etapas: perceber o problema, elaborar as estratégias, organizar e executar ações para sua resolução, corrigir os erros e avaliar os resultados.

Como podem perceber, estas funções são de importância fundamental, tanto para o aprendizado quanto para o comportamento humano.

No TDAH muitas destas funções, ou mesmo todas, podem estar deficientes (3, 4).

Essas funções permitem, por exemplo, que uma criança, ao se deparar com um obstáculo, perceba o mesmo, elabore estratégias e execute ações para superá-lo. Durante e após o processo de execução, ela é capaz de avaliar o resultado da sua ação tendo em vista as estratégias previamente estabelecidas, reconhecer os erros e corrigi-los oportunamente. Os erros cometidos ficarão armazenados na sua memória para que sejam evitados em experiências futuras (aprender com os erros).

Isto é o que chamamos de capacidade de resolver problemas, uma habilidade mental intimamente relacionada ao conceito atual de inteligência.

Imagine agora, as conseqüências do mau funcionamento das funções executivas para o processo de aprendizado de uma criança ou adolescente com TDAH.

Desatenção

Utilizamos aqui sem distinção os vários termos utilizados para exprimir este sintoma: desatenção, dificuldade de concentração, déficit ou dificuldade de atenção. Nos dicionários não se encontra uma distinção objetiva entre eles.

Atenção é a aplicação cuidadosa da mente a alguma coisa ou, em outras palavras, o esforço de focalização do pensamento em um estímulo específico.

Considerado elemento principal para o diagnóstico, a desatenção pode ser menos evidente para os pais. A hiperatividade e a impulsividade são mais facilmente percebidas, muitas vezes já num primeiro olhar.

A desatenção é muitas vezes sutil, se manifesta, por exemplo, na criança pequena que não consegue brincar, poucos minutos que seja, com um brinquedo só; no escolar que perde seus pertences com muita freqüência; ou ainda no adolescente que se queixa dos “brancos” nas provas.

Quando os pais identificam a desatenção se queixam de forma variada: “Doutor, o menino parece não ouvir”, “sonha acordado”, “vive no mundo da Lua”, “não termina tarefas ou demora uma eternidade”, “muda de uma atividade incompleta para outra”, “perde suas coisas”, “esquece recados”, “não fixa conhecimentos”, “se distrai com muita facilidade”, “tem dificuldade para seguir instruções”, etc.

Mas muitas vezes só os professores é que percebem a dificuldade de atenção da criança através da observação do seu comportamento em sala de aula.

Por essa razão, os pais que suspeitam que a criança tenha TDAH devem obter mais informações com os mestres, antes de procurar o especialista. O especialista, por sua vez, deve reportar-se também aos mestres antes de firmar o diagnóstico.

A importância dos professores é destacada, por exemplo, na escala de Conners (11). Trata-se de um questionário testado cientificamente e utilizado no mundo todo para avaliar e acompanhar o tratamento da criança com TDAH. Nele temos as versões para pais e professores.

A dificuldade de atenção em sala de aula pode se manifestar por facilidade de distração: uma borracha que cai, um barulho na janela, a micagem de um coleguinha ou um passarinho na janela.

As pesquisas mostram que a desatenção na criança com TDAH pode também se manifestar de outras formas, além da facilidade de distração: dificuldade de perceber detalhes, erros por descuido, dificuldade para acompanhar instruções longas e resgatar a atenção (3, 4).

Esta última situação refere-se à dificuldade da criança retomar a atenção no estímulo inicial após ter sido distraída por outro.

O portador de TDAH pode ter dificuldades em selecionar um foco de atenção (por exemplo, prestar atenção no professor entre tantos outros estímulos na sala de aula), em alternar mais de um foco (por exemplo, professor – caderno – professor), ou ainda manter a atenção em apenas um foco por tempo prolongado.

Vários fatores modulam a capacidade de atenção, um dos principais é a motivação.

Muitas crianças com TDAH, embora não consigam manter a atenção nas tarefas escolares, se mostram bastante atentas para jogar videogames, por exemplo.

Aí então a pergunta inevitável: “Doutor, você diz que meu filho tem déficit de atenção, pois bem, por que então ele consegue ficar horas jogando videogame”?

Certamente por conta da atração visual, do caráter lúdico e competitivo do jogo, além das recompensas imediatas que a criança recebe como pontuação, bônus, prêmios, etc; convenhamos, a motivação aqui é bem maior.

No entanto, ao contrário do que muitos pais pensam, as crianças com TDAH apresentam um desempenho nestes jogos, inferior às crianças sem este transtorno, conforme mostra o estudo de um grupo de pesquisadores de Toronto (12).

Esta interessante pesquisa também concluiu que todas as crianças, com ou sem TDAH, se comportavam de maneira menos ativa e mais atenta jogando videogame do que assistindo televisão ou fazendo uma tarefa enfadonha de laboratório. Afinal, o sucesso dos games não é à toa!

Além da motivação, outro fator importante na avaliação da atenção da criança com TDAH é a sua variação ao longo do tempo.

Muitos pais e mestres se admiram com o fato de crianças com TDAH, num dia mostrarem atenção e aptidão suficientes para concluir uma determinada tarefa, para em outro dia fracassarem na mesma atividade, ainda que sob supervisão.

Esta flutuação da capacidade de atenção, já deficitária, faz com que muitos pais e professores equivocadamente atribuam as falhas da criança com TDAH à preguiça ou malandragem.

A atenção ao longo da vida

A capacidade de atenção obviamente evolui, aperfeiçoa à medida que a criança se desenvolve, atinge sua plenitude na vida adulta para decrescer na senilidade, pelo processo natural de envelhecimento cerebral ou em consequência de doenças que acometem o sistema nervoso.

Este processo de aperfeiçoamento da atenção sofre a influência de numerosos fatores internos (hereditariedade, aspectos neurobiológicos, nutricionais, etc.) e externos (demandas, estimulação, ambiente, etc.).

Embora não existam em nosso meio escalas de avaliação cronológica da atenção na criança, é possível estimarmos esta função através da observação comportamental.

No bebê

A dificuldade de atenção pode ser observada desde bem cedo.

Uma das formas de avaliarmos grosseiramente a atenção do bebê é observarmos aspectos relacionados à sua visão, audição e comportamento.

Já nos primeiros meses de vida o bebê, deitado de costas, é capaz de fixar e seguir objetos e a face do observador. No final do primeiro ano realiza este rastreo em qualquer posição corporal e por um ângulo de até 180 graus.

Um bebê que não fixe nem faça o rastreo visual deve ser avaliado pelo pediatra à procura de problemas oculares ou neurológicos. Mas se estes problemas são afastados, pode ser uma manifestação precoce da dificuldade do bebê em selecionar, fixar e manter a atenção.

Um estímulo sonoro pode fazer o bebê de poucos meses de vida interromper o choro, diminuir seus movimentos ou virar a cabeça lateralmente em busca da fonte que gerou o som. No final do primeiro ano o bebê é capaz de localizar a fonte sonora em qualquer direção que esteja (lateralmente, acima e abaixo das suas orelhas).

Da mesma forma, diante de um bebê que não reage, não fixa, nem rastreia uma fonte sonora é preciso afastar a possibilidade de deficiência auditiva ou problemas neurológicos, mas se afastados pode ser manifestação precoce de desatenção.

No pré-escolar

Nesta fase do desenvolvimento os aspectos mais importantes para avaliação da atenção estão nas áreas pessoal-social, adaptativa e de linguagem.

A avaliação aqui está dirigida não apenas à habilidade da criança executar tais tarefas, mas a atenção e o tempo que é capaz de dedicar a elas.

Muitas destas tarefas consistem em atos seqüenciais que exigirão atenção, capacidade de organização, inibição de comportamentos e outras funções executivas que são deficitárias na criança com TDAH.

A partir de um ano de idade a criança já se envolve por um tempo na troca de bola com o observador, brinca de imitar e é capaz de atos seqüenciais necessários, por exemplo, para retirar suas roupas.

A partir dos dois anos de idade a criança lava e enxuga as mãos razoavelmente e aos quatro será capaz de vestir-se e escovar os dentes sem ajuda. A partir dos cinco anos detém-se num jogo de cartas.

Uma das queixas mais freqüentes dos pais de crianças com TDAH é a excessiva demora para realizarem atos seqüenciais como se alimentar, tomar banho e se trocar.

Vejamos o seguinte depoimento:

“Depois de pedir mil vezes, por fim ele vai para o banho. Mas tenho que colocá-lo dentro do boxe, do contrário fica brincando no espelho. Depois que entra no chuveiro é outra luta, o mínimo descuido e ele já interrompeu o banho e está ensaboando o chão, brincando com o xampu. Se não fico em cima, demora uma eternidade”.

A partir dos quatro anos de idade a criança já tem atenção e inibição comportamental suficiente para assistir a um filme ou desenho na televisão ou para brincar com um só brinquedo por tempo prolongado (30-60 minutos).

Em relação à linguagem, a partir dos dois anos a criança é capaz de deter sua atenção para ouvir e entender histórias, aos três anos conta breves relatos e aos quatro já é capaz de contar histórias.

Naturalmente outros circuitos cerebrais estarão envolvidos nestes marcos do desenvolvimento da linguagem, mas a atenção será peça fundamental para sua aquisição.

No escolar e no Adolescente

A demanda escolar progressiva irá, com facilidade, tornar transparente a capacidade de atenção da criança e do adolescente.

Uma criança com um quadro leve de TDAH, que nunca tenha despertado qualquer preocupação nos pais, pode começar a apresentar dificuldades importantes assim que inicie sua vida escolar.

A desatenção poderá se manifestar de várias formas na escola.

A criança pode ter dificuldade de terminar a tarefa proposta em sala de aula ou só conseguir quando há supervisão. Não copia a matéria da lousa a tempo, o professor apaga antes que termine.

Pode haver dificuldade em perceber detalhes importantes. Por exemplo, numa seqüência de contas de somar, somar e subtrair, ela soma todos os números sem perceber que o último deveria ser subtraído.

A criança ou o adolescente com TDAH não se atém a explicações longas, acaba tendo dificuldades na interpretação de textos e em enunciados de problemas.

Geralmente este aluno distrai-se com muita facilidade.

Cada um de nós tem seu limiar de distração, ou seja, a intensidade de estímulo necessária para desviar a atenção de um determinado foco. Uma forma prática de avaliarmos este limiar é testarmos nossa capacidade de, por exemplo, prestar atenção a um noticiário numa sala onde várias pessoas conversam em voz alta.

No portador de TDAH este limiar é baixo, um fraco estímulo é capaz de provocar distração. Algumas vezes o adolescente ou o adulto com TDAH, consciente da sua facilidade de distração, prefere estudar sozinho ou no silêncio da madrugada.

Observa-se também, dificuldade de recobrar a atenção após a distração. Isto faz, muitas vezes, com que a criança desista de continuar uma tarefa depois que se distrai, se acha incapaz e não persevera.

Há dificuldade de selecionar e alternar focos de atenção. Assim, o aluno com TDAH terá dificuldades de alternar sua atenção entre a explicação do professor, a lousa e as anotações no caderno.

Em casa as manifestações da dificuldade de atenção são mais variadas ainda.

A criança ou o jovem com TDAH apresenta dificuldades para terminar o que inicia e evita atividades que exigem atenção detida e prolongada. Geralmente eles atribuem esta deficiência à impaciência.

É bastante difícil para estas crianças assistir a um filme até o fim. Para assistir a televisão precisam a todo o momento trocar de canal.

Nos diálogos em casa fica patente a dificuldade de atenção, que muitos pais interpretam como desinteresse pela relação familiar.

O discurso destes jovens também é prejudicado pela desatenção, muitas vezes iniciam um assunto e sem perceber passam para outro e em seguida outro, de forma enfadonha, sem consistência e sem conclusões.

Esta aparente desorganização da atenção e do pensamento, aliada à impulsividade, acaba provocando nesta criança ou adolescente, respostas impróprias, retardadas ou desnecessariamente prolixas.

A desatenção, aliada ao déficit de outras funções executivas, pode provocar uma grande dificuldade de organização que muitas vezes será rotulada como desleixo, displicência ou acomodação.

Diante desta situação é mais fácil para os pais culparem a educação que deram ao filho “desleixado”, do que perceber que o irmão mais novo, que não tem TDAH e recebeu a mesma educação, é razoavelmente organizado.

Hiperatividade

A hiperatividade, ou atividade excessiva, é a manifestação mais evidente da criança com TDAH.

Muitas vezes tem início bem precoce. Muitas mães de crianças com TDAH referem que seus filhos já se mexiam exageradamente dentro do útero em comparação aos filhos sem TDAH.

Nos primeiros meses de vida as crianças com TDAH podem exibir o que chamamos de síndrome de hiperexcitabilidade. Nesta condição o bebê se mostra excessivamente excitado e caracteriza-se por:

1) Choro exagerado, inconsolável e sem motivo aparente. A mãe, já se achando inábil, não descobre a causa do incômodo do bebê, as fraldas estão secas, está alimentado e não aparenta frio ou calor excessivo. O pediatra é acionado e nada encontra de anormal, por fim acaba atribuindo o desassossego a cólicas. Começam então os chazinhos, as massagens e as benzeduras, mas nada consola o bebê chorão.

2) Sensibilidade exagerada à luz. Com o menor estímulo luminoso o bebê fecha os olhos, se irrita e até chora.

3) Sensibilidade exagerada a sons. O bebê se assusta com muita facilidade, uma porta que bate, a campainha que toca ou as palmas do irmãozinho. Depois do susto volta a chorar.

4) Intolerância ao jejum. Mesmo após curto período de jejum o bebê chora demasiadamente e só se consola, mesmo que por pouco tempo, depois que é alimentado. Os palpiteiros de plantão acabam culpando o leite da mãe, acham a quantidade insuficiente ou atribuem à falta de “sustância”. Muitas vezes assim, equivocadamente, é interrompido o aleitamento materno. “A criança com TDAH sofre!”

5) Ao examinar estes bebês, o pediatra ou neurologista geralmente encontra uma resposta exacerbada dos reflexos miotáticos, aqueles obtidos com o martelinho, bem como de outros reflexos do sistema nervoso.

6) Sono difícil. O bebê demora a iniciar o sono, apresenta numerosos despertares e não segue um padrão de horários. A mãe, já à beira de um ataque de nervos, apela ao pediatra que, também quase nervoso, acaba prescrevendo um calmantinho. “Pra quê, doutor! O bebê só faltou subir as paredes!”

Esta é outra observação bastante freqüente na história do portador de TDAH, medicamentos que normalmente provocam sono ou sedação, neles causam efeito contrário deixando-os mais excitados e ativos.

Assim é que muitas crianças com TDAH quando submetidas à sedação, seja para um eletrencefalograma ou pequena cirurgia, acabam ficando incontroláveis após receberem a medicação. Efeito semelhante é observado com os antialérgicos.

Isto ocorre pela inibição de mecanismos inibitórios comportamentais já deficientes no cérebro do indivíduo com TDAH.

No decorrer do primeiro ano de vida a criança com TDAH exhibe um desenvolvimento motor adiantado, normalmente começa a andar antes de um ano e, nem bem começa, logo dispara a correr e escalar tudo que vê pela frente.

Apesar disso, várias pesquisas mostram que estas crianças apresentam nesta época pequenas alterações de coordenação e equilíbrio tornando-as “desajeitadas” ou “desastradas” (13, 14, 15, 16).

Nos anos seguintes a hiperatividade se intensifica, a criança literalmente não pára, os pais se queixam de forma variada: “Doutor, este menino é levado da breca”, “não pára quieto um segundo”, “parece ligado nos 220”, “escala demais”, “fala demais”, “não consegue parar nem para tomar as refeições”, “se consegue ficar na TV se mexe o tempo todo, se vira e desvira de cabeça para baixo...”

Nesta fase podemos notar o que denomino por movimentação parasita. São movimentos corporais incessantes, sem função definida e que vão persistir até a vida adulta em grau variável. Assim a criança movimenta o quadril e as espáduas, quase cai da carteira, bate o lápis ou os dedos na mesa, o caderno cai, até finalmente tirar a atenção dos colegas ou esgotar a paciência dos professores.

Na verdade supomos que esta manifestação seja decorrente do funcionamento deficitário de circuitos do sistema nervoso envolvidos na inibição da movimentação involuntária.

A movimentação corporal excessiva, quando se alia à desatenção, vai prejudicar mais ainda o desempenho escolar. Se combinada à impulsividade vai expor a criança a situações de risco com os inevitáveis acidentes, suturas e hospitalizações.

Da mesma forma que a atenção, não temos escalas apropriadas para definir de forma objetiva e cronológica os limites da atividade normal de uma criança.

A partir de que ponto determinada criança é hiper ou normoativa?

Certamente os critérios serão diferentes para cada faixa etária em questão.

No entanto, alguns aspectos clínicos nos auxiliarão nesta definição.

Precisamos sempre considerar os fatores que podem modular o grau de atividade de uma criança.

Um dos principais é o contexto em que a criança está inserida. Para uma criança brincando na praia ou em um parque de diversão teremos um parâmetro, diferente daquele esperado para a sala de aula ou uma sessão de cinema.

Outro aspecto contextual refere-se à presença de outras crianças. Espera-se que uma criança brincando sozinha em sua casa tenha um grau de atividade menor do que na companhia de outras no mesmo contexto.

A excitação e motivação que determinada situação proporciona à criança também modulará sua atividade comportamental.

Para avaliarmos o grau de atividade de uma criança, se é hiperativa ou não, é preciso ter em mente as seguintes perguntas:

- Quais as conseqüências para a criança do grau de atividade que apresenta (impacto do sintoma)?

- Apresenta o mesmo grau de atividade em diferentes contextos?

- Há quanto tempo vem apresentando este grau de atividade?

No final da primeira década a hiperatividade pode diminuir e até mesmo desaparecer, dando lugar a certa inquietação.

Quando a hiperatividade persiste, acaba dando ao adolescente um aspecto comportamental infantilizado podendo mesmo causar-lhe transtornos no relacionamento social.

Como já referido aqui, especialmente na menina, este quadro de hiperatividade e inquietação pode ser menos evidente ou até estar ausente.

Impulsividade

Impulsivo é aquele que age irrefletidamente obedecendo ao impulso do momento (Aurélio).

A impulsividade é outro sintoma central no diagnóstico do TDAH.

Desde bem cedo a criança com TDAH pode apresentar este sintoma e a queixa ser de agressividade, já manifestada nos primeiros anos de vida nas disputas com outras crianças.

As crianças com TDAH se frustram facilmente e podem responder puxando os cabelos, dando tapas, mordendo ou arranhando outras crianças.

Na creche ou na escola este comportamento poderá desencadear reações dos outros pais, dos professores e até segregação por parte das outras crianças.

As queixas da escola freqüentemente referem-se ao comportamento impulsivo, sabemos que cerca de 40% das crianças com TDAH são expulsas de suas escolas (3, 4).

Os pais e mestres se surpreendem com o fato de a criança com TDAH, imediatamente após agredir outra, recua, se arrepende, demonstra carinho, para logo em seguida agredir novamente.

“Meu filho primeiro faz, só depois pensa no que fez”.

Esta é uma frase comum nos consultórios. A impulsividade faz com que a criança não calcule as conseqüências dos seus atos, não elabore uma estratégia para chegar a um objetivo, simplesmente reage sem ponderar.

“Responde antes que a pergunta seja completada”.

Esta é outra reação de impulsividade freqüentemente observada pelos pais e mestres no dia-a-dia destas crianças, precipitando respostas inadequadas, erros nas provas e situações difíceis com os colegas.

Impulsividade e acidentes domésticos

“Parece não ter noção do perigo”, “é explosivo”, “é atirado”...

A impulsividade no TDAH pode ter conseqüências perigosas e trágicas para a criança e o jovem portador.

Nas crianças com TDAH há um risco três vezes maior de acidentes domésticos sérios, duas vezes maior de traumas, suturas e hospitalizações e 20% delas são responsáveis por incêndios em suas comunidades (17, 18).

Com a idade, a impulsividade tende a persistir e a dimensão das conseqüências pode ser maior.

Impulsividade e sexo inseguro

Um estudo americano mostra um risco bastante aumentado de gravidez antes dos 18 anos de idade e doenças sexualmente transmissíveis em jovens com TDAH, respectivamente de 40% e 16% (19)!

Podemos supor que a impulsividade exagerada do jovem com TDAH faz com que ele se “esqueça” do preservativo.

Um transtorno tão freqüente quanto o TDAH, que expõe o jovem portador a comportamentos sexuais de risco, deveria na era da AIDS merecer atenção especial e políticas de saúde direcionadas.

Impulsividade ao volante

Outros estudos mostram que as repercussões da impulsividade podem chegar ao volante dos carros.

Um dos mais renomados pesquisadores em TDAH, o americano Russel A. Barkley, acompanhou dois grupos de jovens, um com TDAH e outro sem o transtorno, a partir da época em que requisitavam a carteira de habilitação provisória aos 16 anos de idade (20).

Após dois anos de acompanhamento, por ocasião da confirmação da habilitação aos 18 anos, este pesquisador concluiu que o grupo de jovens com TDAH apresentou um risco quatro vezes maior de causar acidentes, sete vezes maior de acidentes múltiplos e com vítimas e quatro vezes maior a incidência de multas (por excesso de velocidade e por não respeitar sinais de trânsito).

Este estudo também alertou para o maior risco de uso de substâncias (drogas). Comparando os dois grupos o uso de tabaco foi informado por 50% dos jovens com TDAH contra 27% dos jovens sem o transtorno, uso de álcool 40% contra 28% e de maconha 17% contra 5%.

Portanto, entre todos os sintomas do TDAH a impulsividade talvez seja o que causa maior impacto sobre a vida do portador.

Da suspeita ao diagnóstico

Nas páginas anteriores vimos como os sintomas do TDAH se manifestam e se combinam nas várias etapas da vida, veremos aqui alguns instrumentos úteis que ajudam a tornar mais consistente a suspeita do transtorno.

Uma vez justificada a suspeita, a consulta ao médico deve ser preparada e agendada.

No final do capítulo analisaremos alguns aspectos do diagnóstico do TDAH.

É importante lembrar que o TDAH é um transtorno mental de origem neurobiológica e que o diagnóstico é um ato de competência e responsabilidade médica. Portanto, só este profissional poderá confirmar o diagnóstico e desenvolver estratégias para o tratamento.

A suspeita

Existem numerosas escalas e questionários elaborados para orientar pais e mestres na suspeita diagnóstica do TDAH. Os pais, auxiliados pelos mestres, respondem perguntas referentes ao comportamento da criança nos vários contextos do seu dia-a-dia.

A partir de um determinado número de respostas positivas, que indicam a ocorrência dos sintomas do TDAH, se estabelece um grau de probabilidade para o diagnóstico.

Muitos destes questionários apresentam alta confiabilidade, pois são aplicados e testados por métodos científicos.

Analisaremos aqui a tradução do SNAP-IV, validada pelos pesquisadores do GEDA (Grupo de Estudos do Déficit de Atenção da Universidade Federal do Rio de Janeiro) e do PRODAH (Programa de Déficit de Atenção/Hiperatividade do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital das Clínicas de Porto Alegre/UFRGS). Esta tradução pode ser encontrada no site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (www.tdah.org.br).

Para cada item deve-se escolher o grau que melhor descreve a criança e assinalar o boxe correspondente com um X. Por exemplo, no primeiro item: “não consegue prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas”. Apenas uma das seguintes opções deverá ser escolhida: não ocorre nem um pouco, ocorre só um pouco, ocorre bastante ou ocorre demais.

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não pára ou freqüentemente está a “mil por hora”.				
15. Fala em excesso.				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos).				

Observe que enquanto os itens de 1 a 9 apontam para características de desatenção, os de 10 a 18 referem-se à hiperatividade e impulsividade.

Se foram assinalados ao menos seis boxes vermelhos e/ou seis azuis, há suspeita de TDAH.

Havendo a suspeita, poderemos ter três situações diferentes:

1) Foram assinalados seis ou mais boxes vermelhos e seis ou mais boxes azuis. Neste caso a suspeita é de TDAH combinado, ocorrem tanto sintomas de desatenção quanto de hiperatividade/impulsividade.

2) Foram assinalados seis ou mais boxes vermelhos e menos de seis boxes azuis. A suspeita é de TDAH predominantemente desatento, também denominado apenas como TDA, condição em que os sintomas de hiperatividade/impulsividade não ocorrem ou são discretos.

3) Foram assinalados seis ou mais boxes azuis e menos de seis boxes vermelhos. A suspeita é de TDAH predominantemente hiperativo/impulsivo, condição em que a desatenção é menos evidente.

Para o diagnóstico final o profissional necessitará de outras informações que serão analisadas adiante neste capítulo.

Sendo consistente a suspeita, o passo agora é preparar-se para a consulta.

Preparando-se para a consulta

O primeiro passo talvez seja o mais difícil, preparar seu filho para a consulta!

Muitas vezes a criança ou o adolescente não sabe o que foi fazer no consultório médico. Não é raro recusarem dar informações, brigarem com os pais ou até mesmo saírem da sala sem dar qualquer satisfação.

É de extrema importância que estejam conscientes do motivo e da necessidade da procura ao profissional. Durante a consulta suas “fraquezas” serão reveladas, expostas e, para isso, é imprescindível a sua autorização e colaboração.

Nesta fase da vida, o portador de TDAH normalmente não tem consciência das suas dificuldades ou alega os mais variados motivos.

Pais sensíveis e dispostos para o diálogo conseguirão vencer esta difícil etapa tendo como aliados a paciência e o tempo.

A seguir estão enumeradas algumas dicas para os pais, que auxiliarão o profissional a obter as informações necessárias para o diagnóstico:

1) Verifique se os comportamentos assinalados no questionário também são observados em outros contextos além da casa e da escola. Eles ocorrem estando a criança ou o adolescente com os amigos, sem os pais por perto? Ocorrem na casa dos avós, na viagem com os tios ou na companhia dos amigos? Ocorrem mesmo estando sozinho sem a companhia dos outros?

2) Procure lembrar-se com que idade a criança começou a apresentar cada um destes sintomas.

3) Avalie que tipo de conseqüências estes sintomas provocaram na vida da criança ou do adolescente até aqui. Chamamos isso de impacto. Para isso analise os vários contextos: vida familiar, social, escolar, etc.

4) Consiga com a escola um relatório sobre o comportamento e desempenho da criança ou do adolescente, suas qualidades e deficiências, sua capacidade de atenção, sociabilidade, etc.

5) Recorde a história pregressa do seu filho, recorra a possíveis anotações. Quais foram as condições da sua gestação e parto? Como transcorreu o seu primeiro ano de vida, o desenvolvimento físico e mental? Com que idade deu os primeiros passos, falou as primeiras palavras, tirou as fraldas, se vestiu sozinho, reconheceu cores... Como vimos antes, estes marcos do desenvolvimento serão importantes para o profissional e no momento da consulta pode ser difícil recordar.

6) Lembre-se das doenças pregressas, especialmente se motivaram internação hospitalar ou acometeram o sistema nervoso da criança (meningite, traumatismo craniano grave, convulsão). Reúna exames da época para que o profissional possa melhor avaliar a possível correlação com o quadro comportamental atual.

7) Anote os problemas de saúde e o eventual uso contínuo de medicamentos. Recorde-se de possíveis reações alérgicas ocorridas no passado.

Agora é hora de escolher o profissional.

Atualmente muitos pediatras encontram-se capacitados e interessados no diagnóstico e tratamento do TDAH. Converse com ele, se acompanhou seu filho desde pequeno certamente terá uma visão privilegiada do seu desenvolvimento físico e mental.

No entanto, podemos considerar o psiquiatra e o neurologista da infância e adolescência como os especialistas mais indicados para a abordagem do problema.

Na página da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (www.tdah.org.br), encontram-se enumerados especialistas em vários estados brasileiros que se dedicam ao estudo e atendimento de pacientes portadores de TDAH.

TDAH: um diagnóstico clínico

No passado o médico enfrentava muitas dificuldades para fazer um diagnóstico clínico.

Diagnóstico clínico é aquele feito com base nos sinais e sintomas que um paciente apresenta, diferente de um diagnóstico laboratorial que é dado a partir do resultado de um exame. Tome como exemplos o diagnóstico de diabetes através da dosagem de glicose no sangue, de uma infecção urinária pelo exame de urina ou de uma pneumonia por uma radiografia.

Sobretudo em Psiquiatria, os diagnósticos são feitos de forma clínica uma vez que os transtornos não apresentam ainda marcadores biológicos que possam ser identificados ou quantificados através de exames laboratoriais.

Em Neurologia, numa escala menor, muitos diagnósticos também são feitos de forma clínica, como é o caso da enxaqueca.

Este diagnóstico, por exemplo, é definido pelas características da dor de cabeça como o tipo de dor (latejante, pulsátil e que piora com o esforço físico), a sua intensidade (moderada a forte), duração dos ataques e os sintomas que acompanham a dor (náuseas, vômitos e sensibilidade à luz e sons).

Ocorre o mesmo no TDAH, trata-se de um diagnóstico clínico baseado nas informações acerca das manifestações clínicas até aqui descritas.

No entanto, até pouco tempo atrás, para um mesmo paciente em questão, o diagnóstico de TDAH firmado por um médico muitas vezes não coincidia com o de outro. Havia uma grande variabilidade de definições e interpretações para o diagnóstico. O resultado era uma verdadeira confusão.

O conhecimento científico ficava impedido de avançar uma vez que as pesquisas não podiam ser comparadas, pois os critérios utilizados eram diversos.

Este problema foi resolvido com o desenvolvimento de critérios operacionais para o diagnóstico dos transtornos mentais, organizado e pela Associação Psiquiátrica Americana e atualmente na sua quarta edição (DSM-IV).

Estes critérios foram sendo aperfeiçoados, testados cientificamente e, aos poucos, passaram a ser utilizados de maneira uniforme em todo o mundo. Isto propiciou um avanço considerável no diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais.

Critérios para o diagnóstico

No passado a hiperatividade era considerada o elemento principal para o diagnóstico do TDAH. Na década de 70 o transtorno era chamado de Síndrome da Criança Hiperativa ou Reação Hipercinética da Infância, isto porque acreditava-se também que esta condição não ocorria em adultos.

Com o avanço nas pesquisas e diagnóstico do transtorno, os conceitos mudaram e a dificuldade de atenção passou a ser o sintoma central para o diagnóstico. Além disso, o TDAH passou a ser mais claramente identificado em adultos.

Significa dizer que para o diagnóstico de TDAH é preciso haver algum grau de dificuldade de atenção, sem necessariamente estar presente a hiperatividade e a impulsividade.

A partir destas observações foi proposta uma classificação do TDAH: o predominantemente desatento (ou também denominado TDA), o predominantemente hiperativo-impulsivo e o combinado.

Como definem os termos, no tipo predominantemente desatento os sintomas de hiperatividade e impulsividade não existem ou são pouco evidentes e no predominantemente hiperativo-impulsivo estes sintomas prevalecem sobre a desatenção.

Já no tipo combinado todos os sintomas se manifestam de forma exuberante, a dificuldade de atenção, a hiperatividade e a impulsividade.

O grupo combinado é o mais freqüentemente diagnosticado, em torno de 55 a 62% dos casos (21, 22).

A primeira etapa do diagnóstico compreende a constatação e quantificação dos sintomas, como vimos no SNAP-IV.

Na segunda etapa compete ao profissional verificar os seguintes pré-requisitos para o diagnóstico:

1) Alguns dos sintomas necessariamente se manifestaram antes dos sete anos de idade. Um adolescente com quadro inédito de

desatenção, hiperatividade e impulsividade iniciado há poucos meses não apresenta TDAH.

2) Os sintomas ocorrem em mais de dois contextos diferentes: vida familiar, escolar ou social.

3) Nestes vários contextos os sintomas provocam um impacto negativo evidente sobre o portador: baixo desempenho e retenção escolar, acidentes, infantilização, dificuldades de sociabilidade, delinqüência, etc.

4) Outros transtornos mentais podem cursar com os mesmos sintomas e confundir o diagnóstico de TDAH, por exemplo: deficiência mental leve, psicoses e depressão.

A importância do exame clínico-neurológico

O exame clínico-neurológico do paciente é importante não apenas para afastar outras possibilidades diagnósticas, mas também revelar anormalidades que frequentemente são observadas na criança e no adolescente com TDAH.

Determinadas lesões localizadas naquelas áreas cerebrais responsáveis pelo TDAH podem provocar os mesmos sintomas: asfixia neonatal, hemorragia cerebral do prematuro, encefalites, tumores cerebrais, etc.

O exame neurológico deste paciente pode guiar a suspeita e determinar a realização de exames de imagem do cérebro (tomografia ou ressonância magnética).

Apesar da sua rara ocorrência na infância e adolescência, o hipertireoidismo (funcionamento excessivo da tireóide) é outra condição que pode simular o TDAH. Neste quadro a criança ou adolescente pode apresentar tremor, suor excessivo, batimento cardíaco acelerado e anormalidades à palpação da tireóide, localizada na parte da frente do pescoço.

Outras condições clínicas gerais que devem ser afastadas são as anemias severas e deficiências nutricionais.

Deficiência visual e auditiva sempre deve ser pesquisada, ainda que grosseiramente, pelo exame clínico-neurológico. Especialmente nas crianças mais novas, anormalidades sutis podem simular o TDAH.

O exame neurológico da criança e do adolescente com TDAH pode revelar dificuldades de coordenação e de equilíbrio, baixa persistência na atividade motora e excessiva movimentação corporal.

Estes pacientes freqüentemente apresentam dificuldade para fixar ou rastrear um objeto com o olhar ou permanecer com os olhos

fechados. Estes e outros sinais podem indicar deficiência nos circuitos responsáveis pela capacidade de atenção visual.

Exames laboratoriais

Em algumas situações clínicas os exames laboratoriais serão de grande utilidade: tomografia e ressonância magnética cerebral, dosagem dos hormônios da tireóide, hemograma e outros exames de retina.

Como já vimos, a intoxicação pelo chumbo pode provocar na criança pequena um quadro semelhante ao TDAH. Embora sua ocorrência esteja relacionada ao contexto ocupacional, por exemplo, locais onde se manipula bateria de automóveis, recentemente pudemos assistir num programa de grande audiência na televisão, que muitos filtros domésticos permitiam a passagem de alta concentração de chumbo para a água.

Estudos detalhados devem ser urgentemente realizados para averiguar a veracidade desta suspeita e sua possível correlação com o TDAH.

Nos casos de forte suspeita podemos dosar em laboratório a quantidade de chumbo no sangue.

A criança com suspeita de deficiência visual ou auditiva deverá ser encaminhada para avaliação otorrinolaringológica e oftalmológica.

O eletrencefalograma quantitativo pode revelar um alto teor de determinadas ondas (alfa e teta) nas regiões anteriores do cérebro. Esta e outras características neurofisiológicas já foram exaustivamente estudadas, mas não são específicas do TDAH, ou seja, a especificidade não é de 100%.

No entanto, se o profissional pretende iniciar o tratamento da criança com medicamento psicoestimulante deve certificar-se através do eletrencefalograma se ela não apresenta o que popularmente é chamado de foco.

O uso de psicoestimulantes pode ser contra-indicado em indivíduos que apresentem foco epiléptico, pois o mesmo pode ser ativado.

A importância das avaliações complementares

A avaliação da atenção através de testes neuropsicológicos clássicos ou computadorizados pode ser útil, não para dar o diagnóstico, como vimos ele é clínico, mas para se ter mais detalhes quantitativos e qualitativos do déficit atencional.

Temos no Brasil o TAVIS-2R que é um teste de atenção computadorizado normatizado na população brasileira, ou seja, os valores de normalidade foram estabelecidos a partir dos resultados obtidos em grandes amostras de indivíduos de várias idades no nosso meio, o que aumenta sua confiabilidade.

Através deste teste podemos avaliar o tipo e o grau de desatenção que a criança ou adolescente com TDAH apresenta, ou seja, seu perfil atencional.

No decorrer do tratamento ou em situações de retirada da medicação o teste pode ser repetido, trazendo mais informações para o médico sobre o andamento do processo.

A avaliação neuropsicológica examina as várias habilidades cerebrais envolvidas no processo de aprendizagem: quociente de inteligência, capacidade de atenção, cálculo, memórias, linguagem, coordenação visual-espacial e outras.

No contexto do TDAH, a avaliação neuropsicológica será de grande importância nas seguintes situações: quando é necessário afastar a possibilidade de deficiência mental, na suspeita de dislexia ou de outros distúrbios específicos da aprendizagem, na criança superdotada e nos casos de TDAH que não respondem adequadamente ao tratamento medicamentoso.

A avaliação fonoaudiológica será muito importante nos casos em que a criança com TDAH apresenta atraso na aquisição da linguagem, distúrbios da fala (fala acelerada, alterações da modulação do volume da voz), dificuldades na escrita ou leitura e, principalmente, se há suspeita de dislexia.

Nas crianças com TDAH e dificuldades na aprendizagem, a avaliação psicopedagógica poderá ser útil para examinar dificuldades específicas, mas será fundamental na elaboração das estratégias de tratamento.

O impacto do TDAH

Um transtorno muito freqüente

O TDAH é o transtorno mental mais freqüente da infância e adolescência (3, 4).

Apesar dos diferentes métodos de pesquisa empregados, as freqüências obtidas em diferentes pontos do globo são relativamente parecidas: 7% na Oceania, 8% na Ásia, 4 a 8% na Europa e 3 a 6% na América do Norte (23).

Estima-se que a freqüência do TDAH varie entre 5 e 13% da população infantil (DSM-IV).

Em nosso país, Rohde e colaboradores realizaram um dos mais cuidadosos estudos sobre a prevalência do TDAH. Em um grupo de 1013 adolescentes com idade entre 12 e 14 anos, os autores diagnosticaram o TDAH em 5,8% (1).

Avaliando uma faixa etária mais ampla, um outro estudo brasileiro com estudantes do primeiro grau, revelou uma freqüência de TDAH de 18%, bem maior que a obtida nos adolescentes (24).

O censo demográfico brasileiro de 2000 declara a existência de 66.005.904 brasileiros com idade entre zero e 19 anos (www.ibge.gov.br).

Considerando as estimativas mais modestas, podemos prever que existam cerca de três milhões de crianças e adolescentes brasileiros com TDAH.

Em numerosos estudos da literatura especializada vemos o predomínio do TDAH nos meninos.

A proporção varia de acordo com a forma de seleção da amostra: nove meninos para uma menina nos estudos realizados em clínicas e quatro para um em estudos na população geral (4, 23).

É possível que os genes envolvidos no TDAH possam estar relacionados com os diferentes cromossomos sexuais.

Um estudo americano populacional mostrou que a proporção do transtorno entre os sexos também varia com a idade. Os pesquisadores observaram que dos 10 aos 16 anos foi de dois meninos para uma menina, enquanto dos 17 aos 20 anos foi de um para um (25).

O estudo brasileiro realizado com adolescentes não evidenciou uma diferença estatística significativa entre os sexos (1).

Hoje sabemos que o TDAH na menina apresenta características próprias. O componente hiperativo-impulsivo, antes

considerado fundamental para o diagnóstico, é menos freqüente nas meninas, provocando uma subestimação do diagnóstico nos estudos mais antigos.

Apesar de o TDAH ser um transtorno bastante “democrático”, ocorrer universalmente sem distinção de raça, cor ou classe social, infelizmente será mais freqüente nas classes sociais menos favorecidas.

Nestes grupos encontraremos mais freqüentemente a concorrência dos fatores desencadeadores do TDAH como má saúde materna, uso de substâncias pela gestante (tabaco, álcool e outras drogas), más condições de nascimento, desnutrição intra-útero, entre outros.

Neste contexto, é cruel ver o transtorno ter rota livre nas camadas da população com menores oportunidades de acesso ao diagnóstico e tratamento.

Para piorar o problema, exatamente nestes grupos sociais outros fatores psicossociais atuarão negativamente na evolução do TDAH: baixa renda familiar, maior número de filhos, baixo grau de instrução, abuso sexual, escolas superpovoadas, etc.

O impacto em várias dimensões

Podemos analisar o impacto negativo do TDAH ao longo da vida em suas diferentes dimensões: portador, família e sociedade.

Impacto econômico sobre o portador e sua família

Em 2004, um amplo estudo realizado nos EUA por Joseph Biederman e seus colaboradores da Harvard, estimou perdas do orçamento familiar da ordem de 77 bilhões de dólares anuais em decorrência do TDAH (26).

Estas perdas referem-se a vários fatores:

1) Adultos portadores de TDAH, independente do grau de instrução, ganham salários significativamente inferiores aos de adultos sem o transtorno. O estudo mostrou que a diferença é em torno de 10 mil dólares anuais para os indivíduos com formação superior e de 4 mil para aqueles com apenas o segundo grau.

2) 25% dos adultos com TDAH não terminam o segundo grau (contra 1% dos adultos sem TDAH).

3) Apenas 15% dos adultos com TDAH cursam a universidade (contra mais de 50% dos adultos sem TDAH).

4) Quando chegam à universidade, adultos com TDAH menos freqüentemente terminam o curso.

5) Adultos com TDAH menos freqüentemente conseguem empregos de período integral do que adultos sem o transtorno, item

responsável por 17% dos 77 bilhões de dólares de perdas projetados no estudo.

Impacto econômico sobre a sociedade

O custo do setor educacional público americano com estudantes portadores de TDAH foi calculado em 3 bilhões de dólares no ano de 1995.

Numa perspectiva muito conservadora, a estimativa de gastos do setor público de saúde americano com crianças portadoras de TDAH é o dobro do calculado para crianças sem o transtorno.

Mais números para reflexão

Agora vejamos mais números que ajudam na reflexão do problema (www.chadd.org).

1) Um quarto dos estudantes com TDAH apresentam problemas de aprendizado em um destes setores: expressão oral, compreensão, interpretação de textos e matemática.

2) 30% das crianças e adolescentes com TDAH repetem ao menos um ano escolar, repetições múltiplas ocorrem em 21%.

3) 35% dos adolescentes com TDAH abandonam os estudos, 45% são expulsos de suas escolas e 21% cabulam aulas repetidamente.

4) Estima-se que o desenvolvimento emocional das crianças com TDAH é cerca de 30% mais lento do que o de crianças sem o transtorno. Por exemplo, uma criança de dez anos com TDAH opera num grau de maturidade de sete anos de idade. Um jovem motorista de 16 anos de idade com TDAH tem um perfil de decisões de uma criança de 11 anos.

5) 65% das crianças com TDAH apresentam comportamentos de desafio da autoridade como hostilidade verbal e birras.

6) Crianças com TDAH mais frequentemente são vítimas de traumatismos cranianos ou politraumatismo, intoxicações acidentais e internação em UTI em decorrência destas intercorrências médicas (27).

7) Crianças com TDAH apresentam um risco três vezes maior de acidentes domésticos, duas vezes maior de traumas, suturas e hospitalizações e 20% delas são responsáveis por incêndios sérios em suas comunidades (17, 18).

8) Maior risco de gravidez antes dos 18 anos de idade e doenças sexualmente transmissíveis em jovens com TDAH (19).

9) Jovens com TDAH apresentam um risco quatro vezes maior de causar acidentes, sete vezes maior de acidentes múltiplos

e com vítimas e quatro vezes maior a incidência de multas (por excesso de velocidade e por não respeitar sinais de trânsito) (20).

10) Jovens com TDAH apresentam um maior risco de uso, abuso e dependência de substâncias (drogas). Numa pesquisa o uso de tabaco foi informado por 50% dos jovens com TDAH contra 27% dos jovens sem o transtorno, uso de álcool 40% contra 28% e de maconha 17% contra 5% (20).

11) Separação ou divórcio ocorre três vezes mais entre os pais de crianças com TDAH do que pais de crianças sem o transtorno.

12) 49% das crianças com TDAH apresentam dificuldades de se relacionar com outras crianças contra 18% dos controles (crianças sem TDAH).

13) 72% das crianças com TDAH têm conflitos com os irmãos e outros familiares contra 53% dos controles.

14) 48% das crianças com TDAH apresentam facilidade de adaptação a novas situações contra 84% dos controles.

17) 18% das crianças com TDAH referem ter bons amigos contra 36% dos controles.

18) 52% das crianças com TDAH necessitam da ajuda dos pais nas tarefas escolares contra 28% dos controles.

19) 26% das crianças com TDAH necessitam da ajuda dos pais para se prontarem para ir à escola contra 16% dos controles.

20) Estudos comparativos mostram que adultos com TDAH apresentam em maior frequência: droga adição, tentativa de suicídio, divórcio, desemprego, insatisfação profissional e desajuste social (2).

Conclusões

Como vimos, as repercussões do TDAH ultrapassam os muros da escola e os limites seguros do lar.

Na dimensão do portador, o TDAH interfere no seu desenvolvimento psíquico, cognitivo e social, o expõe a acidentes, a comportamentos sexuais de risco, ao abuso e dependência de substâncias e a outros fatores que determinarão ao longo da vida menores oportunidades de realização e cidadania.

Para a família e a sociedade o drama não é menor, sofrem impactos de todas as ordens, desde acidentes automobilísticos com vítimas inocentes até o desperdício de recursos, inevitavelmente dirigidos às conseqüências e não às causas do problema.

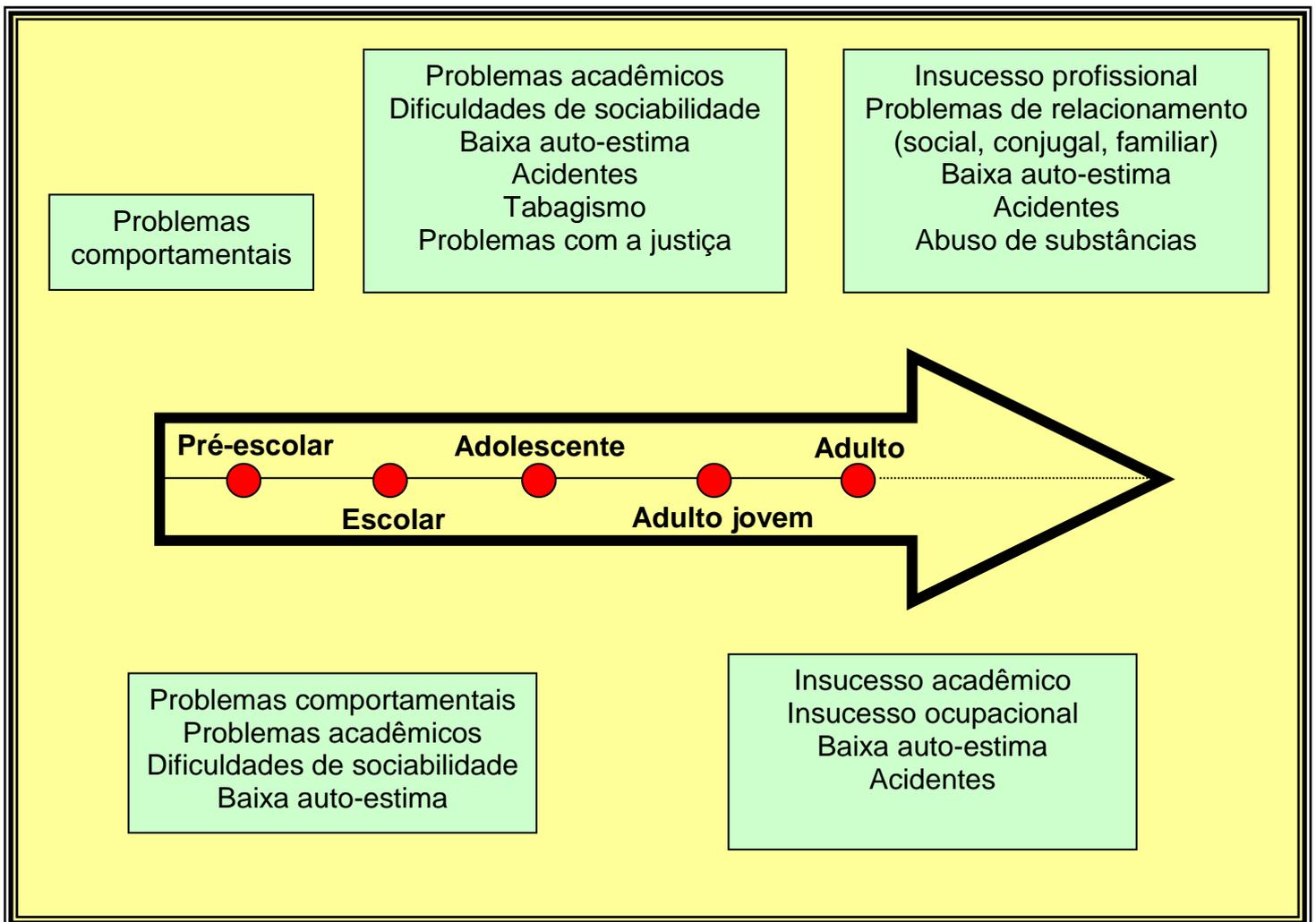
Considerando a alta prevalência deste transtorno e suas sérias repercussões, o TDAH definitivamente deve ser encarado

como um grave problema de saúde pública que merece a atenção da sociedade e de seus dirigentes.

A exemplo do que vemos para a hipertensão arterial e AIDS, o TDAH também merece programas de saúde dirigidos ao portador e sua família em todos os níveis: prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e fornecimento de medicamentos.

Na área da Educação outros importantes programas devem ser elaborados para o sucesso da inclusão da criança com TDAH no contexto escolar.

Naturalmente não há no Brasil especialistas suficientes para o atendimento de uma demanda estimada em três milhões de portadores, daí a importância do pediatra assumir o desafio do diagnóstico e tratamento do TDAH e os órgãos competentes investirem em educação médica continuada.



O impacto do TDAH ao longo da vida

Parcerias Indesejáveis

Para complicar ainda mais, o TDAH não gosta de andar sozinho, em dois terços dos pacientes ele vem acompanhado de outros transtornos mentais, o que chamamos aqui de parcerias indesejáveis.

A ocorrência de determinada doença em associação com outra, numa frequência maior que a esperada na população geral é chamada de co-morbidade. Significa dizer que estes transtornos mentais ocorrem no portador de TDAH mais frequentemente do que na população geral.

O estudo das co-morbidades nos ajuda a entender melhor as doenças e a desenvolver estratégias de tratamento mais eficientes.

A presença de determinados transtornos em parceria com o TDAH agrava o quadro e complica o tratamento.

Diante de uma criança ou adolescente com TDAH que não responde ao tratamento o especialista deve suspeitar de parcerias indesejáveis.

Os transtornos mentais que mais frequentemente se associam ao TDAH são o TOD, o TC, o TUS, o TA, o TD e o THB.

Quem são eles?

Transtorno de Oposição Desafiante (TOD)

Ocorre em 40% dos portadores de TDAH, sobretudo nas crianças a partir dos oito anos de idade e em adolescentes (28).

O TOD caracteriza-se por comportamento desafiador, opositivo e implicante em relação a figuras de autoridade como pais e mestres.

O humor destas crianças é extremamente irritável e facilmente desestabilizado.

Estas crianças implicam e se opõem a tudo e a todos se tornando alvo de críticas e punições frequentes. Elas respondem, discutem, culpam os outros e podem exibir acessos de raiva. Em consequência disso tendem a desenvolver com o tempo uma baixa auto-estima.

A criança com TOD não chega a cometer violações graves como vemos nas crianças com transtornos de conduta, mas a longo prazo, a presença deste transtorno indica um mau prognóstico do TDAH na vida adulta.

Um estudo de Biederman e colaboradores mostrou que a parceria de TDAH com TOD sofre influência do sexo: 63% dos

meninos e 32% das meninas apresentavam associação de TDAH com TOD, enquanto nos controles (crianças sem TDAH), o TOD foi diagnosticado em apenas 8% dos meninos e 1,5% das meninas (29).

Outra variável que determinará a maior chance de associação de TDAH e TOD é o tipo de TDAH. O TOD será mais freqüente nas crianças e adolescentes com TDAH do tipo combinado e predominantemente hiperativo do que nos predominantemente desatentos (30).

Transtornos de Conduta (TC)

Aqui as coisas são mais sérias, as crianças e adolescentes com este transtorno apresentam comportamentos mais comprometedores: mentem, roubam, cometem crueldades com pessoas e animais, fogem de casa, cabulam aulas e podem incorrer em abuso sexual.

Tais comportamentos refletem o desrespeito pelos direitos dos outros, como integridade física e propriedade (31).

A associação com este transtorno irá expor o portador de TDAH à delinqüência, uso de drogas e problemas judiciais.

Os TC ocorre em cerca de 14% das crianças com TDAH (28).

A parceria com TC, da mesma forma que vimos no TOD, ocorrerá mais freqüentemente nos adolescentes, no sexo masculino e nos tipos combinado e predominantemente hiperativo/impulsivo do TDAH.

Vários estudos mostram que a associação com TC piora consideravelmente o prognóstico do paciente com TDAH. Entre os possíveis fatores envolvidos relacionam-se: maior risco de abuso e dependência de drogas, maior dificuldade de aderir ao tratamento, pior desempenho acadêmico e maior desajuste psicossocial (32, 33).

Transtorno do Uso de Substâncias (TUS)

A ocorrência de TUS entre portadores de TDAH varia, de acordo com o tipo de estudo e a substância pesquisada, de 20 a 50% (3).

Por outro lado também é alta a freqüência de TDAH entre usuários de drogas.

Seja pelo TDAH ou por sua parceria com TC, o portador destes transtornos apresenta maior risco de uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas (medicamentos, drogas ilícitas, tabaco e álcool).

Impulsividade, baixa auto-estima e intolerância às frustrações são alguns dos fatores que podem atuar precocemente inclinando o portador de TDAH ao TUS.

Há grande receio do especialista em prescrever psicoestimulantes para jovens portadores de TDAH, devido sua propensão neurobiológica e comportamental ao abuso de substâncias e a baixa capacidade de autocontrole que apresentam.

No entanto, estudos como o de Biederman e colaboradores mostram que o tratamento precoce do TDAH com psicoestimulantes diminui o risco de TUS ao longo da vida (34).

Transtornos de Ansiedade (TA)

Na criança os TA geralmente se manifestam por preocupação e medo excessivos, muitas vezes injustificados, como: dormir só, ir ao médico, ao dentista, ir à casa de um amigo, fazer provas, morte ou separação dos pais, etc.

A criança ou adolescente com TA pode ainda sofrer antecipadamente aos eventos ou ter pensamentos e atos obsessivos.

Assim os transtornos de ansiedade são didaticamente divididos em transtorno de ansiedade generalizada, de ansiedade de separação, de ansiedade social, fobias e o TOC (transtorno obsessivo-compulsivo).

Cerca de 30 a 40% das crianças com TDAH apresentam um ou mais destes TA (3).

A hiperatividade, impulsividade e baixa tolerância às frustrações encontrada nas crianças com TDAH, freqüentemente fazem os pais equivocadamente suspeitarem que a causa seja apenas ansiedade.

Neste sentido, a avaliação especializada é fundamental para o diagnóstico diferencial entre TDAH e TA ou para a constatação da co-morbidade entre os dois transtornos.

Muito interessante foi a observação de Livingston e colaboradores de que a ansiedade pode modificar os sintomas do TDAH, especialmente reduzindo a impulsividade (35).

Vários medicamentos utilizados para o tratamento do TDAH podem atuar positivamente nos TA, bem como a terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Transtorno Depressivo (TD)

A inter-relação entre TDAH e TD é bastante curiosa, pois muitos dos sintomas de depressão na infância e adolescência se

confundem com os sintomas do TDAH. Aqui também a avaliação especializada é de importância fundamental.

Na criança o TD pode se manifestar de várias formas, desde baixo ganho ponderal-estatural (peso e altura) até idéias suicidas. Entre estes extremos sintomáticos mais freqüentemente encontramos: perda do interesse por atividades prazerosas, alterações do apetite e do ritmo de sono, sensação de fadiga, emotividade exagerada, agressividade, baixa auto-estima e tendência ao isolamento.

Os adolescentes com TDAH e TD tendem ao isolamento e uso de substâncias.

A freqüência de parceria do TDAH com o TD sofrerá grande variação na dependência de múltiplos fatores: faixa etária estudada, gravidade dos transtornos, concorrência de outros transtornos no paciente e em sua família, entre outros.

Nos estudos brasileiros a freqüência desta associação em crianças é de 14% (36).

No tratamento da criança ou adolescente com TDAH e TD, muitas vezes está indicada a associação de psicoestimulantes e antidepressivos.

Transtorno do Humor Bipolar (THB)

O THB apresenta suas peculiaridades na infância e adolescência.

No adulto se manifesta por sintomas de depressão e mania (euforia, agitação psíquica e motora, idéias de grandiosidade, delírio e alucinações), que se revezam de forma episódica no mesmo indivíduo ao longo do tempo.

Na criança os sintomas de mania e depressão são mais sutis, crônicos e tendem a ocorrer de forma combinada, sem o caráter episódico e de fases observado no adulto.

Na criança serão mais freqüentes a irritabilidade, o humor exaltado e as “tempestades afetivas”.

Um aspecto muito curioso da inter-relação destes transtornos é que o TDAH é muito mais freqüente em crianças com THB (91%) do que o THB em crianças com TDAH (10%) (37).

A parceria do TDAH com o THB é desastrosa pois aumenta o risco de suicídio, de inadequação social e de atos agressores extremos.

Nestes pacientes é útil a associação dos psicoestimulantes com estabilizadores do humor ou drogas chamadas antipsicóticas atípicas.

Transtorno de Tiques (TT)

O chamado “tique nervoso” ocorre na criança com TDAH numa proporção maior do que nas crianças sem o transtorno.

São movimentos anormais que acometem uma ou mais partes do corpo, repetitivos, de curta duração, respeitam um padrão quase uniforme e desaparecem com o sono.

Os tiques podem ser simples (tique único acometendo a face, por exemplo) ou complexos (tiques múltiplos em várias localizações do corpo). Pode se manifestar por piscamento, movimentos da mímica facial, torção ou contração prolongada de grupos musculares.

Pode ainda ser vocal, manifestando-se por pigarra, assovio, grito ou até o pronunciamento involuntário de palavrões, denominado coprolalia.

Os tiques são chamados de transitórios quando duram menos de um ano e crônicos se perduram por mais tempo.

Se o quadro é crônico, os tiques complexos e associados à vocalizações, temos o diagnóstico de síndrome de Tourette.

Cerca de 60% das crianças com síndrome de Tourette apresentam TDAH, mas a recíproca é menos freqüente.

Biederman e seus colegas observaram TT em 17% das crianças com TDAH e em apenas 4% das crianças controles (sem TDAH) (29).

É controversa a relação existente entre os tiques e os psicoestimulantes usados no tratamento do TDAH. Enquanto alguns estudos mostram piora dos tiques com esta medicação, outros apontam melhora.

Na observação clínica destas crianças minha impressão pessoal é de que doses baixas de psicoestimulantes tendem a melhorar os tiques e as doses altas podem agravá-los.

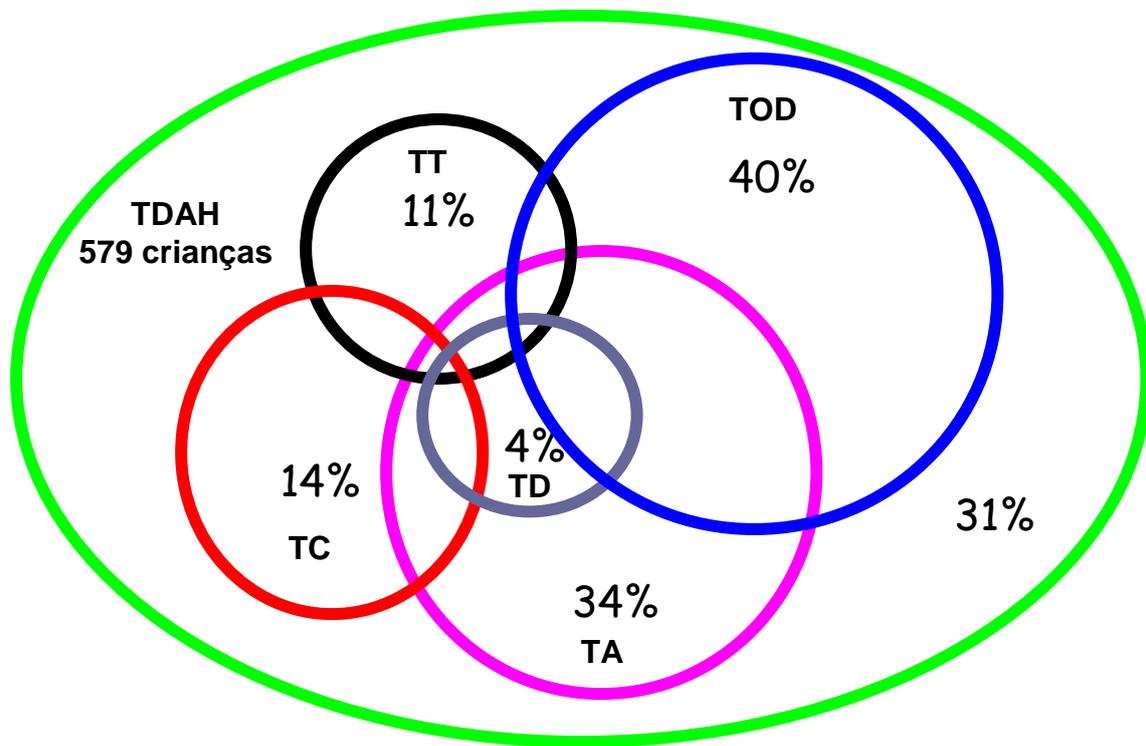
A figura a seguir ilustra as conclusões de um estudo sobre as parcerias indesejáveis do TDAH, realizado nos EUA com 579 crianças (33).

Contidas no conjunto maior, o verde, estão todas as 579 crianças que apresentavam TDAH. Nos conjuntos menores de outras cores, as crianças que apresentavam parceria com outros transtornos.

Observe que apenas 31% das crianças com TDAH não apresentavam co-morbidade com outro transtorno, portanto, em 69% delas havia parcerias indesejáveis.

Do total das crianças estudadas 40% apresentavam TOD, 34% TA, 14% TC, 11% TT e 4% TD.

Pela disposição dos subconjuntos podemos também observar pequenos grupos de intersecção que apresentam mais de dois destes transtornos mentais em combinação.



Frequência de outros transtornos mentais em crianças com TDAH (28).

TDAH no Adulto

O TDAH se manifesta precocemente na criança e pode persistir na adolescência e vida adulta.

Os principais estudos realizados sobre o tema mostram uma persistência do TDAH na vida adulta em 60 a 70% dos pacientes (4, 23).

Estes estudos são chamados longitudinais pois acompanham os pacientes por anos a fio, o que permite ao longo do tempo ter uma idéia da história natural de uma doença.

Se seis a sete de cada dez crianças com TDAH continuarão a apresentar o transtorno na vida adulta, o que aconteceu com as demais, ficaram curadas?

Exatamente, o que ocorre nesta situação é uma cura espontânea do transtorno, sem a participação dos medicamentos ou outras formas de tratamento. Esta resolução ocorre por conta do amadurecimento cerebral que se processa durante a infância e adolescência.

O cérebro não nasce pronto, sobretudo ao longo da primeira infância ele amadurece biologicamente, “os fios se encapam” num processo denominado mielinização.

Portanto, a mielinização e outros processos neurobiológicos de maturação cerebral podem corrigir o mau funcionamento do sistema dopaminérgico pré-frontal (como já vimos no capítulo das causas do TDAH).

No entanto, em 60 a 70% dos pacientes este processo não é suficiente e o transtorno persiste na vida adulta com características próprias.

Com a adolescência e o início da vida adulta os sintomas do TDAH sofrerão modificações em quantidade (intensidade) e qualidade (2, 38).

Hiperatividade-inquietação

A hiperatividade do TDAH, como é vista na infância, tende a reduzir e dar lugar a uma inquietação psíquica e motora: dificuldade de permanecer sentado por um tempo curto que seja, movimentos desnecessários de segmentos corporais (como o bater de dedos na mesa, o estalar de dedos, a perna que não pára, etc), fala excessiva e rápida ou a sensação de não conseguir relaxar.

O adulto com TDAH, por conta desta inquietação, normalmente evita atividades profissionais que lhe confinem em

uma sala, prefere atividades externas que lhe permita movimentação, contato com várias pessoas e mudança freqüente de tarefas.

Falta de inibição comportamental

A falta de inibição comportamental pode se manifestar sob três aspectos principais: dificuldade de adiamento de uma resposta, dificuldade de interrupção de uma resposta em andamento e facilidade de distração.

As duas primeiras irão se manifestar através da impulsividade que pode provocar conseqüências desastrosas na vida adulta: falar em momentos inapropriados, interromper outras pessoas que falam, imprudência, infrações e brigas no trânsito, problemas conjugais, familiares, profissionais e sociais, além da inclinação para o uso, abuso e dependência de drogas.

Adultos com TDAH podem ainda ter dificuldade de interromper uma ação em andamento, por exemplo, parar de ver a televisão quando tem que ir para o trabalho ou outro compromisso.

A facilidade de distração afetará seu desempenho nas mais variadas situações do dia-a-dia.

Outras disfunções executivas

Vimos no terceiro capítulo o que são funções executivas. O TDAH no adulto se manifesta predominantemente pelo mau funcionamento destas funções, vejamos alguns sintomas decorrentes disso:

1) Dificuldades de planejar, estabelecer prioridades e organizar-se para resolver problemas.

2) Procrastinação. É o “empurrar com a barriga”, deixar para depois atividades que requerem atenção ou que são monótonas e repetitivas.

3) Dificuldade de percepção do tempo. O portador de TDAH tem muita dificuldade de administrar seu tempo, com freqüência chega atrasado a compromissos e perde prazos.

4) Perda rápida da motivação após um momento inicial de entusiasmo. Isto provocará falta de perseverança nas atividades do dia-a-dia.

5) Baixa tolerância às frustrações.

6) Falta de linguagem interior. Para o nosso bom funcionamento, percepção e resolução de problemas precisamos da linguagem interior, ou seja, do monólogo que ocorre dentro de nós. Esta linguagem interior é deficiente no portador de TDAH e interferirá em outras funções executivas.

7) Dificuldade de reconstituição. Reconstituição é a capacidade de recombinaarmos informações do passado em novos arranjos com o objetivo de resolvermos novos problemas.

8) Dificuldades de memória. A desatenção inevitavelmente provocará o mau funcionamento da memória. Como vimos na história introdutória do livro os esquecimentos podem comprometer o funcionamento do adulto com TDAH em todos os setores da sua vida: pessoal, conjugal, familiar, profissional e social.

As parcerias indesejáveis são freqüentes no TDAH e, no adulto, serão mais facilmente identificadas do que o próprio TDAH, trazendo dificuldades para o seu diagnóstico.

A exemplo da criança e do adolescente, também podemos utilizar questionários de rastreamento do TDAH em adultos.

O ASRS-18 é um instrumento para este fim e foi desenvolvido por pesquisadores em colaboração com a Organização Mundial da Saúde (39).

A versão a seguir foi traduzida e validada pelos pesquisadores do GEDA (Grupo de Estudos do Déficit de Atenção da Universidade Federal do Rio de Janeiro) (www.tdah.org.br).

Para cada item deve-se escolher o grau que melhor descreve o comportamento do adulto nos últimos seis meses e assinalar o boxe correspondente com um X (só uma resposta para cada linha).

Comece pela parte A (seis questões).

PARTE A	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
1. Com que freqüência você deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?					
2. Com que freqüência você tem dificuldades para fazer um trabalho que exige organização?					
3. Com que freqüência você tem dificuldade para lembrar de compromissos ou obrigações?					
4. Quando você precisa fazer algo que exige muita concentração, com que freqüência você evita ou demora para começar?					
5. Com que freqüência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado(a) por muito tempo?					
6. Com que freqüência você se sente ativo(a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse "ligado na tomada"?					

Se houve o preenchimento de ao menos quatro boxes vermelhos na parte A, deve-se proceder ao preenchimento da parte B (doze questões).

PARTE B	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
7. Com que frequência você faz erros por falta de atenção quando você tem de fazer algo chato ou difícil?					
8. Com que frequência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo algo chato ou repetitivo?					
9. Com que frequência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?					
10. Com que frequência você coloca as coisas fora do lugar ou tem de dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?					
11. Com que frequência você se distrai com atividades ou barulhos a sua volta?					
12. Com que frequência você se levanta da cadeira em reuniões ou em outras situações onde se espera que você fique sentado(a)?					
13. Com que frequência você se sente inquieto(a) ou agitado(a)?					
14. Com que frequência você tem dificuldades em sossegar e relaxar quando tem tempo livre para você?					
15. Quando você está conversando, com que frequência você se pega terminando as frases das pessoas antes delas?					
16. Com que frequência você tem dificuldade para esperar nas situações onde cada um tem a sua vez?					
17. Com que frequência você se pega falando em excesso em situações sociais?					
18. Com que frequência você interrompe os outros quando eles estão ocupados?					

A interpretação do questionário é simples:

1) Se existem pelo menos seis boxes vermelhos marcados nos itens 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 e 11, existem mais sintomas de desatenção que o esperado para um adulto.

2) Se existem pelo menos seis boxes vermelhos marcados nos itens 5, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18, existem mais sintomas de hiperatividade-impulsividade que o esperado para um adulto.

É bom lembrar que para o diagnóstico do TDAH este instrumento não basta, outros aspectos precisam ser considerados

pelo especialista como: idade de início dos sintomas (antes dos 7 a 12 anos), a ocorrência destes sintomas em pelo menos dois contextos diferentes (conjugal, familiar, profissional e social), a evidência de um impacto importante dos sintomas sobre a vida do indivíduo e a presença de outros transtornos que podem confundir o diagnóstico de TDAH (depressão, psicose, etc.).

No adulto é muito freqüente o “autodiagnóstico” de TDAH, seja através de testes como este, livros, palestras e mídias ou ao longo do processo de diagnóstico e tratamento dos filhos.

Em 30% das crianças e adolescentes com TDAH em atendimento especializado, um dos pais também apresenta o transtorno.

Uma vez levantada a suspeita é imprescindível a procura ao especialista para confirmação diagnóstica e avaliação da necessidade de tratamento.

É comum a observação de adultos com TDAH que ao longo da vida desenvolveram estratégias para lidar com o problema, mesmo não tendo consciência do diagnóstico. Nestas circunstâncias, muitas vezes não haverá necessidade de um tratamento específico.

Tratamento

O consenso atual é de que o tratamento do TDAH deve ser multimodal (3, 4, 28, 40, 41, 42).

O tratamento multimodal compreende o uso de medicamentos específicos (psicoestimulantes), educação dos pais e do portador sobre o diagnóstico e tratamento do transtorno, além de uma série de orientações adicionais para serem aplicadas em casa e na escola que veremos no capítulo seguinte no Programa Pais & Mestres em TDAH.

Educação sobre diagnóstico e tratamento

A educação dos pais e do portador é um dos mais importantes princípios do tratamento do TDAH.

Os pais devem receber informações detalhadas sobre o transtorno, suas causas, mecanismos, sintomas, impacto, diagnóstico e tratamento.

A criança e o adolescente portador de TDAH também deverão receber tais informações proporcionalmente ao seu grau de interesse e entendimento, conhecendo o problema poderão ter participação ativa e determinante no processo de tratamento.

Não há uma “receita de bolo”, uma fórmula pré-estabelecida para informar o pequeno portador de TDAH. Cada caso é um caso e os pais, juntamente com os profissionais envolvidos, devem decidir a estratégia a ser utilizada na orientação da criança ou do adolescente em questão.

Cuidados extras devem ser tomados para evitar que a criança ou o adolescente passe a usar estas informações para justificar seu mau comportamento, uma típica postura passiva: “Ah! Não tenho culpa, isto aconteceu por causa do TDAH!”.

Uma postura ativa deve ser encorajada, a criança ou o jovem devem participar ativamente de todo o processo.

Muito provavelmente o profissional não terá tempo suficiente numa só consulta para tudo, obter informações, examinar, confirmar o diagnóstico e orientar o tratamento. Aconselha-se agendar outro horário para a complementação.

Ao final da primeira sessão, com o diagnóstico confirmado, o profissional deverá fornecer referências para que o portador e seus

pais possam ser introduzidos no universo do TDAH. No final deste livro encontram-se referências de outros livros, sites e vídeos.

Na segunda sessão o profissional poderá resolver mais dúvidas e junto com o portador e os pais tomarem decisões sobre o tratamento.

Tratamento Medicamentoso

O tratamento medicamentoso é fundamental no TDAH (3, 4, 28, 40, 41, 42).

Desde os primeiros relatos de Charles Bradley em 1937 sobre os efeitos benéficos do sulfato de anfetamina em crianças com alterações comportamentais, mais de 500 trabalhos científicos foram publicados (a maioria nos últimos 20 anos), sobre a eficiência dos psicoestimulantes no tratamento do TDAH.

Cerca de 200 destes trabalhos compreendem pesquisas clínicas envolvendo mais de 5000 pacientes, sobre eficácia e segurança desta classe de medicamentos (41, 42).

Entre os medicamentos controlados utilizados em pediatria, os psicoestimulantes são os mais bem estudados.

Estes medicamentos apresentam o que chamamos de evidência tipo 1, que significa eficiência comprovada através de pesquisas científicas rigorosas, controladas por placebo (41, 42).

O que é isso?

Neste tipo de estudo os pesquisadores selecionam os pacientes após um pré-consentimento e sorteiam quem receberá os comprimidos A ou B, que externamente são idênticos, mas um contém o princípio ativo e o outro não, chamado de placebo.

Nem os pacientes, nem os pesquisadores, sabem qual é qual (por isso chama-se estudo duplo-cego), só depois de terminada a avaliação dos resultados é que são revelados os conteúdos de A e B.

Existem várias outras formas de se realizar estes estudos inclusive cruzando-se os grupos, um grupo inicia com os comprimidos A e depois de algum tempo passa para B e o que iniciou com B depois passa para A e assim por diante, o que dá mais confiabilidade ainda ao estudo.

Para um determinado medicamento ter eficácia comprovada por evidências científicas do tipo 1, precisa de vários estudos com este formato comprovando sua superioridade em relação ao placebo.

Entre os psicoestimulantes utilizados para o tratamento do TDAH, o metilfenidato é o único disponível no mercado brasileiro.

Metilfenidato

Entre os psicoestimulantes, o metilfenidato é o medicamento de primeira escolha no tratamento do TDAH, o mais estudado e o mais prescrito no mundo.

Esta medicação vai atuar no sistema nervoso, especialmente no córtex pré-frontal, proporcionando uma maior oferta de dopamina cuja deficiência, como vimos, é responsável pelos sintomas do TDAH.

Numerosos estudos comprovam a eficiência do metilfenidato em mais de 70% das crianças e adolescentes estudados e sua ação sobre todos os sintomas do TDAH: desatenção, impulsividade e hiperatividade (41, 42).

Estudos comparativos comprovam a maior eficiência do metilfenidato em relação aos antidepressivos e outros medicamentos utilizados no tratamento do TDAH na infância e adolescência (43).

As parcerias indesejáveis do TDAH, especialmente os transtornos de conduta e de oposição desafiante, com frequência também melhoram com o uso do metilfenidato (44).

O metilfenidato é o psicoestimulante mais prescrito nos EUA, um país com rigoroso controle de medicamentos e indenizações médicas milionárias, o que denota a segurança que o especialista tem na sua prescrição.

A venda do metilfenidato é controlada através de receituário apropriado (tipo A, receita amarela), para evitar o uso inapropriado desta medicação.

Apesar do rigoroso controle, a literatura mostra que é baixo o risco do metilfenidato provocar dependência física (34).

Em vinte anos de experiência clínica nunca evidenciei um só caso de dependência a esta medicação.

Oportunamente, é importante destacar que os estudos comprovam que o tratamento do TDAH com metilfenidato diminui significativamente o risco de uso, abuso e dependência de drogas (34).

Os efeitos positivos do metilfenidato sobre a hiperatividade, a impulsividade e o déficit de atenção se manifestam já nos primeiros dias de uso da medicação.

Os professores, eventualmente não sabendo que a criança está em uso da medicação, muitas vezes procuram os pais surpresos, para saber qual o motivo da melhora do comportamento e desempenho cognitivo da criança.

O tempo de uso é muito variável, existem casos que após seis meses retira-se o metilfenidato e os sintomas não recorrem, outros que necessitam da medicação até a vida adulta.

Na minha experiência, a ausência de parcerias indesejáveis (comorbidades), a instituição precoce do tratamento (entre os seis e os oito anos de idade) e uma excelente resposta inicial ao metilfenidato, seriam os indicativos de que a criança necessitará de um tempo mais curto de tratamento.

Após um período de controle estável dos sintomas por seis meses a um ano, a medicação pode ser retirada para reavaliação da criança ou adolescente.

No Brasil dispomos do metilfenidato em sete apresentações diferentes: Ritalina® 10 mg; Ritalina LA® 20, 30 e 40 mg; Concerta® 18, 36 e 54 mg.

O esquema de uso do metilfenidato dependerá da formulação utilizada e da duração da ação: curta (Ritalina® 10 mg), intermediária (Ritalina® LA) ou longa (Concerta®).

As formulações de ação longa e intermediária são utilizadas em dose única matinal e a de ação curta em várias doses ao dia.

A dose matinal é preconizada para que os efeitos desejados ocorram, sobretudo durante o dia, período em que as demandas são maiores.

Dado o efeito psicoestimulante, o uso das formulações de ação longa e intermediária à tarde ou à noite pode provocar insônia. É o que acontece, por exemplo, nos finais de semana quando a criança ou o adolescente em tratamento acorda mais tarde e acaba tomando a medicação na hora do almoço.

A dose de metilfenidato preconizada é de 0,7 a 1,3 mg por kilograma de peso por dia.

A necessidade de aumento da dose com o tempo, para se conseguir o efeito desejado, não decorre de uma adaptação à mesma, mas em decorrência do ganho de peso. Ao contrário do que vemos com os tranquilizantes, com o metilfenidato não ocorre este fenômeno de “perda do efeito” com o tempo.

Medicamentos disponíveis no Brasil utilizados no tratamento do TDAH.

NOME QUÍMICO	NOME COMERCIAL	DOSAGEM	DURAÇÃO DO EFEITO
Metilfenidato - psicoestimulante - ação curta	Ritalina®	5 a 20 mg 2 a 3 vezes/dia	3 a 5 horas
Metilfenidato - psicoestimulante - ação intermediária	Ritalina LA®	20 a 40 mg pela manhã	8 horas
Metilfenidato - psicoestimulante - ação prolongada	Concerta®	18 a 72 mg pela manhã	12 horas
Imipramina - antidepressivo	Tofranil®	2,5 a 5 mg por kg/peso 1 a 2 vezes/dia	19 horas
Bupropiona - antidepressivo	Wellbutrin®	50 a 100 mg 1 a 3 vezes/dia	12-24 horas
Clonidina - antihipertensivo	Atensina®	0,01 mg 1 a 2 vezes/dia	12-24 horas

Os efeitos indesejáveis do metilfenidato são de grau leve e ocorrem principalmente quando a dose é elevada, surgem no início do tratamento para desaparecer após dias ou semanas (3).

O principal efeito indesejável do metilfenidato é a diminuição do apetite e, conseqüentemente, do peso.

Este efeito é mais observado no início do tratamento e tende a ocorrer durante o dia, horário em que a medicação tem seu efeito, voltando o apetite ao normal no final da tarde e à noite.

Algumas crianças e adolescentes com TDAH apresentam fome exagerada, insaciável e, conseqüentemente, obesidade. Nestes casos, os efeitos de diminuição do apetite e do peso são desejáveis e contribuem para o resultado positivo do tratamento, mas o médico deve ser sempre informado.

Quando a diminuição do apetite e do peso não é desejada, os pais devem intensificar a alimentação a partir do final da tarde para compensar a menor ingestão durante a manhã e o almoço. Assim, devem oferecer um lanche às 17 horas, o jantar, uma ceia antes de deitar e um reforçado café da manhã.

Outros efeitos adversos são menos freqüentemente observados (menos de 15% dos pacientes): dor de cabeça, dor abdominal, vômitos, tonturas, irritabilidade, ansiedade e tiques (45).

No entanto, Barkley e colaboradores compararam a freqüência e severidade de 17 efeitos indesejáveis atribuídos ao metilfenidato, em relação ao placebo, num estudo duplo-cego. Estes pesquisadores concluíram que apenas quatro destes efeitos estavam realmente associados ao metilfenidato: diminuição do apetite, insônia, dor abdominal e dor de cabeça (46).

Em 1998 dois pesquisadores, Klein e Mannuzza, relataram que o metilfenidato poderia retardar o crescimento na infância (47). Esta observação, no entanto, não foi observada em estudos posteriores.

Pesquisas recentes, realizadas com adolescentes que fizeram uso de metilfenidato e controles (que nunca usaram esta medicação), mostram que o metilfenidato não altera significativamente a velocidade de crescimento nem a estatura final (48, 49).

O uso do metilfenidato é contra-indicado em crianças e adolescentes com problemas cardíacos ou do fígado, hipertireoidismo (funcionamento exagerado da tireóide), glaucoma e tiques de intensidade grave.

O metilfenidato pode ser utilizado por crianças e adolescentes epiléticos, desde que estejam com as crises controladas e em uso de medicamentos anticonvulsivantes.

O uso concomitante do metilfenidato com drogas como a cocaína, a maconha e os solventes, provoca uma potencialização dos efeitos, havendo o risco de intoxicação pelo metilfenidato.

A intoxicação pelo metilfenidato pode provocar elevação da temperatura e da pressão arterial, taquicardia, psicose, delírios e convulsões.

Por isso, a prescrição de metilfenidato para adolescentes com TDAH que usam drogas, deve ser bastante criteriosa e contar com a vigília permanente dos pais e cuidadores.

O único grupo de medicamentos que não deve ser associado ao metilfenidato são os chamados inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), de ação antidepressiva e atualmente não utilizados na infância e adolescência.

Outros Medicamentos

A Imipramina também é bastante utilizada no tratamento do TDAH na criança e no adolescente, embora sua eficácia seja inferior a do metilfenidato.

Normalmente preconiza-se uma dose ao dia no período noturno.

A imipramina poderá ser a medicação de primeira escolha do médico nos casos de TDAH em associação com enurese noturna (crianças maiores de quatro anos de idade que ainda urinam na cama) ou depressão.

A imipramina também pode reduzir o apetite, prender o intestino ou provocar sensação de boca seca.

Antes do início do uso desta medicação é aconselhável realizar eletrocardiograma para afastar a possibilidade de alterações do ritmo cardíaco, situação em que a imipramina pode ser prejudicial.

A bupropiona é um antidepressivo mais moderno e vem mostrando eficácia no tratamento do adulto com TDAH. Seu uso na infância é restrito.

A clonidina, um medicamento tradicionalmente utilizado para a hipertensão arterial por suas ações no sistema nervoso autônomo, pode auxiliar no tratamento do TDAH em crianças e adolescentes. Seu uso deve ser criterioso, dada a possibilidade de efeitos colaterais mais sérios.

Observa-se um bom resultado com a clonidina em situações onde o portador de TDAH apresenta agressividade pronunciada.

Terapias Complementares

Entre as terapias complementares do TDAH destacam-se: a psicopedagogia, a fonoaudiologia e a terapia cognitivo-comportamental.

O papel da Psicopedagogia

A avaliação e o acompanhamento psicopedagógico estão indicados quando a criança ou o adolescente com TDAH apresenta dificuldades na aprendizagem.

A avaliação será importante para a detecção de disfunções executivas, defasagem no conteúdo ou erros na metodologia de estudo.

O profissional deverá elaborar novas estratégias para o aprender, dirigidas à criança ou adolescente em questão, de forma a corrigir suas deficiências e explorar suas potencialidades.

Deverá utilizar métodos para resgatar conceitos pouco assimilados no passado.

Durante as sessões deve utilizar técnicas que favoreçam o desenvolvimento da atenção e a organização do estudante.

Como muitos destes estudantes com TDAH acabam com o tempo perdendo a motivação pelos estudos, o acompanhamento psicopedagógico deve priorizar esta questão encontrando meios de invertê-la.

No entanto, para que este trabalho contemple todas as expectativas, os pais e professores devem estar em sintonia com este profissional.

O papel da Fonoaudiologia

A avaliação fonoaudiológica está indicada nas crianças e adolescentes com TDAH que apresentam distúrbios da linguagem, com ou sem queixa de dificuldades no aprendizado.

Trata-se de uma avaliação bastante especializada e pormenorizada que compreende os seguintes setores: linguagem oral, escrita e leitura.

Na presença de anormalidades importantes a fonoterapia deve ser instituída.

O papel da Terapia Cognitivo-Comportamental

Entre as várias modalidades de psicoterapia, a única que apresenta evidências científicas favoráveis no TDAH é a terapia cognitivo-comportamental (TCC).

O processo terapêutico na TCC é objetivo, didático e orientado à resolução de problemas e reestruturação cognitiva.

Através dele o terapeuta ensina o paciente a identificar, avaliar e modificar seus pensamentos e crenças e, conseqüentemente, seus comportamentos inadequados.

Por ter objetivos bem definidos a TCC apresenta início, meio e fim, além de uma duração breve, cerca de 14 a 24 sessões, o que favorece a adesão ao tratamento.

A TCC dispõe de técnicas bastante úteis e interessantes, muitas das quais veremos no próximo capítulo, Programa Pais & Mestres em TDAH.

Programa Pais & Mestres em TDAH

Aline Colettes Gerbasi
Flávia Augusta Giacomini Rossini
Sara Rosset
Marco Antônio Arruda

Apresentamos aqui um programa de orientações para ser aplicado em casa e na escola, baseado em técnicas neuropsicológicas, pedagógicas e cognitivo-comportamentais, que contempla a perspectiva atual de tratamento multimodal do TDAH.

Naturalmente as orientações contidas neste programa deverão ser “talhadas” à realidade do portador, sua família e sua escola, respeitando características próprias, deficiências e potencialidades.

O importante será o estabelecimento de uma rede de cooperação formada pela criança ou adolescente portador de TDAH, os pais, os mestres e os profissionais envolvidos no atendimento. Juntos poderão definir objetivos, prioridades e estratégias, utilizando de forma parcial ou total as orientações aqui contidas.

Este programa foi baseado nas orientações da CHADD (*Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*), da ABDA (Associação Brasileira de Déficit de Atenção) e da literatura especializada, além da experiência clínica dos autores, acumulada nos vinte anos de atendimento de crianças e adolescentes portadores de TDAH.

Dividimos o programa em duas partes, aos pais e aos mestres.

Aos Pais

Como vimos, as disfunções cerebrais que ocorrem no TDAH se manifestam por sintomas que expressam o mau funcionamento do “breque comportamental”.

Dificuldades de aceitar regras e limites, desorganização e fraco autocontrole são algumas das conseqüentes colisões.

O tratamento medicamentoso é fundamental para que o breque volte a funcionar, mas medidas complementares serão de grande importância para a direção do processo.

Diante de uma criança com TDAH que não responde ao tratamento medicamentoso, o especialista deve suspeitar da necessidade de medidas de modificação comportamental e de suporte domiciliar e escolar.

Esta parte do programa compreende as seguintes etapas:

- 1) Estabelecendo regras e limites.
- 2) Estimulando a organização.
- 3) Desenvolvendo o autocontrole.
- 4) Administrando o tempo.
- 5) Prevenindo comportamentos de risco.

1) Estabelecendo Regras e Limites

O primeiro passo é explicar à criança ou ao adolescente o porquê das regras e limites. Sem saber a razão, ficará mais difícil entender e evitar as medidas de punição.

Na medida do possível, permita que eles colaborem no estabelecimento das regras e limites. A participação ativa neste processo certamente trará melhores resultados.

As regras e os limites devem ser realistas. Que resultado esperar de um jovem que nunca se dedicou à escola e repentinamente é obrigado a estudar quatro horas por dia? Ou então de uma criança, “levada da breca”, que seja obrigada a brincar em silêncio?

Além de realistas, as regras e limites devem ser implementados e aprimorados progressivamente.

Certifique-se de que a criança ou o adolescente entendeu qual comportamento se espera dele. Muitos deles, por causa da desatenção e das dificuldades cognitivas, esquecem ou não compreendem estas perspectivas.

Deixe bem claro as conseqüências do desrespeito às regras e limites estabelecidos.

As punições devem ser pré-estabelecidas, bem calculadas e executadas com firmeza e resignação, do contrário os pais perderão inevitavelmente a autoridade perante a criança ou adolescente.

Da mesma forma que os limites e regras, as punições devem ser realistas. Talvez seja pior uma punição descumprida pelos pais do que o próprio comportamento inadequado da criança. Por exemplo, aquele pai que estabelece para o filho a punição de um mês sem videogame, mas que por compaixão volta atrás após alguns poucos dias.

Não tente punir se acha que não suportará a eventual angústia da criança.

Como punir?

Não estamos exatamente diante de um manual de torturas e punições para crianças e adolescentes, mas esta é uma etapa de grande importância para o sucesso do programa.

Independente da idade da criança, duas formas de punição que freqüentemente funcionam são a retirada de privilégios e a expressão de desaprovação.

Entende-se por privilégios concessões anteriormente dadas à criança por mérito.

Hoje em dia vemos que muitos destes privilégios na verdade estão incorporados na vida da criança, sem o necessário merecimento. Outras vezes fazem parte de uma estratégia de “resgate” dos pais para “terem um pouco de sossego”.

Privilégios como jogar videogame, dormir tarde, passear, brincar no computador ou navegar na internet devem ser suspensos na eventualidade dos limites e regras não terem sido respeitados.

A liberdade de escolher (tipo de comida, passeios, roupa, canal da TV) é outro privilégio que pode entrar na “negociação”.

O tempo de duração da punição ajudará o ajuste às regras e limites.

É comum escutarmos no consultório:

- “Doutor, castigo não funciona mais, tirei o videogame e nada”.

- “... É verdade, tentei por apenas alguns dias, mas ele ficou tão insuportável que não agüentei e cedi. Mas não ia adiantar mesmo, ele sabe como me tirar do sério”.

Se estes pais tivessem estabelecido previamente o “contrato” talvez tivessem uma sorte melhor. Erraram por falta de perseverança, faltou-lhes resignação, autoridade e inteligência.

Nestas disputas não se pode perder. Se alguns dias não foram suficientes, que tal um mês, dois ou um ano sem videogame?

A situação de disputas por autoridade deve merecer a prioridade total dos pais, só assim suas ações terão sucesso.

Os pais sempre devem expressar desaprovação quando a criança ou adolescente rompe as regras ou limites. Especialmente nas crianças mais novas esta estratégia pode funcionar. Nunca, no entanto, deve vir acompanhada de expressões de desprezo, desacato ou vergonha dos filhos, estas poderão provocar estrago maior.

Como premiar?

A premiação aos comportamentos desejáveis, ao respeito das regras e limites, pode ser através de elogios, atenção, dedicação de tempo e carinho extras.

Pode ser também através da criação ou ampliação dos privilégios, se antes o jovem podia ficar meia hora com os amigos no MSN, a partir da premiação, poderá ficar uma hora e assim por diante.

Ampliar a permissão das escolhas também pode funcionar.

É importante que a premiação também seja compatível com a realidade da família e que não provoque retrocesso nas condutas já conquistadas.

Por exemplo, é desaconselhável premiar o filho hiperativo que se comportou bem no passeio ao shopping com a seguinte permissão: “como você ficou aqui bem comportado vai poder fazer bagunça quando chegarmos em casa!”.

A criança e o adolescente com TDAH facilmente perde a motivação com o tempo, por isso é importante que os pais sejam criativos e saibam diversificar as premiações, evitando o tédio e a desmotivação.

Os pais devem evitar as críticas enquanto se premia. Não é recomendado, por exemplo, que digam: “até que enfim você fez o que eu queria, por isso vai ser premiado”.

Como dar ordens aos filhos?

As ordens devem ser claras, objetivas e diretas, evite ordens complexas ou ordens múltiplas. O déficit de funções executivas que o TDAH provoca impedirá que a criança fixe a atenção em longas explicações ou que guarde várias ordens a um só tempo.

Evite ordens à distância como aquela mãe que berra da cozinha para a criança sossegar no quarto. Dirija-se ao seu filho, olhe nos seus olhos, recorde as regras e limites estabelecidos e fale

com voz firme, sem gritar. Se necessário for, segure com alguma pressão os seus braços ou mãos.

A agressão deve ser evitada a todo custo, alguns estudos mostram que pode desencadear comportamentos violentos futuros, no entanto, especialmente se tratando dos mais novos, que ainda não entendem bem uma argumentação, umas boas palmadas nas nádegas, à moda antiga, podem ter resultados bastante positivos, embora ainda não bem estudados pela ciência (...).

Também estão fadadas ao insucesso as ordens vagas. O que esperar de uma ordem do tipo: “comporte-se como gente grande”? Não fica claro o comportamento pretendido.

As ordens elaboradas sob a forma de pergunta também acabam provocando mais dúvidas do que bons resultados. Evite dizer: “Você pode parar de fazer isso?”.

Ordens dadas com muita antecedência podem ser esquecidas, especialmente pelas crianças e adolescentes com TDAH.

Devem ainda evitar a repetição de ordens sem punição ao descumprimento e ordens em tom ameaçador ou de súplica, todas estas situações são ótimos estímulos à desobediência.

Prefira ordenar “você tem que...”, ao invés de “você poderia...”. Não dê margem aos limites já estabelecidos.

Evite comandos múltiplos

Um dos erros mais freqüentes e graves da educação infantil atual é a ocorrência de comandos múltiplos.

Em conseqüência da vida moderna, pai e mãe trabalham em período integral e a criança acaba ficando na escola, na casa dos avós ou com outros cuidadores. Os comandos podem coincidir, mas freqüentemente divergem, conturbando ordens pré-estabelecidas e provocando insegurança na criança que fica sem saber qual ordem seguir.

Outras situações ainda ocorrem, independente da necessidade da criança receber cuidados diários de outras pessoas que não os pais.

Conflitos de interesse e de opiniões entre pais e avós podem agravar bastante este contexto.

Sobretudo nas famílias de “crianças-problema”, pais e avós divergem em relação às condutas de educação, as acusações são recíprocas e a criança fica situada em meio a um verdadeiro tiroteio.

Tal situação deve ser a todo custo invertida para que todas as energias sejam gastas para um fim comum, o bem estar e a boa educação da criança.

Neste contexto as estratégias devem ser discutidas em conjunto, os pais devem ter a primazia e responsabilidade das decisões, que todos devem acatar executando um comando único.

É necessária uma referência permanente.

Por conta dos déficits cognitivos apresentados, a criança ou o adolescente com TDAH frequentemente esquece as regras e limites estabelecidos. Por isso é importante que tenha uma referência permanente.

Uma maneira criativa de resolver este problema é a elaboração de um painel que facilite a recordação do “contrato”.

Faça a criança ou o jovem participar, deixe-o escolher o painel, utilize cores vivas, afixe fotos de momentos felizes da família, aponte recompensas imediatas e futuras como um jogo à noite ou uma viagem programada para o final do ano.

No painel disponha as regras à medida que sejam estabelecidas, bem como os comportamentos esperados. Afixe na parede do seu quarto ou em outro lugar da sua preferência.

No pré-escolar utilize mais criatividade, ao invés da escrita, afixe desenhos ou outros recursos que possam fazer a criança se lembrar das regras e limites estabelecidos.

2) Estimulando a Organização

A dificuldade de organização é uma das disfunções cognitivas do TDAH de maior impacto na vida do portador.

Desde bem pequena a criança com TDAH pode mostrar este déficit que, ao longo da sua vida, fará com que muitos erroneamente pensem se tratar de uma “característica sua” e não uma disfunção executiva como sabemos atualmente.

Para estimular a organização precisamos seguir caminhos já vistos na etapa anterior: explique o porquê de organizar-se, estabeleça o que organizar (o quarto, material escolar, as roupas, outros pertences, etc.) e como.

Estabeleça punições e premiações justas.

Como organizar-se?

A elaboração de um cronograma de atividades para a criança ou adolescente com TDAH é um instrumento de modificação comportamental que lhe será útil para o resto da vida.

Como agendas podem ser facilmente perdidas pelo portador de TDAH, aconselhamos que o cronograma de atividades seja afixado no painel aqui referido.

O cronograma de atividades apontará os dias da semana com os respectivos horários.

Deverão ser anotadas apenas as tarefas que a criança ou o adolescente tem dificuldade em cumprir.

Entre as diversas possibilidades podem ser anotados os horários de sono, refeições, higiene pessoal e lazer, horário das tarefas e de arrumar o material na mochila.

Vejamos alguns exemplos:

Aquela criança que todo dia, só ao chegar na escola se lembra da tarefa ou do material que esqueceu em casa e liga desesperada para a mãe levar. Seria útil aqui que no cronograma de atividades fosse reservado um horário antes de dormir, por exemplo, para esta criança arrumar a mochila da escola.

O adolescente com TDAH que tem má higiene bucal deve ter no seu cronograma os horários do fio dental e escovação.

O cronograma de atividades também será útil aos adolescentes que estão em tratamento, para lembrar dos horários de tomada da medicação.

Outros recursos podem ser utilizados.

O relógio de pulso pode disparar um alarme 5 minutos antes de terminar as aulas daquele adolescente que sistematicamente esquece seus pertences na escola.

A experiência mostra que os métodos de organização devem ser instituídos progressivamente na vida da criança e do jovem e que, apesar de poderem provocar reações adversas no início, com o tempo se tornam motivo de satisfação pessoal.

É preciso também lembrar que devem ter a flexibilidade necessária para despertar continuamente a motivação.

3) Desenvolvendo o Autocontrole

O desenvolvimento do autocontrole é outro alvo do programa e terá nas técnicas da terapia cognitivo-comportamental sua principal ferramenta.

A seguir, passamos a relacionar algumas entre as várias técnicas utilizadas para melhorar o autocontrole.

Planos de ação

O Plano de ação é uma técnica muito utilizada para auxiliar na resolução de problemas. Inicialmente os pais devem ajudar a criança a definir qual é a meta a ser atingida, por exemplo, manter o quarto organizado.

Após definir a meta é necessário que seja definida a data para o início do plano, no próximo domingo, por exemplo.

Sabemos que vários imprevistos podem ocorrer, é preciso que os pais estimulem a criança a tentar prevê-los. Diante das disfunções executivas que apresenta, ela provavelmente terá dificuldades nesta etapa.

Reconhecidos os possíveis imprevistos, auxilie a criança a elaborar estratégias para resolvê-los. Por exemplo: se jogar videogame a faz esquecer de arrumar o quarto, que tal arrumar o quarto logo que chegar da escola para só depois ir jogar o videogame?

Para finalizar o plano de ação faça com que a criança aprenda a avaliar seu desempenho e reconhecer o progresso alcançado.

Os pais, juntamente com a criança, devem afixar os planos de ação no painel para que se torne uma referência permanente de recordação.

Missão	Arrumar meu quarto todos os dias.
Quando começa?	Domingo 12/03/2006
Que problemas podem me atrapalhar?	Ir jogar o videogame e esquecer do quarto.
Como resolver os problemas?	Arrumar o quarto logo que acordar.
Missão cumprida?	Sim (13/03).

Exemplo de planos de ação.

Treino de correspondência

Este treinamento consiste em ensinar à criança a relação entre o comunicar e o agir.

Por causa da impulsividade a criança com TDAH freqüentemente se arrepende do que faz, há uma falta de correspondência entre o que gostaria de fazer e o que ela efetivamente faz.

O treino de correspondência estimula a criança a falar o que gostaria de fazer antes de enfrentar a situação, e só depois avaliar os resultados de seu comportamento.

Por exemplo: nos últimos passeios a criança escapou dos pais e quase se perdeu. Um outro dia, antes de irem ao shopping, os pais explicaram à criança o risco dela se perder. Entendendo a situação ela verbaliza aos pais qual o comportamento que deseja

ter naquele dia, que será obediente e ficará junto deles o tempo todo. Na volta do passeio os pais ajudam a criança a avaliar se a sua proposição foi cumprida.

Essa técnica auxilia a criança a perceber e avaliar os seus comportamentos.

Não espere resultados imediatos, à medida que a habilidade de prever comportamentos for desenvolvida a criança conseguirá uma maior correspondência entre os seus pensamentos e atos.

Resolução de Problemas

Os portadores de TDAH apresentam uma baixa resolução de problemas provocada por suas disfunções executivas.

Ao longo do tempo, a percepção deste fato provoca insegurança e baixa auto-estima.

Por isso esta técnica cognitiva é uma das mais utilizadas no tratamento destes pacientes.

Ela compreende as seguintes etapas:

- 1) Reconhecimento do problema;
- 2) Criação de alternativas para sua resolução;
- 3) Avaliação das possíveis conseqüências de cada alternativa;
- 4) Escolha de uma das alternativas;
- 5) Avaliação dos resultados obtidos com a alternativa escolhida;
- 6) Aprimoramento da alternativa escolhida a partir da experiência acumulada.

Com a prática, a criança e o adolescente descobrem que, ao contrário do que julgavam, possuem habilidades próprias para resolver problemas, o que os torna mais seguros e com melhor auto-estima.

Auto-instrução

Com o desenvolvimento a criança progressivamente interioriza auto-instruções que no decorrer da vida lhe ajudarão no controle comportamental e na capacidade de atenção.

O adolescente que no meio da aula de física, percebe estar de repente pensando na festa do final de semana, pela auto-instrução é capaz de voltar sua atenção para o professor, deixando seus devaneios para mais tarde.

Existem evidências de que essa habilidade de auto-instrução, de conversarmos com nós mesmos num monólogo interior, é deficiente no portador de TDAH.

Existem técnicas cognitivas que ajudam a reabilitar esta habilidade e podem ser desenvolvidas através das estratégias que veremos a seguir.

Vamos usar como exemplo um pai que pretende estimular o filho na auto-instrução de se controlar para atravessar uma rua com segurança:

1) Falando em voz alta o pai modela para o filho como transcorreria o seu monólogo interior neste momento: “O que tenho que fazer agora? Bem, antes de descer o meio fio devo procurar uma faixa de pedestres, olha ela lá! Agora devo aguardar o sinal fechar. Vamos em frente, pronto, consegui! Parabéns pra mim, atravessei a rua com segurança (reforço positivo). Naquele outro lugar correria perigo”.

2) Num segundo momento, sob a supervisão do pai, a criança realiza a mesma tarefa instruindo a si mesma em voz alta (evite a Avenida Paulista);

3) A seguir o pai propõe outra tarefa similar cuja auto-instrução seja criada pela própria criança: dirigir o carrinho de compras no supermercado.

4) A criança executa esta tarefa sussurrando a auto-instrução.

5) Por fim, a criança executa as tarefas internalizando os monólogos de auto-instrução sob a supervisão do pai.

4) Administrando o Tempo

Quando falamos em administração do tempo naturalmente nos reportamos à capacidade de organização, já discutida anteriormente.

O que é importante neste tópico destacar é que o portador de TDAH, seja criança, adolescente ou adulto, apresenta o que Barkley chama de “miopia do tempo”.

As disfunções executivas do TDAH levam a uma baixa capacidade de percepção do tempo que trará grande ônus para o indivíduo ao longo da vida.

É comum o portador de TDAH estar sempre atrasado, perder prazos e demorar excessivamente em tarefas que não exigem tanto tempo para realizá-las.

Antes de combinar com um amigo um encontro em trinta minutos, o jovem deverá estimar quanto tempo levará para tomar banho, se trocar e chegar ao ponto de encontro.

Erros nesta programação podem causar constrangimento e dificuldades no relacionamento interpessoal.

Neste contexto, é produtivo que a criança ou o adolescente, com a ajuda dos pais, avalie o tempo necessário para a realização

das tarefas a contento, desta forma organizará melhor seu cronograma de atividades.

As tarefas que causam maior embaraço de tempo devem estar relacionadas no cronograma de atividades com os respectivos planos de ação para solucioná-las.

5) Prevenindo Comportamentos de Risco

No capítulo sobre o impacto do TDAH vimos que a criança e o adolescente com este transtorno encontra-se propenso a uma série de comportamentos de risco.

Estes comportamentos podem ter as mais diversas conseqüências, desde acidentes domésticos na criança pequena ao abuso e dependência de substâncias no adolescente.

Acidentes Domésticos

As crianças com TDAH devem ser permanentemente monitoradas. Todos os cuidados para prevenção de acidentes domésticos, intoxicações e envenenamentos devem ser tomados.

A prevenção deve ter início bem cedo, a partir do primeiro semestre de vida, quando a criança começa a apanhar objetos e levá-los à boca e, especialmente, no final do primeiro ano, quando aprende a engatinhar e andar sem apoio.

Daí em diante o trabalho só aumenta e dizem alguns que nunca mais tem fim! A curiosidade da criança alia-se à inconsciência dos perigos que a cerca, passa a abrir gavetas, mexer no fogão, testar as tomadas elétricas e escalar tudo o que vê pela frente.

Suas reações são bem imprevisíveis.

Em toda criança estes comportamentos são observados, na criança com TDAH ocorrerão numa intensidade e freqüência muito maior.

Os cuidados preventivos devem ser tomados no sentido de evitar quedas, afogamentos, ferimentos, ingestão ou sufocamento por objetos pequenos, queimaduras e envenenamentos.

O uso de grades na cama, cercadinhos e redes de proteção na varanda do apartamento é altamente recomendado, assim como redes de proteção na piscina.

Os brinquedos devem ser grandes o bastante para não serem engolidos e resistentes o suficiente para não se quebrarem em partes menores que possam ser ingeridas.

Mantenha remédios, produtos químicos, objetos pontiagudos (facas, tesouras e alfinetes) e aqueles que possam provocar

sufocamento (bexigas, sacos plásticos, feijão e moedas) fora do alcance destas crianças.

Ao passear de carro coloque seu filho, protegido pelo cinto de segurança ou outro equipamento adequado, no banco traseiro e acione a trava das portas.

Em passeios a lugares públicos mantenha-o sob sua rígida supervisão.

Dos lugares da casa, talvez a cozinha seja o mais perigoso para a criança. Mantenha-a longe do fogão e fora do alcance de líquidos, alimentos e objetos quentes.

Remova os botões do fogão enquanto não estiver em funcionamento e mantenha o braço das panelas virado para dentro.

Acidentes no Lazer

Na criança maior exija o uso de equipamento de proteção para a prática esportiva como capacetes, joelheiras e cotoveleiras.

A permissão para a prática de esportes radicais deve ser bem avaliada dado o risco potencial de acidentes, sobretudo numa criança ou adolescente que falha em conter seus impulsos e apresenta dificuldades de atenção.

A prática esportiva, no entanto, deve fazer parte da vida da criança e do adolescente com TDAH, pois estimula a disciplina, a atenção e o contato social.

Alguns esportes individuais promoverão maiores benefícios que outros, como por exemplo, o tênis, que a cada batida exigirá atenção, auto-instrução e coordenação focada do pequeno atleta.

Os esportes coletivos, mais atraentes para a criança com TDAH, ainda que favoreçam a distração, estimulam o contato social e as ações em grupo.

Comportamentos Sexuais de Risco

Traído por sua impulsividade, o adolescente com TDAH tende a não usar o preservativo, ficando exposto às doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez precoce indesejada.

Os pais devem investir na educação sexual deste jovem a todo custo, incentivando condutas para o sexo seguro e responsável.

O uso do preservativo e de outros métodos contraceptivos deve ser estimulado e viabilizado pelos pais.

Os meninos e as meninas devem elaborar planos de ação, como vimos aqui, para que não esqueçam, por exemplo, de levar e usar o preservativo ou de tomar o anticoncepcional.

Uso, Abuso e Dependência de Substâncias

Sabemos que nos dias de hoje as mídias e as amizades, freqüentemente exercem uma influência maior no jovem do que os próprios pais.

Uma análise destas fontes de informação e preferências nos faz muitas vezes constatar a primazia pelo prazer imediato.

Desta forma, o consumismo, o sexo e as drogas podem surgir para o jovem como únicas alternativas.

Nos indivíduos portadores de TDAH os mecanismos cerebrais relacionados ao prazer, recompensa e saciedade podem estar desajustados, favorecendo o uso, abuso e dependência de substâncias lícitas (álcool, tabaco) e ilícitas (maconha, cocaína, solventes, etc.).

Neste sentido, os pais devem ter em mente a importância de uma vigilância permanente de tudo o que mais influencia os seus filhos. Devem investigar, selecionar e avaliar os conteúdos destas fontes e tomar medidas preventivas.

O jovem também deve ser capacitado para avaliar criticamente as influências que recebe, tomar decisões e mudar comportamentos de risco.

Nesta batalha a informação é arma valiosa. Desde bem cedo os pais devem informar o filho sobre os riscos de exposição e as conseqüências do uso de drogas.

Especialmente para o jovem com TDAH, estas informações devem ser sistematicamente fornecidas, dado o risco de serem esquecidas com o tempo.

Um cuidado especial deve ser dado aos sentimentos de auto-estima e segurança. Sabemos que as drogas tendem a vitimar jovens inseguros e com baixa auto-estima, situações que freqüentemente estão associadas ao TDAH.

Aos Mestres

Nesta parte do programa sugerimos aos mestres e suas escolas, estratégias específicas a serem adotadas em sala de aula para melhorar o desempenho escolar do aluno com TDAH.

Como vimos ao longo deste livro, o aluno com TDAH freqüentemente apresenta problemas comportamentais e dificuldades de aprendizagem, a despeito de um grande contingente deles ter o privilégio de uma inteligência superior.

A percepção desta inteligência faz com que pais e mestres tenham dificuldades para entender o motivo do insucesso acadêmico e social destas crianças e adolescentes.

Os problemas comportamentais destes alunos na escola acabam provocando a criação de rótulos, posturas de esquivas dos colegas e professores e, por fim, a exclusão.

Cerca de 40% das crianças e adolescentes com TDAH trocam ou são expulsos de suas escolas e um contingente ainda maior sofrerá conseqüências do isolamento e marginalização social.

Neste sentido, é fundamental o suporte escolar para o aluno com TDAH.

Os mestres, agentes insubstituíveis do ensino, devem obrigatoriamente ser capacitados em TDAH, 6 a 8% dos seus alunos apresentam este transtorno. O perfil comportamental e cognitivo destes alunos é especial e a capacitação permitirá o uso de estratégias específicas bastante eficazes.

A escola, estação do conhecimento e porto seguro da nossa infância e adolescência, deve aceitar o desafio de reavaliar seus métodos, capacitar e dar suporte aos mestres para que inovem em estratégias dirigidas a esta clientela.

Para a viabilização de algumas destas estratégias, os mestres deverão contar com o apoio irrestrito da escola. Este apoio refletirá a consciência da escola sobre o problema e sua confiança no profissional.

No entanto, a prática da grande maioria destas estratégias dependerá exclusivamente da motivação, vocação e criatividade dos mestres.

Muitas das orientações dadas aos pais neste programa podem e devem ser seguidas pelos mestres. A recíproca também é verdadeira uma vez que os pais também podem utilizar algumas destas práticas na supervisão das tarefas escolares.

Os mestres devem identificar as deficiências e potencialidades do aluno e intervir, respeitando sua individualidade e as limitações impostas pelos contextos familiar, escolar e social.

Estratégias Gerais

1) Torne o processo de aprendizado o mais concreto e visual possível. As instruções devem ser curtas e objetivas. Utilize recursos visuais.

2) Evite enfatizar os fracassos do aluno ou comparar seu desempenho ao de outros.

3) Escolha um tutor para ele, um outro aluno que tenha habilidades para ser seu “amigo de estudo”.

4) Reúna-se com os pais freqüentemente, evite que este contato seja apenas nos momentos de crise.

5) Os grupos de trabalho são bem vindos, mas cuide para que não tenham mais do que três alunos.

6) Na medida do possível, dê assistência individual a este aluno, cheque seu entendimento a cada passo da explicação e use seu caderno para dar exemplos.

7) Designe responsabilidades e torne-o seu ajudante em sala de aula.

8) Avalie mais a qualidade do que a quantidade do seu trabalho.

Estratégias Específicas

A seguir vejamos algumas estratégias dirigidas a dificuldades específicas que o aluno com TDAH pode apresentar:

1) Atenção.

2) Memória.

3) Linguagem (oral e escrita).

4) Cálculo.

5) Percepção Visual.

6) Tratamento de Informações.

Dificuldade de Atenção

Como ajudar este aluno?

1) O aluno deverá sentar na primeira fileira da classe, longe da janela e da porta, próximo ao professor. Se possível coloque-o sentado próximo a outro aluno que seja bem atento, “bom ouvinte” e que não o distraia com tanta freqüência.

2) Somente o material necessário deverá ficar em cima da mesa. No caso de crianças pequenas vale a pena guardar seu material e fornecer somente o necessário.

3) Uma agenda ou fichário pode ser um bom instrumento para ajudar o aluno a se organizar. Peça para anotar os deveres e recados e se certifique de que ele o fez.

4) Utilize cores vivas nos diferentes recursos visuais.

5) Se assegure de que o aluno escutou e entendeu as explicações e instruções.

6) Mantenha na lousa apenas as informações necessárias para o tema.

7) Programe pausas e outras recompensas para atitudes adequadas, como se comportar bem e permanecer atento à aula. O importante é que essas recompensas não sejam distantes, mas programadas para curto prazo.

8) Antes de iniciar uma nova matéria utilize alguns minutos para recordar a matéria anterior. Desta forma criará elos entre os assuntos o que favorecerá a atenção e fixação das informações na memória.

9) Coloque um pequeno símbolo, algo como uma estrela, ao longo dos trabalhos de classe para que você monitore onde o aluno se encontra nestas atividades. Peça para ele lhe avisar quando chega às estrelas, pois isso também exercerá um reforço positivo ao seu desempenho.

10) No livro, apostila ou caderno, encubra outros exercícios com uma folha para que este aluno se ocupe com um exercício de cada vez. Espace as questões nas folhas de avaliação para que enquanto responde uma, não se distraia com outra questão.

11) Após uma pergunta, dê um tempo extra para reflexão.

12) Evite que o aluno termine em casa o trabalho que não conseguiu terminar em classe.

13) Fracione a oferta de informação. Divida projetos longos em segmentos curtos.

14) Na medida do possível permita que este aluno faça suas avaliações em um lugar com menos estímulos que possam roubar sua atenção.

Dificuldades de Memória

O aluno com TDAH pode apresentar dificuldades nas memórias de curto e de longo prazo.

A memória de curto prazo ou memória de trabalho é responsável por manter uma informação ativa na mente por um curto período de tempo, enquanto manipulamos outras informações.

A memória de longo prazo armazena informações apreendidas no passado. Pode ser classificada em declarativa semântica (lembrar uma informação lida em um livro, por exemplo), declarativa episódica (lembrar de fatos e eventos vivenciados no passado) ou procedural (andar de bicicleta, nadar, tocar um instrumento).

Como ajudar este aluno?

- 1) Dê instruções curtas e objetivas, se necessário por escrito.
- 2) Dê significado à informação. Use a memória visual para ajudar a codificação da memória verbal. Por exemplo, utilize filmes e documentários como recursos para o aprendizado.
- 3) Se o aluno tem dificuldades para fixar o que é visual utilize recursos verbais. Por exemplo, incentive-o a gravar as aulas para recordá-las em casa.
- 4) Alguns alunos com TDAH só conseguem consolidar as informações com o recurso da repetição. Identificando este aluno, repita a informação para ele sempre que tiver oportunidade.
- 5) Outros alunos têm dificuldades para recuperar uma informação apreendida e armazenada em sua memória de longo prazo. Nesta situação forneça pistas para que ele se esforce em encontrar a resposta. Por exemplo, diga a primeira letra ou a categoria da resposta ou lhe dê as possíveis alternativas.

Dificuldades de Linguagem

As dificuldades na linguagem ocorrem com certa frequência na criança ou adolescente com TDAH.

As dificuldades de linguagem oral compreendem a disartria, a disfasia e as relacionadas à consciência fonológica.

A disartria se manifesta por dificuldades na articulação das palavras e geralmente é provocada por problemas orgânicos podendo compreender a boca ou a faringe.

A disfasia, por sua vez, é uma alteração na origem da linguagem em áreas específicas do sistema nervoso. Pode se manifestar por dificuldades na compreensão ou na expressão da linguagem. Não é provocada por incapacidade intelectual, deficiência auditiva ou falta de estímulo.

As desordens relacionadas com a consciência fonológica se manifestam por dificuldade em decompor palavras em sons, sendo uma habilidade muito importante para leitura.

Para aprender a ler, a criança precisa aprender a associar as letras aos sons correspondentes (correspondência de grafema e fonema), ligar as consoantes e vogais e associar as sílabas. Ela deve igualmente memorizar as palavras, já que a pronúncia nem

sempre corresponde à escrita, sendo assim quando há problema em algum desses processos podemos ter a chamada dislexia.

A dislexia é um distúrbio neurológico que compromete a aquisição da linguagem, mais especificamente da leitura, mas pode ter manifestações na escrita.

Didaticamente podemos classificá-la em dislexia fonológica (dificuldade em ler palavras novas ou palavras inventadas) ou viso-espacial.

A dislexia viso-espacial provoca dificuldades no reconhecimento visual das palavras, erros persistentes na orientação espacial das letras e dos números na escrita e na leitura, incapacidade de extrair o sentido das palavras.

Além de outras manifestações, é muito comum em crianças com esse tipo de dislexia confundir palavras semelhantes e saltar linhas durante a leitura sem perceberem.

Como ajudar este aluno?

1) Mostre ao aluno estratégias de recuperação. Relacione informações a imagens e depois, quando for checar seu conhecimento, mostre as imagens para ajudá-lo na recuperação das informações.

2) Se assegure regularmente de que o aluno compreendeu as explicações dadas.

3) Não economize recursos visuais e demonstrações nas explicações.

4) Insista para que o aluno se manifeste quando não entender a explicação. Combine códigos com ele para que não se sinta constrangido por interromper freqüentemente as explicações. Esta cumplicidade entre o aluno e o mestre será positiva em todo o processo de aprendizagem.

5) Leia as instruções para este aluno.

6) Utilize preferencialmente as avaliações orais. Nas avaliações escritas utilize testes de múltipla escolha.

7) Se o aluno tem dificuldades de leitura ou de escrita, não o exponha ao grupo, evite que leia ou escreva em público. O constrangimento pode fazer com que desista de aprender a ler.

8) Se o aluno apresenta dificuldade de interpretação de textos, peça para que leia as perguntas de interpretação antes de iniciar a leitura do texto.

9) Para saber se um livro é muito difícil para o aluno ler em casa, escolha aleatoriamente uma página e peça para que marque as palavras desconhecidas. Se ele marcar mais do que cinco palavras procure outro livro mais fácil.

10) Quando existir confusão entre palavras que se assemelham, coloque-as dentro de um contexto para que haja confronto e diferenciação.

11) Ensine o aluno a criar imagens mentais para a associação com palavras e letras.

12) Escolha textos onde as palavras trabalhadas sejam freqüentemente repetidas.

13) Evite textos muito longos.

14) Na correção de redações dê prioridade ao conteúdo. Corrija a forma oportunamente.

15) Encoraje o uso de dicionários.

Dificuldades de Cálculo

A dificuldade de realização de cálculos pode ser de várias ordens: na seriação, conservação da quantidade, contagem e organização dentro do tempo e do espaço.

Outras dificuldades específicas da aprendizagem podem interferir na habilidade de cálculo.

As dificuldades de memória podem impedir a memorização da tabuada, dos fatores matemáticos e o encadeamento de operações.

Os distúrbios de linguagem, por sua vez, podem prejudicar a compreensão dos conceitos em matemática.

Como ajudar este aluno?

1) Podemos reeducar os movimentos de contagem, seriação, reagrupamento e correspondência utilizando fichas e papel quadriculado.

2) Reduza o número de problemas por página.

3) Permita o uso de material concreto para manipulação (moedas, botões, fichas).

4) Cuide para que os números dos exercícios não se misturem com os números dos cálculos.

5) Se necessário, tome medidas específicas para corrigir dificuldades de memória e linguagem.

Dificuldades de Percepção Visual

A percepção visual é um conjunto de processos que analisam e integram as informações visuais.

Dentre os vários processos temos a coordenação viso-motora, que harmoniza a ação da mão com os olhos, fundamental para a leitura e escrita.

Como ajudar este aluno?

- 1) Peça para o aluno seguir as linhas com o dedo enquanto lê.
- 2) Evite expor suas dificuldades ao grupo.
- 3) Estimule-o a arrumar a mesa sempre da mesma maneira, para que ache rapidamente o seu material.
- 4) Retire decorações excessivas das folhas de trabalho.
- 5) Estimule-o a escrever com letras maiores e deixar espaço entre as informações escritas.
- 6) Se assegure que o aluno esteja na página correta antes de iniciar as explicações.
- 7) Treine com frequência os conceitos espaciais (acima, embaixo, sob, sobre, direita, esquerda, etc.).
- 8) Ensine-o a espaçar as palavras utilizando seu dedo indicador entre elas.
- 9) Se este aluno tem dificuldades para se organizar utilize marcas visuais (flechas direita e esquerda, por exemplo) e lembretes na sua mesa, livros e cadernos.

Dificuldades no Tratamento de Informações

As dificuldades no tratamento de informações podem se manifestar de várias formas.

A criança pode ter dificuldade de posicionar elementos dentro de uma determinada seqüência, por exemplo, nomeia todos os dias da semana para conseguir encontrar a posição da quinta-feira ou para concluir que ela vem depois da quarta-feira (dificuldade seqüencial).

Pode manifestar dificuldades para compreender uma informação dentro de um contexto, confundir palavras de sentido dúbio, entender piadas ou gozações (dificuldade de abstração).

A dificuldade pode ser de organizar e integrar a informação num conjunto de outras informações. Essas crianças não conseguem organizar uma idéia geral à medida que recebem a informação (dificuldade de organização das informações).

Pode ainda exibir uma lentidão no tratamento das informações.

Como ajudar este aluno?

- 1) Forneça planos de ação como vimos no capítulo anterior. Se o trabalho for longo, divida-o em partes, cada qual com seu prazo de execução.
- 2) Primeiro mostre o conjunto para depois ir aos detalhes.
- 3) Nas explicações faça uso de exemplos da vida cotidiana e demonstrações.
- 4) As explicações devem ser concretas.

5) Destaque a importância do aprendizado de determinada informação.

6) Crie elos entre as novas informações e as anteriormente aprendidas.

7) Nunca dê dois objetivos a serem trabalhados de uma só vez.

8) Ensine-o como fazer resumos.

9) Mostre como fazer anotações no decorrer da leitura.

Observações Finais

Caso o mestre identifique no aluno com TDAH qualquer uma destas dificuldades, deverá comunicar aos pais.

Se a dificuldade não havia sido identificada na avaliação com o especialista, este também deve ser alertado para que medidas específicas sejam providenciadas.

Procure manter um contato regular com os pais e os profissionais que atendem o aluno com TDAH. Esta rede de cooperação funcionará na medida em que estiver integrada e atuante.