

FACULDADES INTEGRADAS FAFIBE
CURSO DE PSICOLOGIA

SILVIA SANTOS PIMENTEL MIGLINO

ASPECTOS RELEVANTES DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM
HIPERATIVIDADE

BEBEDOURO
2009

SILVIA SANTOS PIMENTEL MIGLINO

ASPECTOS RELEVANTES DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM
HIPERATIVIDADE

Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia apresentado as Faculdades Integradas Fafibe, sob a orientação da Profa. Dra Débora L. F. P. Paro para obtenção do Título de Psicólogo.

BEBEDOURO
2009

Miglino, Silvia Santos Pimentel.

Aspectos relevantes do transtorno do déficit de atenção / Silvia Santos Pimentel Miglino -- Bebedouro: Fafibe, 2009.

43f. ; 29,7cm

Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia -
Faculdades Integradas Fafibe, Bebedouro, 2009.

Bibliografia: f. 35-36

1. TDAH. 2. Atenção. 3. Distúrbio. 4. Déficit. I. Título.

SILVIA SANTOS PIMENTEL MIGLINO

ASPECTOS RELEVANTES DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM
HIPERATIVIDADE

Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia apresentado as Faculdades Integradas Fafibe, sob a orientação da Profa. Dra Débora L. F. P. Paro para obtenção do Título de Psicólogo.

Banca examinadora

Orientador: Profa. Dra. Débora L. F. P. Paro - Faculdades Integradas Fafibe

Examinadora: Profa. Dra. Andreza C. Ribeiro - Faculdades Integradas Fafibe

Bebedouro, 24 de novembro de 2009.

Dedico este trabalho a Deus, às minhas filhas, ao meu marido, aos meus pais, que me concederam a oportunidade de estar aqui, aos professores, que demonstraram compreensão ao longo do curso e aos verdadeiros amigos que tenho, que me auxiliaram durante o curso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus que me proporcionou a esta altura, após longos anos, a oportunidade de concluir mais esta etapa de minha vida que, durante 32 anos, parecia impossível de alcançar.

A minha querida mãe (IN MEMORIAN), que com certeza de onde estiver vibrou com esta decisão, pois ela sempre acreditou que eu iria concluir esta etapa de minha vida, a formação de psicóloga.

Ao meu pai que soube entender que estava me ausentando de sua residência para concluir o sonho de uma vida.

Às minhas filhas, Maria Augusta, Maria Silvia, Gabriela e Eduarda, os maiores presentes que Deus poderia me dar, que me deram apoio incondicional, incentivando-me sempre. Perdão por estar ausente muitas vezes, quando vocês precisaram e obrigada por terem entendido minha ausência.

Ao meu marido que, pacientemente, concordou com minha ausência dos afazeres domésticos e até mesmo de esposa em virtude dos meus estudos. Muito obrigada pelo incentivo, paciência e apoio. Sem você, seria impossível. Meu eterno obrigada!

Um especial agradecimento às minhas amigas pelo companheirismo, pela atenção incondicional que me deram durante o curso, em especial a Aline, Carol, Maria, Talita e João Paulo sempre oferecendo-me a mão amiga. Desculpem por solicitar tanto a atenção de vocês. Que Deus ilumine o caminho de todas vocês.

A minha filha Maria Augusta, que com todo o seu conhecimento e didática, me orientou nas correções ortográficas deixando seus compromissos para me auxiliar na verificação deste trabalho, o meu mais eterno obrigada!

À Viviane, secretária da clínica de psicologia que sempre procurou colaborar comigo na composição dos meus horários de atendimento, obrigada!

Aos funcionários da Fafibe, Marisa Graziadei e Fabiano que me orientaram gentilmente sobre as normas da ABNT, de coração muito obrigada.

Aos professores de forma geral, por me proporcionarem um maior aprendizado, ao passarem os seus conhecimentos preciosos, que certamente serão imprescindíveis para minha formação.

Não poderia deixar de agradecer a professora e amiga Laura, que muitas vezes mostrou-me a importância da psicanálise e durante as supervisões elogiou-me sobre meus atendimentos ao paciente, fazendo desta forma com que eu me sentisse mais confiante e capaz, querida o meu muito obrigada!

À minha orientadora, Professora Dra. Débora, por ter aceitado a orientação deste trabalho, mesmo tendo sua agenda lotada e acreditando em mim e sempre me apoiando durante a sua elaboração. Obrigada pelas sugestões e críticas. Sem você, este não seria possível.

À professora Andreza, que por muitas vezes reforçou-me durante o curso para o aprimoramento dos atendimentos ao paciente e por ter gentilmente aceito participar desta banca.

O meu muito obrigado a todos vocês, pois não sei se, sozinha, seria forte o suficiente para encarar este desafio a esta altura de minha vida.

Muito Obrigada!

“Todo o bem que pudermos fazer,
toda a ternura que pudermos dar,
que o façamos agora, neste
momento, porque não passaremos
duas vezes pelo mesmo caminho”

Eduardo Boudakian

RESUMO

Esta monografia de conclusão de curso teve como objetivo analisar o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, com base em uma revisão bibliográfica, considerando as contribuições dos autores pesquisados para a conceituação e o entendimento mais aprofundado do distúrbio. O conhecimento sistematizado das causas e dos mecanismos envolvidos no TDAH permitirá ampliar a gama de conhecimentos da área de psicologia, de modo a favorecer que profissionais tenham ferramentas mais sólidas para a redução do sofrimento dos seus pacientes acometidos por este distúrbio. Neste sentido, esta revisão bibliográfica, além de favorecer a obtenção de um panorama dos conhecimentos de diferentes autores sobre o tema, poderá contribuir para a disseminação destas informações na atuação prática do psicólogo, trazendo novas perspectivas de entendimento.

Palavras-chave: TDAH. Atenção. Distúrbio. Déficit.

ABSTRAT

The aim of this Study was to analyze the Attention Deficit Disorder, by means of a literature review, addressing the contributions of selected authors for the conceptualization and deeper understanding of the disorder. The study states that the systematic knowledge of the causes and mechanisms involved in the DDA will widen the range of knowledge of psychology, so as to enable professionals with stronger tools in order to reduce the difficulties of their patients suffering from this disorder. Therefore, this literature review, besides facilitating the achievement of an overview of the contributions of different authors on the subject, may contribute to the spreading of this information in their daily practice of psychologists, opening new perspectives.

Keywords: Hyperactivity. DDA. Attention. Disorders.

SUMÁRIO

DEPOIMENTO PESSOAL.....	10
1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Justificativa	12
1.2 Objetivos	12
1.3 Metodologia	13
2 ASPECTOS RELEVANTES DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO.....	14
2.1 Causas	17
2.2 Sintomas no adulto com TDAH	22
2.3 CrITÉrios diagnÓsticos sugeridos para o Transtorno de Déficit de Atenção com hiperatividade em adultos	24
2.4 DiagnÓstico	27
3 TRATAMENTOS	29
3.1 Como tratar TDAH em crianÇas e adolescentes?	29
3.2 Como tratar TDAH em adultos	30
3.3 Tratamentos com medicamentos	31
4 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE AO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS.....	35
ANEXOS	37
ANEXO A – Sintomas	38
ANEXO B – Tratamentos	39
ANEXO C – Tratamento medicamentoso.....	40
ANEXO D – DiagnÓstico	41
ANEXO E- Neurofeedback - Novidade no tratamento para TDAH.....	43

DEPOIMENTO PESSOAL

Sendo portadora do Transtorno do Déficit de Atenção e tendo descoberto a existência do distúrbio já na idade adulta, me interessei em estudar o tema no intuito de, com a minha formação de psicóloga clínica, poder ajudar a tantas outras pessoas que tenham TDAH a terem uma melhor qualidade de vida, sem que passem pelo sofrimento e pela angústia que passei, diversas vezes, durante anos de minha vida.

Por não ter conhecimento sobre o assunto, muitas vezes acreditei ser uma pessoa inferior aos meus colegas, por não conseguir prestar atenção às aulas e por achar que tinha um QI muito abaixo da média dos alunos da escola, passando até mesmo por humilhações, por sentir-me a mais incompetente das crianças.

Conforme os anos passaram, eu cresci com as mesmas dificuldades que tinha em minha infância, não conseguindo superá-las, pois minha auto-estima estava sempre muito baixa.

Só na idade adulta, após meus quarenta anos, depois de muita luta e muita pesquisa, descobri a existência do TDAH e percebi que eu me identificava com as descrições características do transtorno. Foi então que comecei a me interessar mais pelo assunto e a buscar ajuda através de tratamentos medicamentosos e terapêuticos.

Hoje consigo lidar melhor com esta situação e compreendo porque tive tantas dificuldades. Acredito que o esclarecimento sobre o assunto seja de grande valor para que as pessoas possam compreender melhor suas dificuldades e buscar as maneiras adequadas para superá-las.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, considerando-o como um distúrbio habitualmente de longa duração, o que faz com que se estenda até a idade adulta e que se manifeste por três grupos de sintomas: desatenção, hiperatividade e impulsividade.

A desatenção pode ser identificada pelos seguintes sintomas: dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e de trabalho; dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra; não seguir instruções e não terminar tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais; dificuldade em organizar tarefas e atividades; evitar, ou relutar, em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante; perder coisas necessárias para tarefas ou atividades; ser facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa e apresentar esquecimentos em atividades diárias (SANTOS, 2008).

A hiperatividade se caracteriza pela presença freqüente das seguintes características: agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira; abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; correr ou escalar em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado; dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer; estar freqüentemente “a mil” ou muitas vezes agir como se estivesse “a todo o vapor”; e falar em demasia (SANTOS, 2008).

Os sintomas de impulsividade são: freqüentemente dar respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas; com freqüência ter dificuldade em esperar a sua vez; e freqüentemente interromper ou se meter em assuntos de outros (SANTOS, 2008).

As primeiras referências a estes transtornos são encontradas na literatura médica somente após a metade do século XIX. Entretanto, percebe-se que sua nomenclatura vem sofrendo alterações contínuas, ou seja, na década de 40, surgiu a designação “lesão cerebral mínima”, que, já em 1962, foi modificada para “disfunção cerebral mínima”, reconhecendo-se que as alterações características da síndrome relacionam-se mais a disfunções em vias nervosas do que propriamente a lesões nas mesmas (ROHDE et al., 2000).

Pesquisando-se os sistemas classificatórios modernos utilizados em psiquiatria, CID-102 e DSM-IV3, verifica-se que eles trazem, quanto à classificação do transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade, bastantes similaridades, bem mais do que diferenças nas diretrizes diagnósticas, embora utilizem nomenclaturas diferentes. Ou seja, no DSMIV aparece como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e no CID-10 como transtornos hipercinéticos (ROHDE et al., 2000).

Tendo em vista o recente conhecimento sobre o tema e a relativa escassez de pesquisas e estudos sistematizados, este trabalho tem como proposta fazer uma revisão bibliográfica, com base em autores que pesquisam sobre o DDA/TDAH a fim de resgatar suas contribuições para um conhecimento mais aprofundado deste distúrbio, que traz dificuldades a tantas pessoas.

1.1 Justificativa

Sabendo-se que o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH é um problema que acompanha o paciente ao longo de sua vida e que os estudos a respeito do tema ainda são escassos, acredita-se que o conhecimento sistematizado das causas e dos mecanismos nele envolvidos permitirá ampliar a gama de conhecimentos da área de psicologia, de modo a favorecer que profissionais tenham ferramentas mais sólidas para a redução do sofrimento dos indivíduos acometidos por este distúrbio. Assim, a realização de uma revisão bibliográfica sobre o tema pode favorecer a obtenção de um panorama de visões de diferentes autores sobre o TDAH, contribuindo para a disseminação destas informações na atuação do psicólogo.

1.2 Objetivos

Este estudo tem como objetivos:

- a) definir o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade;

- b) apresentar as contribuições de alguns autores para a conceituação e o entendimento do distúrbio;
- c) descrever como ocorre o processo de diagnóstico e tratamento;
- d) apresentar a importância do psicólogo na parceria do tratamento de adultos com TDAH.

1.3 Metodologia

Esta monografia é um estudo exploratório, a respeito do Transtorno do Déficit de Atenção, elaborado a partir de uma revisão bibliográfica, com base em livros, artigos científicos e bases de dados. A seleção dos autores e dos materiais utilizados ocorreu com base no interesse temático.

2 ASPECTOS RELEVANTES DO TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE

O conhecimento sistematizado do Transtorno do Déficit de Atenção – DDA, em adultos e o entendimento dos mecanismos envolvidos no mesmo, poderão trazer mais conhecimentos para a área psicológica, favorecendo os profissionais a terem acesso a ferramentas mais sólidas para a redução do sofrimento dos indivíduos acometidos por este distúrbio.

De acordo com Rohde et al. (2000), as primeiras referências aos transtornos hipercinéticos apareceram na literatura médica durante a metade do século XIX. Entretanto, desde a sua primeira descrição sobre a condição clínica, considerada hoje como DDA, a nomenclatura que a descreve vem sofrendo alterações (ROHDE et al., 2000).

Segundo este mesmo autor, na década de 40 houve a designação “lesão cerebral mínima”, que já em 1962, foi modificada para “disfunção cerebral mínima”, pois se percebeu que o DDA referia-se mais a uma disfunção em vias nervosas do que a uma lesão nata. Depois, outras definições como síndrome da criança hiperativa, distúrbio primário da atenção, distúrbio do déficit de atenção com ou sem hiperatividade, foram aparecendo para descrever o mesmo quadro clínico que, hoje, o CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) classifica como transtorno hipercinético e o DSM-IV (Diagnóstico e Manual Estatístico, edição dos Distúrbios mentais da quarta Associação Psiquiátrica Americana, 1994) denomina como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (ROHDE et al., 2000).

Possa, Spanemberg e Guardiola (2005 apud SANTOS, 2008), definem o TDAH como “alterações dos sistemas motores, perceptivos, cognitivos, de comportamento, comprometendo o aprendizado de crianças com potencial intelectual adequado”.

Já para Topczewski (2002, apud SANTOS, 2008), para o TDAH não existe uma definição unânime entre os estudiosos do assunto, mas todos concordam que existe um comprometimento significativo no comportamento dos indivíduos portadores deste transtorno.

Segundo Cypel (2007) e Benczik (2000), é difícil estabelecer na literatura o momento preciso em que se determinou que essas manifestações correspondiam a uma outra condição em particular.

Ainda segundo Benczik (2000), no ano de 1890, os médicos; que trabalhavam com pessoas que apresentavam dano cerebral e sintomas de desatenção, impaciência e inquietação, como também o modelo similar de conduta exibido por indivíduos retardados, sem história de traumas; levantaram hipóteses de que estes comportamentos em indivíduos retardados resultavam de um mesmo tipo de dano ou de uma disfunção cerebral”. Foi neste momento, que se determinou que essas manifestações corresponderiam a uma condição em particular.

Stiil (1902 apud BENCZIK, 2000), descreve um problema que denominou como um defeito na conduta moral, que resultava em uma incapacidade da criança para internalizar regras e limites, como também em uma manifestação de sintoma de inquietação, desatenção e impaciência. Desta maneira, estes sintomas poderiam ser conseqüências de danos cerebrais, hereditariedade e disfunção ou problemas ambientais.

De acordo com Sampaio (2004), foi no período da primeira guerra mundial que Dupré, um dos primeiros autores a escrever sobre o TDAH, afirmou tratar-se de uma lesão cerebral mínima.

Em 1962, em um simpósio em Oxford, ficou oficializado o emprego do termo “disfunção cerebral mínima” para caracterizar este quadro clínico (SAMPAIO, 2004). O autor aponta ainda que, segundo estudos realizados em 1966, esta disfunção pode originar-se de variações genéticas, irregularidades bioquímicas, sofrimento peri-natal, moléstias ou traumas sofridos durante os anos críticos para a maturação do sistema nervoso central.

Verifica-se que o termo “Disfunção Cerebral Mínima” foi utilizado no meio científico até 1980, quando a associação psiquiátrica americana propôs uma nova denominação, a de “Síndrome do Déficit de Atenção” que passou a englobar tanto a hiperatividade como as demais funções que se originam da falta de maturação do sistema nervoso central (SAMPAIO, 2004).

Deste modo, pode-se classificar o Transtorno do Déficit de Atenção por sinais claros e repetitivos de desatenção, inquietude e impulsividade, mesmo quando pacientes tentam não mostrá-los. Ou seja, a sua conceituação se compõe da descrição de um conjunto de sinais e sintomas, sendo que seu diagnóstico até o

presente momento utiliza puramente o critério clínico, pois não existe qualquer método laboratorial, de neuroimagem ou neurofisiológico, entre os exames complementares capazes de confirmar o diagnóstico (CYPEL, 2007, p.23).

Segundo Facion (1991), os indivíduos com este transtorno podem não prestar muita atenção a detalhes ou podem cometer erros por falta de cuidados nos trabalhos escolares ou outras tarefas. Esses indivíduos têm dificuldade de manter a atenção, o que ocasiona a impressão de estarem com a mente em outro local, ou de não escutarem o que recém foi dito. Deste modo não atendem a solicitações ou instruções, fracassando na conclusão das tarefas.

Já de acordo com Benczik (2000), o indivíduo com TDAH apresenta um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais freqüente e severo do que aquele tipicamente observado em crianças de mesma idade, ou seja, que se encontram em níveis equivalentes de desenvolvimento. Tais características em crianças acabam por configurar um grande desafio para os pais e professores, pois estas são identificadas como desobedientes, preguiçosas, mal educadas e inconvenientes, não conseguindo se adaptar adequadamente ao meio que vivem e nem corresponder às expectativas dos adultos. Isto ocasiona um aumento do nível de estresse dos adultos que convivem com elas, sentindo-se, portanto, perdidos quanto ao modo de lidarem com as crianças portadoras desta síndrome.

As manifestações comportamentais, de acordo com Facion (1991), geralmente aparecem em múltiplos contextos e os sinais do transtorno podem ser mínimos ou estarem ausentes quando o indivíduo se encontra sob um controle rígido, está em um contexto novo, está envolvido em atividades especialmente interessantes, em uma situação a dois ou enquanto recebe recompensas freqüentes por um comportamento apropriado.

Este autor aponta, quanto à epidemiologia, que a hiperatividade não representa um produto da civilização ocidental. Portanto, os sintomas de TDAH são aparentemente independentes do tempo e da cultura. Entretanto, observa-se que este transtorno é muito mais freqüente no sexo masculino.

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade tem varias possíveis causas, algumas das quais se encontram descritas na próxima seção.

2.1 Causas

Os conhecimentos científicos sobre as causas e suas influências sobre o cérebro e o comportamento humano têm aumentado muito nas duas últimas décadas.

“Ainda assim é inicial o nosso conhecimento: temos mais hipóteses do que certezas sobre o assunto” (BENCZIK, 2000, p.30).

Segundo Facion (1991), há uma série de hipóteses relacionadas com este transtorno, sendo elas:

Defeitos orgânicos cerebrais: Supõe-se que um distúrbio da função do cérebro na primeira infância ocasionada por uma lesão pré, peri ou pós natal, no sistema nervoso central, poderia ser causada por problemas circulatórios, tóxicos, metabólicos etc., ou por problemas físicos no cérebro durante a primeira infância, causados por infecção, inflamação e traumatismos e também por estresse. Estes sinais muitas vezes são sutis e sub-clínicos (FACION, 1991).

“O autor ainda afirma que os mecanismos exatos como se desenvolve um transtorno de várias funções dos centros nervosos são ainda desconhecidos”. Exames como eletro-encefalogramas, ressonância magnética ou tomografias computadorizadas ainda não reconhecem os indícios para diagnósticos específicos para a identificação do transtorno.

Fatores neuroquímicos: nas experiências em clínica, com o uso de estimulantes (anfetaminas entre outros) ou drogas tricíclicas (desipramina), os resultados terapêuticos que se podem conseguir são evidentes em crianças hiperativas.

Supõe-se por isto, uma ação desequilibrada dos centros excitatórios e inibidores do sistema nervoso central causada por distúrbios no metabolismo de aminoácidos e dos neurotransmissores: serotonina, dopamina e noradrenalina. Não existem claras evidências implicando um único neurotransmissor no desenvolvimento do TDAH. Neste processo podem estar envolvidos muitos neurotransmissores.

Fatores genéticos: segundo Rohde et al. (2000) e Benczik (2000), foram as investigações com familiares e gêmeos de crianças com TDAH que indicaram uma alta correlação das crianças atingidas.

Em famílias com mais de um hiperativo, foram encontrados alcoolismo e distúrbio sóciopata nos pais e distúrbio histérico nas mães. É suposta aqui uma sucessão poligenética em consequência destes fatores (FACION, 1991).

Existem estudos que sugerem uma prevalência de Transtornos de Humor e de Ansiedade, Transtorno da Aprendizagem, Transtornos relacionados a substâncias e Transtornos da Personalidade Anti-social nos familiares de indivíduos com TDAH (BARKLEY, 1995 apud FACION, 1991).

Fatores alergênicos: após observações de casos clínicos isolados, há alguns anos em países anglo-americanos, discute-se a possibilidade de que este transtorno seja causado por determinados ingredientes presentes nos alimentos. Uma organização não governamental, sediada em Novo Hamburgo, na Alemanha, faz experimentos há vários anos com crianças portadoras de TDAH usando a dieta livre de fosfato.

Segundo Facion (1991), são bastante promissores os resultados, em vários casos divulgados através de folders e boletins informativos. Ele argumenta, contudo, que não puderam ser confirmadas as altas expectativas iniciais. Somente no caso de certas crianças e somente sob certas condições. Por exemplo, a dieta de fosfato mostrou-se eficaz.

Os estudos com pessoas que tiveram traumatismos, tumores ou doenças na região frontal orbital, apresentaram sintomas parecidos com os do TDAH e falam a favor do comprometimento dessa área específica do cérebro.

Em comparação com outras espécies a região frontal orbital, no ser humano, é uma das mais desenvolvidas e parece ser responsável pela inibição comportamental, pela capacidade de prestar atenção, pelo autocontrole e planejamento para o futuro.

Estudos em laboratórios, com animais, nos quais foram produzidas lesões nesta mesma região do cérebro, também apresentaram sintomas parecidos, reforçando as evidências na mesma direção (BENCZIK, 2000). O que parece estar alterado nesta região cerebral é o funcionamento das substâncias neurotransmissoras (a dopamina e a noradrenalina). Estas substâncias passam informações para diversas partes do cérebro.

Em estudos feitos com a Ritalina, ficou comprovado que a medicação aumenta a quantidade dessas substâncias no cérebro, diminuindo assim sintomas de TDAH (BENCZIK, 2000).

Entretanto, a idéia de que o Transtorno do Déficit de Atenção seja causado por uma menor quantidade de um ou dois neurotransmissores permanece promissora, porém as provas ainda não estão confirmadas (BENCZIK, 2000).

Pesquisadores da Universidade de Kansas evidenciaram em um estudo, no qual utilizaram técnicas de imagem cerebral, a redução da atividade metabólica cerebral nas regiões frontais de pacientes com TDAH, comparados com pacientes com outros transtornos psiquiátricos, o que reforça a idéia de uma alteração específica do TDAH e não um achado ligado a psicopatologias em geral (BENCZIK, (2000).

Continuando no pensamento de Benczik (2000), o autor afirma que se sabe mais sobre o que não causa essas alterações do que sobre as reais causas do TDAH.

Alguns dos fatores Etiológicos:

Hereditariedade: conforme sugerido pelas pesquisas com famílias, gêmeos e adotados parece ser substancial a contribuição genética para TDAH. Foi indicada uma herança bastante alta no estudo com gêmeos, chegando a 70% em algumas investigações. Uma alta incidência das mesmas patologias que ocorrem associadas ao TDAH nas crianças é vista na sua família, especialmente entre seus parentes de primeiro grau.

Benczik (2000) acrescenta que estas observações fornecem evidências de que o TDAH tenha ligação familiar com tais transtornos e que riscos familiares comuns se devem principalmente a fatores genéticos comuns. Diferentes estudos com TDAH já foram realizados neste sentido.

A hipótese mais aceita é a de gene principal, de efeito maior, embora inicialmente tenha sido proposta a herança poligênica. Se houver realmente, diferentes causas genéticas para TDAH é provável que existam vários genes de efeito moderado que interagem entre si com o ambiente (BENCZIK, 2000).

Desta maneira, Cordovil (1991 apud BENCZIK, 2000) aponta a possibilidade de verificar evidência de herança poligênica, caracterizada pela existência de sintomas variados tais como: transtorno hiperativo, a dislexia e outros problemas escolares, hiperatividade, a incoordenação e os distúrbios do sono, combinados de formas diversas, em diferentes membros da família.

Substâncias ingeridas na gravidez: o uso da nicotina e do álcool na gravidez pode causar algumas alterações, em partes do cérebro do bebê, incluindo aí a

região frontal orbital. Muitos desses estudos mostraram que somente há uma associação entre fatores, mas não mostraram uma relação de causa efeito Benczik (2000).

Sufrimento Fetal: Estudos apontam que mulheres com problemas no parto que acabaram causando sofrimento fetal têm mais chance de ter filhos com TDAH.

Possivelmente, mães com TDAH sejam mais descuidadas e assim possam estar mais pré-dispostas a problemas de gravidez e no parto. Então a carga genética estaria influenciando. Benczik (2000).

Exposição ao chumbo: Existem evidências científicas de que altos níveis de chumbo, em crianças pequenas, podem estar associados a um maior risco de TDAH Benczik (2000).

Problemas familiares: fatores como alto grau de discórdia conjugal, baixa instrução da mãe, famílias com apenas um dos pais, funcionamento familiar caótico e famílias com nível sócio econômico mais baixo foram apontados como possíveis causas de TDAH em crianças.

Contudo, nos estudos mais recentes, esta idéia foi contestada, pois as dificuldades familiares podem ser desencadeadoras de problemas de saúde mental nas crianças, mas não o são para várias patologias e não especificamente para o TDAH (BENCZIK, 2000).

De acordo com Phelan (2005), o que causa o TDAH é o que poderia causar um inocente padrão comportamental caracterizado por desatenção, impulsividade e hiperatividade.

“Se pensarmos no TDAH como um problema de autocontrole, o que perguntamos é: o que poderia causar contínuos problemas de inibição de resposta e das quatro outras funções executivas (memória operacional, diálogo interior, regulação emocional e reconstituição” (PHELAN, 2005).

Este autor acrescenta que as causas do TDAH podem ser respondidas de maneiras diferentes em diferentes níveis. Neste sentido, podem-se colocar as seguintes questões:

O TDAH é hereditário, apreendido ou uma combinação de ambos?

É causado por “desequilíbrios químicos” ou por diferenças estruturais no cérebro?

E quanto a lesões cerebrais ou distúrbios de desenvolvimento fetal?

Hereditariedade versus Aprendizado: o TDAH não é algo que se aprende conforme se cresce.

Diversos estudos mostraram que, como grupo, os parentes de crianças com TDAH apresentam uma incidência muito maior de TDAH. Então no caso de uma criança que é irmã de um portador de TDAH, as suas chances de também tornar-se um portador são de 30%.

De acordo com Phellan (2005) estudo recente provou que se um dos pais é portador, a chance de o filho o ser é de pouco acima de 50%. Existe também uma forte tendência de crianças adotadas herdarem o TDAH.

O estudo com gêmeos também tem um forte componente hereditário. Gêmeos monozigóticos são os que se originam exatamente do mesmo ovo (o qual se divide em dois) e, portanto são idênticos. Por outro lado, os gêmeos dizigóticos se originam de dois ovos diferentes. Portanto as chances de ocorrer TDAH em gêmeos monozigóticos é muito maior do que em gêmeos dizigóticos (PHELLAN, 2005).

Assim como os problemas psiquiátricos, cânceres e problemas do coração fazem parte do grupo que se encaixa na categoria de distúrbios genéticos, pode-se dizer que também é muito provável que o TDAH faça parte deste grupo. Sendo assim, especialistas acreditam que muitos dos aproximadamente 100 mil genes humanos devem estar envolvidos com o TDAH e não apenas um dos genes.

Nesse sentido, os pesquisadores procuram evidências de variações genéticas ou anormalidades que possam estar presentes em famílias em que haja casos de TDAH e assim poderão examinar os cromossomos e genes para ver se há defeitos genéticos comuns que ocorram nestas famílias, a partir da amostra de sangue de pais e filhos, mas não nas pessoas sem TDAH (PHELLAN, 2005).

Em certos casos, os genes que têm algo a ver com o funcionamento de um neurotransmissor, a dopamina, no sistema nervoso central, estão sendo examinados.

Segundo Phellan (2005), há algum tempo sabe-se que os problemas de transmissão da dopamina estão muitas vezes envolvidos no TDAH e que medicações estimulantes costumam ajudar, já que melhoram a transmissão desta substância.

Para Phelan (2005), um dos mais novos e excitantes avanços no campo do Transtorno de Déficit de Atenção é a pesquisa genética que muitas vezes está à frente dos tratamentos disponíveis.

Segundo Facion (1991), o TDAH normalmente é diagnosticado quando a criança começa a freqüentar a escola, mesmo que os sintomas antes disso tivessem sido notados.

“Os principais sintomas podem persistir na adolescência e até na vida adulta. É, em alguns casos, comum observar uma remissão na puberdade e sendo mais comum na juventude. Esta remissão pode permitir uma vida adolescente ou adulta mais produtiva, relacionamentos interpessoais gratificantes e poucas seqüelas significativas. A maioria destas pessoas,entretanto, apresentam uma remissão somente parcial e podem ficar bastante vulneráveis ao distúrbio da personalidade e do humor” (FACION, 1991, p. 56-57).

De acordo com Kaplan, Sadock e Grebb (2002 apud FACION, 1991), os sintomas persistem na vida adulta em cerca de quinze a vinte por cento dos casos. Os indivíduos podem apresentar uma impulsividade, estando propensos a acidentes, mesmo a hiperatividade tendo apresentado uma melhora.

Portanto, a partir da compreensão das contribuições dos autores, é possível perceber que ainda não existe um consenso a respeito das causas do TDAH. A hereditariedade mostrou-se uma das causas mais prováveis. Porém ainda há controvérsias.

2.2 Sintomas no adulto com TDAH.

A pesquisa do TDAH em adultos só recentemente teve início. Foi em 1978 que Leopold Bellak coordenou uma conferência sobre “disfunção cerebral mínima”, distúrbio hoje conhecido como de TDAH.

Huessy et al. (apud HALLOWELL & RATEY, 2005), anunciaram a descoberta de que DCM (ou DDA) não termina com o fim da infância, mas na realidade persiste por toda a vida adulta, sendo assim tão incômoda no adulto como nas crianças. (ANEXO A)

Assim, Bellak (apud HALLOWELL & RATEY, 2005) afirma que o nosso conhecimento da forma como o TDAH se manifesta em adultos ainda é muito

moroso e o campo apenas começa a se abrir. Desta maneira, o paciente paga um alto preço quando o TDAH não é diagnosticado precocemente.

Dr. Alan Zametkin realizou um estudo em adultos no sentido de estabelecer uma base biológica para o DDA, que provou que existe uma diferença, em nível celular, em consumo energético, entre as partes do cérebro que regulam a atenção, a emoção e o controle dos impulsos em pessoas com TDAH (HALLOWELL & RATEY, 2005).

Foi encontrada por Hauser e Zametkin uma relação entre uma forma rara de disfunção da tiróide – chamada de resistência generalizada ao hormônio da tiróide (GRTH) – e o distúrbio do déficit de atenção (HALLOWELL & RATEY, 2005).

“Encontrar uma relação entre um tipo de doença da tireóide e o TDAH já era bem interessante, mas o tipo de afinidade que os autores encontraram – setenta por cento (70%) das pessoas estudadas que tinham GRTH também tinham TDAH – adicionou um forte indício ao crescente número de dados que sugerem uma base biológica, provavelmente genética, para o TDAH” (HALLOWELL, 2005).

Após a publicação destes estudos de Zamektin e depois do de Hauser e Zamektin, muitos pesquisadores começaram a se interessar pelo TDAH em adultos.

Este é o início apenas da extensão da descoberta do TDAH em adultos. Existe uma estimativa de mais de 10 milhões de adultos americanos com TDAH e a avaliação do tratamento pode trazer resultados eficazes (HALLOWELL & RATEY, 2005).

Segundo Hallowell e Ratey (2005) para se entender o TDAH, em termos humanos, de que maneira influencia, se pode atrapalhar a vida de uma pessoa e até mesmo de que maneira poderia ser mais bem administrado, é necessário conhecer melhor sua base biológica.

A partir da clássica tríade de sintomas da infância: distração, impulsividade e hiperatividade, segundo a experiência de Hallowell e Ratey (2005), é que os critérios sugeridos sintetizam os sintomas que com maior frequência foram encontrados em adultos com DDA, sintomas do tipo humor, depressão, auto-estima e auto-imagem (HALLOWELL & RATEY L, 2005).

Hallowel (2005) sugere, a partir de sua experiência, alguns dos sintomas encontrados em adultos com TDAH, que favorecem no diagnóstico. Tais sintomas dividem-se em três categorias, abaixo descritas (A, B e C), sendo que, no primeiro grupo de sintomas, espera-se encontrar no mínimo 15 dos 20 itens.

2.3 Critérios diagnósticos sugeridos para o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade em adultos

a) Um transtorno crônico

- 1) sensação de baixo rendimento, de não atingir as próprias metas (independente do quanto à pessoa de fato realize). Mais freqüentemente, este sintoma é o motivo que leva um adulto a procurar ajuda. Comumente os portadores de TDAH afirmam “não consigo me realizar”. A pessoa pode até ser considerada um sucesso, por padrões objetivos, ou até estar se debatendo, como que perdido em um labirinto, incapaz de fazer uso do seu potencial;
- 2) dificuldade em organizar-se. Adultos com TDAH têm maior dificuldade de manter as coisas organizadas, diante da falta da estrutura escolar ou dos pais por perto para manter as coisas organizadas para ele. Diante das demandas da vida cotidiana o adulto poderá titubear. Até, supostamente as “pequenas coisas” podem amontoar-se, criando enormes obstáculos. Por simples detalhes – um compromisso não cumprido, um cheque perdido, um prazo esquecido, pode-se perder o trono;
- 3) adiamento crônico do início de tarefas. A grande ansiedade dos adultos com TDAH está associada à realização de tarefas. Costumam, diante do receio de não fazer direito as tarefas, empurrá-las para mais tarde, o que aumenta muito sua ansiedade;
- 4) muitos projetos tocados simultaneamente, com dificuldade em levá-los adiante, em função da causa anterior – o adiamento do início das tarefas. Da mesma maneira que deixam uma tarefa de lado, imediatamente assumem outra. Sendo que, ao final do dia, da semana ou do ano, muitos projetos são empreendidos, mas os que conseguem concluir são poucos;
- 5) tendência a dizer o que vem à mente, sem considerar o momento e a conveniência do comentário. O adulto com TDAH se deixa levar pelo entusiasmo e age como uma criança com TDAH na sala de aula;

- 6) busca freqüente por forte estimulação. Está sempre a procura de algo novo, envolvente, algo do mundo externo que possa assim vibrar como o turbilhão em seu interior;
- 7) intolerância ao tédio, pelo fato de o indivíduo buscar sempre por estimulações. Assim raramente a pessoa com TDAH se sente entediada, pois ela é capaz de, ao mesmo tempo em que detecta o tédio, partir para a ação e encontrar algo novo, desta maneira ela se desliga e muda de canal.
- 8) facilidade para distrair-se, problema de concentração, tendência a se desligar ou ficar à deriva, no meio de uma página ou diálogo, características estas às vezes, acompanhadas de uma capacidade de hiperconcentração. O “desligamento” é a marca registrada do TDAH e é involuntário. Muitas vezes a fantástica capacidade de hiperconcentração também se faz presente, o que demonstra que esta é uma síndrome da falta de constância e não do déficit de atenção.
- 9) freqüentemente criativo, intuitivo e muito inteligente. Esta característica, que não é um sintoma, merece ser mencionada. Geralmente, adultos com TDAH têm uma mente muito mais criativa do que a média. Demonstram talento em meio à sua desorganização e um dos objetivos do tratamento é encontrar esse “algo especial”;
- 10) dificuldades em seguir caminhos preestabelecidos, em proceder de forma “apropriada”. Ao contrário do que se possa pensar, isso não se deve a problemas não resolvidos, ligados a figuras de autoridade, e sim a uma manifestação de tédio por desempenhar funções seguidas de uma rotina, excitação por novas abordagens. Por não conseguir fazer as coisas como deveriam ser feitas vem a frustração;
- 11) impaciência. Baixa tolerância à frustração. O adulto com TDAH é remetido a fracassos de seu passado diante de qualquer tipo de frustração. Muitas vezes é considerado imaturo ou insaciável;
- 12) impulsivo, verbalmente ou nas ações – como gastar dinheiro impulsivamente, mudar de planos, fazer modificações em projetos profissionais, coisas desse tipo;

- 13) tendência a uma preocupação desnecessária e sem fim. Em adultos, um dos sintomas mais perigosos e um dos mais úteis é este. Propensão a sondar o horizonte em busca de algo com que se preocupar, ao mesmo tempo em que mostra inatenção ou descaso por perigos palpáveis. Quando a atenção não está concentrada em uma tarefa, esta passa a ser uma preocupação;
- 14) sensação de insegurança. A insegurança crônica que este adulto com TDAH sente, independente da estabilidade de sua vida, o faz sentir como se o mundo estivesse desmoronando;
- 15) humor oscilante, sobretudo quando desvinculado de uma pessoa ou projeto. Num pequeno espaço de tempo, o humor da pessoa com TDAH oscila sem motivo aparente de bom para ruim e de ruim para bom. As variações não são tão acentuadas como as que estão associadas à depressão ou ao distúrbio ou transtorno maníaco-depressivo. Os adultos com TDAH mostram instabilidade humoral muito maior que em crianças e isto se deve não só à biologia do distúrbio, mas também às suas experiências de frustração e ou fracasso;
- 16) inquietude. Não se encontra no adulto, em geral, a hiperatividade marcante que se encontra na criança. O que se observa é “energia nervosa”: andar de um lado para o outro, tamborilar com os dedos, mudar de posição quando está sentado, sair a toda hora de uma mesa ou quarto, sentir-se tenso quando em descanso, ou seja, diferentes tipos de inquietação;
- 17) tendência a comportamento aditivo ou viciado. Este vício pode ser uma droga, como álcool, maconha ou cocaína, ou uma atividade, como jogar, fazer compras, comer ou trabalhar demais;
- 18) problemas crônicos de auto-estima. Lamentavelmente, este problema resulta de anos de frustração e fracasso. Desta forma, até a pessoa com TDAH que já conquistou o seu espaço, em geral, se sente anormal. Entretanto, a capacidade de recuperação da maioria desses adultos, a despeito dos muitos obstáculos, é impressionante;
- 19) auto-observação imprecisa. Os portadores de TDAH não fazem uma avaliação aguçada do impacto que exercem sobre os outros.

Consideram-se sempre menos eficientes ou poderosos do que os outros acham.

20) histórico familiar de TDAH, transtorno maníaco depressivo, depressão, uso abusivo de substâncias ou outros distúrbios de controle dos impulsos ou do humor. Por ser TDAH geneticamente transmitido e relacionado às outras condições mencionadas; não é incomum (o que não significa que não seja necessário) documentar a história familiar dos mencionados distúrbios.

b) História de TDAH na infância (pode não ter sido formalmente diagnosticado, mas os sinais e sintomas certamente estavam na história);

c) Situação não explicada por outra condição médica ou psiquiátrica.

Wender (1979 apud HALLOWELL, 2005) propõe outro conjunto de critérios para avaliação que muitos pesquisadores e clínicos desta área utilizam. Critérios estes que estão concentrados em sintomas nucleares do TDAH em adultos, deixando de entrar em sintomas associados como uso abusivo de substâncias e ou histórico familiar.

A partir de Wender (1979 apud HALLOWELL, 2005), pioneiro no campo do TDAH e professor de psiquiatria da faculdade de medicina de Utah, devemos nos referir a estes como: “Critérios de Utah”.

A diferença entre os critérios de Hallowell e os de Utah, é que Hallowell reconhece a síndrome de TDA sem hiperatividade e os de Utah não a reconhecem (HALLOWELL, 2005).

2.4 Diagnóstico

O diagnóstico do TDAH deve ser realizado por profissional médico, que descartará outras doenças e transtornos para que, após este processo, seja indicado o tratamento mais adequado. Este diagnóstico é fundamentalmente clínico (BENCZIK, 2000).

Antes de caracterizar uma criança como portadora de TDAH é preciso muito cuidado, pois hoje muitas crianças têm sido erroneamente rotuladas. Para a confirmação das suspeitas levantadas por profissionais, como psicopedagogos,

fonoaudiólogos e educadores, deve-se encaminhar a criança para diagnóstico médico, preferencialmente psiquiatras ou psicólogos especializados.

Para o auxílio do diagnóstico clínico, Escalas de avaliação, com pontuação para os sintomas, são freqüentemente úteis para dirigir a investigação diagnóstica (TRANSTORNO..., 2009). (ANEXO D).

Sérgio Bourbon Cabral, vice-diretor executivo da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), diz que quanto antes for realizado o diagnóstico, melhor será a chance de qualidade de vida para os portadores de TDAH. Ele esclarece, ainda, que o tratamento iniciado na infância poderá reduzir o quadro de dificuldades na vida adulta (ANEXO A).

3 TRATAMENTOS

No tratamento deste transtorno, é necessária uma ampla abordagem do paciente, devendo-se incluir na avaliação aspectos físicos, emocionais e sociais, uma vez que o TDAH apresenta inúmeros problemas em diferentes áreas da vida. Adicionalmente, incluem-se no tratamento de TDAH abordagens farmacológicas e psicoterápicas.

3.1 Como tratar TDA/H em crianças e adolescentes?

O tratamento deve abranger intervenções psicossociais e psicofarmacológicas, sendo que, no âmbito psicossocial, deve ser o primeiro passo o educacional, através de informações claras e precisas à família do aluno a respeito do transtorno. Os pais, muitas vezes, precisam ser treinados para apreender a lidar com os sintomas dos filhos, pois só assim poderão ensinar aos filhos a organização e planejamento de suas atividades (ROHDE et al., 2000).

As intervenções escolares devem ter como foco o desempenho da criança. Para isto, é necessário que os professores também estejam orientados para uma sala de aula bem estruturada e com poucos alunos. As rotinas diárias escolares fazem com que a criança mantenha o controle emocional (ROHDE et al., 2000).

A criança com TDAH deve receber um atendimento individualizado na escola, assim como ser colocado na primeira fila da sala de aula, longe de janelas e locais que possam distraí-lo, para isto deve estar perto da professora (ROHDE et al., 2000).

Nas intervenções psicossociais centradas nas crianças e no adolescente, está indicada uma psicoterapia individual de apoio ou orientação analítica para a abordagem de transtornos depressivos e de ansiedade, sintomas como baixa auto-estima, dificuldade de controle de impulsos e capacidades sociais pobres.

A psicoterapia cognitivo-comportamental é a mais indicada, pois é a de mais eficácia para os sintomas centrais do transtorno (desatenção, hiperatividade, impulsividade) e também para os sintomas comportamentais comumente associados

(oposição, desafio e teimosia). Este tipo de psicoterapia deve estender-se também para familiares.

Segundo Grevet, Abreu e Shansis (2003), tratamentos como biofeedback, a biblioterapia e o treinamento das habilidades sociais para pacientes e familiares, mostraram-se muito eficientes na redução da hiperatividade e dos problemas de conduta. No entanto com relação aos sintomas de desatenção, não se verificou a mesma eficácia.

O Neurofeedback é um treinamento que permite normalizar as alterações típicas do TDAH - a hipofunção das áreas pré-frontais do córtex cerebral. A base da comunicação entre os neurônios é a descarga elétrica, sendo assim, uma vez que o cérebro funciona através destas descargas, elas podem ser amplificadas e decodificadas por aparelhos EEG-Eletro-encefalografia. Os padrões de ondas cerebrais, dentre eles a frequência das ondas, medidas em ciclos (pulsos) por segundo podem ser identificados através do EEG. As ondas entre 16 e 21 pulsos por segundo são consideradas ondas rápidas. São consideradas ondas lentas abaixo de 8 pulsos por segundo.

A principal característica neurológica do TDAH é o excesso de atividade de ondas lentas, no córtex pré-frontal, sendo que este é responsável pelas funções de controle voluntário da atenção, planejamento, julgamento e tomada de decisões, autocontrole, sensibilidade a conseqüências de longo prazo e controle motor fino.

3.2 Como tratar TDAH em adultos

Segundo Joffe (2005), o TDAH já é reconhecido em adultos como uma condição real e pode, assim, ter impactos negativos e significativos em diversas áreas da vida do adulto, desde a emocional, profissional, pessoal e até na saúde.

Portanto, este transtorno, em um adulto, deveria ser tratado da mesma maneira como se trata o diabetes, ou seja, o tratamento deve ser contínuo e bem manejado e, após um diagnóstico bem feito, a medicação estaria indicada primeiramente como o tratamento mais efetivo (JOFFE, 2005).

O tratamento do TDAH pode ser medicamentoso, educacional ou direcionado a mudar hábitos e comportamentos, por meio da terapia

comportamental, pois esta irá abordar com os pacientes adultos a auto-estima, as relações conjugais, as dificuldades no trabalho e nas atividades acadêmicas. Fica claro que para o sucesso do tratamento é necessário o envolvimento da família, em todas as intervenções, sejam elas da ordem educacional, de tratamento ou terapêutica (JOFFE, 2005).

Os adultos que possuem TDAH, normalmente apresentam outros transtornos de forma paralela a este. Dependendo do nível de prejuízo que cada sintoma cause ao paciente, é que será tomada a decisão de quais sintomas tratar primeiro e qual medicação utilizar.

É claro que, no caso do paciente que tem níveis de ansiedade muito evidentes (prejudicando-o a ponto de não sair de casa) e, concomitantemente, tem sintomas de TDAH, deve-se priorizar o tratamento da ansiedade, antes de medicá-lo para esses sintomas (JOFFE, 2005).

Da mesma maneira, devemos proceder no caso onde o indivíduo apresente transtorno bipolar associado, pois caso contrário, se estaria contribuindo para um agravamento do quadro clínico (JOFFE, 2005).

Segundo Grevet; Abreu; Shansis (2003), em um de seus estudos, apenas um trabalho na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) foi útil na redução de sintomas de TDAH, Depressão e Ansiedade em adultos. Joffe (2005) sugere que se foque primeiramente o tratamento aos adultos que apresentaram quadro de TDAH como o principal a ser cuidado, mesmo que existam outros transtornos em evidência.

3.3 Tratamentos com medicamentos

De acordo com Rohde et al. (2000), nas intervenções psicofarmacológicas, os aspectos mais recentes e mais controversos são discutidos. Atualmente, a indicação de psicofármacos para TDAH depende muito das co-morbidades presentes no indivíduo portador do transtorno. (ANEXO B). A eficácia destes fármacos está demonstrada em mais de 150 estudos controlados e restringe-se, na maioria, a meninos da idade em escolar.

No mercado brasileiro, o único medicamento encontrado é o metilfenidato e a dosagem indicada está entre 20mg e 60mg/dia. A meia-vida do metilfenidato é curta e é de liberação imediata, com duração de aproximadamente 4hs, sendo administrado em duas doses diárias, normalmente uma pela manhã e outra ao meio dia. (ANEXO C)

A grande maioria dos pacientes (em torno de 70%) responde adequadamente ao uso dos estimulantes.

4 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE AO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE

A profissão de psicólogo permite uma diversificada gama de alternativas de atuação. Sendo assim, frente ao TDAH, a atuação desses profissionais tem sido muito importante na orientação dos portadores do distúrbio, com vistas à recuperação.

A história clínica do portador é fundamentalmente importante. Deve-se entrevistar um ou mais membros da família do paciente, pois é comum a falta de insight desses pacientes. Devido ao fato de o TDAH ser condição que perdura desde o início da vida, deve ser investigada especialmente a vida escolar.

Bock (1998), ao analisar as representações da profissão, deixa claro que esta é fortemente vinculada à atuação clínica em consultórios.

O psicólogo cognitivo comportamental tem uma atuação fundamental na vida dos pacientes, reestruturando-os sob o ponto de vista cognitivo, auxiliando-os em como lidar com a patologia no seu dia a dia, administrando técnicas de enfrentamento, ajudando no desenvolvimento de habilidades sociais. Enfim, é papel do psicólogo possibilitar a seus pacientes de TDAH encontrar uma maneira de aperfeiçoar sua rotina, sem que esta lhes seja prejudicial, de forma que eles possam ter uma melhor qualidade de vida.

Segundo Santos (2008), o processo terapêutico pode ser compreendido como uma seqüência lógica e organizada de procedimentos psicológicos que produzem mudanças comportamentais graduais que, durante a terapia, vão alterando e subsidiando a implementação dos procedimentos novos que, por parte do terapeuta, visam à melhora do paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste estudo foram:

A descrição de aspectos psicológicos relevantes do TDAH;

A apresentação das considerações teóricas sobre os processos da evolução da terminologia, segundo os autores consultados.

Identificação de contribuições práticas para o tratamento do TDAH diante das novas evoluções.

A partir do estudo, foi possível apreender que o entendimento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, TDAH, assim como a compreensão dos mecanismos envolvidos podem trazer mais conhecimento para a área da psicologia, favorecendo os profissionais com ferramentas sólidas que os auxiliem no tratamento dos indivíduos acometidos por este distúrbio.

Durante este estudo, foi possível verificar que, além das técnicas já existentes para o tratamento deste transtorno, existe hoje novos tratamentos, como o Biofeedback e Neurofeedback (ANEXO E) que são tratamentos que permitem normalizar as alterações cerebrais típicas do TDAH - a hipofunção das áreas pré-frontais do córtex cerebral.

Hoje este tratamento conta com um nível de eficácia de nota 4, comprovado através de pesquisas científicas já realizadas.

Foi possível observar também a importância de programas de capacitação de profissionais, e capacitação para pais e escolas a fim de estabelecer um programa de maiores informações sobre TDAH.

Para trabalhos futuros de mestrado ou doutorado, sugere-se pesquisar os efeitos da psicoterapia psicanalítica no tratamento do TDAH, já que não existem estudos sobre esta abordagem que comprovem sua eficácia e já que, nesta revisão bibliográfica, não foram abordados estudos sobre este tema, uma vez que se optou por utilizar estudos científicos de eficácia comprovada e os mesmos apontaram unicamente para a Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e para o tratamento medicamentoso.

REFERÊNCIAS

BALLONE, G. J. **Distúrbio do déficit de atenção em adultos**. 2000. Disponível em: <http://gballone.sites.uol.com.br/voce/dda_adulto.htm>. Acesso em: 22 mar. 2009.

BARKLEY, A. R. **Taking the complete, charge of ADHD: the complete, authoritative guide for parents**. Nova York: The Guilford Press, 1995.

BENCZIK, E. B. P. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica**. 3. ed. São Paulo: Casa da Psicólogo, 2000.

BOCK, A.M.B. Eu caçador de mim. In: _____. **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1998.

CYPEL, S. **Déficit de atenção e hiperatividade e as funções executivas**. 3. ed. São Paulo: Lemos, 2007.

FACION, J. R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): atualização clínica. **Revista de Psicologia da UNC**, v.1, n.2, p.54-58, 1991. Disponível em: <www.nead.uncnet.br/revista/psicologia>. Acesso em: 22 mar. 2009.

GREVET, E. H.; ABREU, P. B.; SHANSIS, F. Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v.25, n.3, dez. 2003. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/RPS/v25n3/19617.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2009.

HALLOWELL, E. M.; RATEY, J. J. **Tendência a distração: identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção (DDA) da infância a vida adulta**. Tradução André Carvalho. Rio de Janeiro: Rocco, 2005.

JOFFE, V. **Um dia na vida de um adulto com TDA/H: transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade**. São Paulo: Lemos, 2005.

MACHADO, T. A. G. **A utilização da consulta terapêutica como técnica de intervenção em um ambulatório de saúde mental infantil**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1229>. Acesso em: 22 mar. 2009.

PHELAN, T. W. **TDA/TDAH**: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. São Paulo: Makron Books, 2005.

ROHDE, L. A. et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.22, dez. 2000. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000600003&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 mar. 2009.

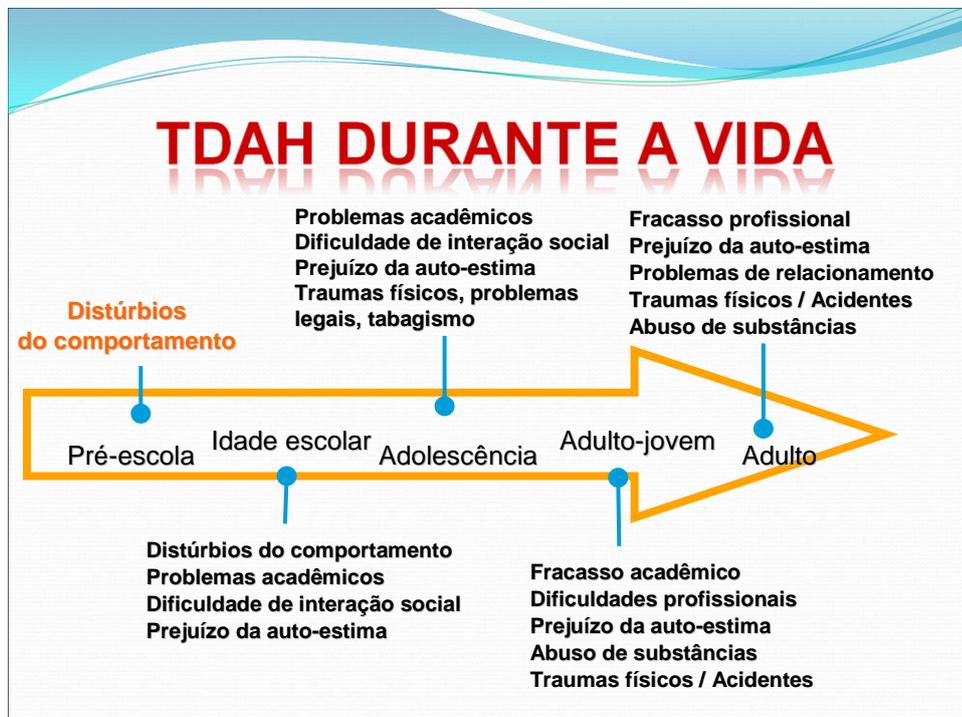
SAMPAIO, S. **TDAH**: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: informações e orientações, 2004. Disponível em: <<http://www.profala.com/arthiper2.htm>>. Acesso em: 22 mar. 2009.

SANTOS, M. M. **Dificuldade de aprendizagem**: transtorno do déficit de atenção com hiperatividade no contexto escolar. 2008. Monografia (Graduação em Pedagogia)- Instituto Superior de Educação da América Latina, São Paulo, 2008.

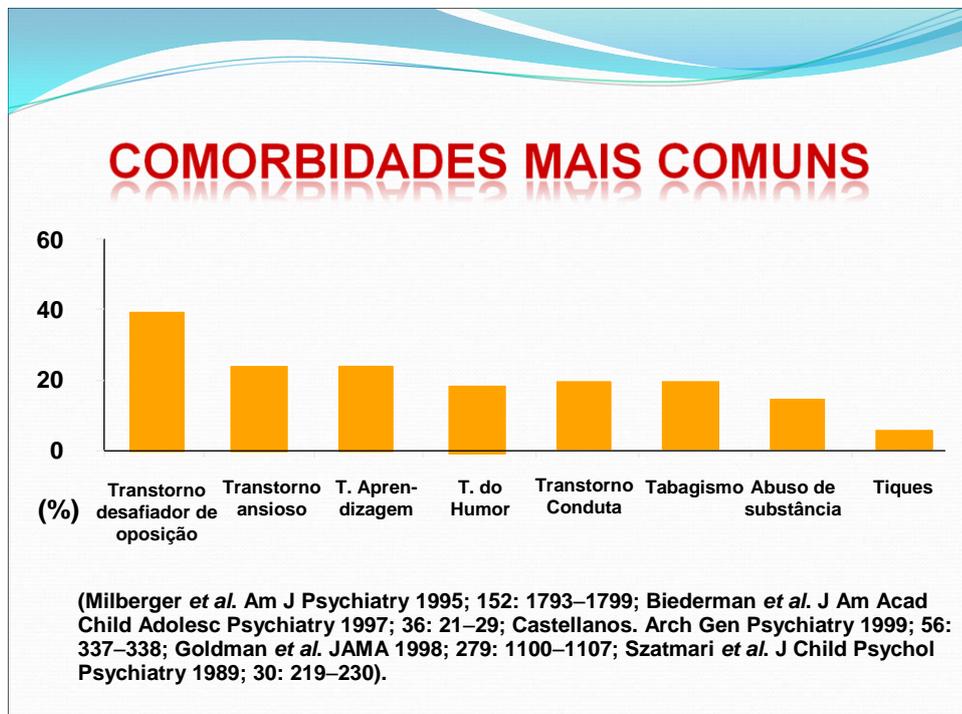
TRANSTORNO do Déficit de Atenção com hiperatividade, 2009. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Transtorno_do_d%C3%A9ficit_de_aten%C3%A7%C3%A3o_com_hiperatividade>. Acesso em: 22 mar. 2009.

ANEXOS

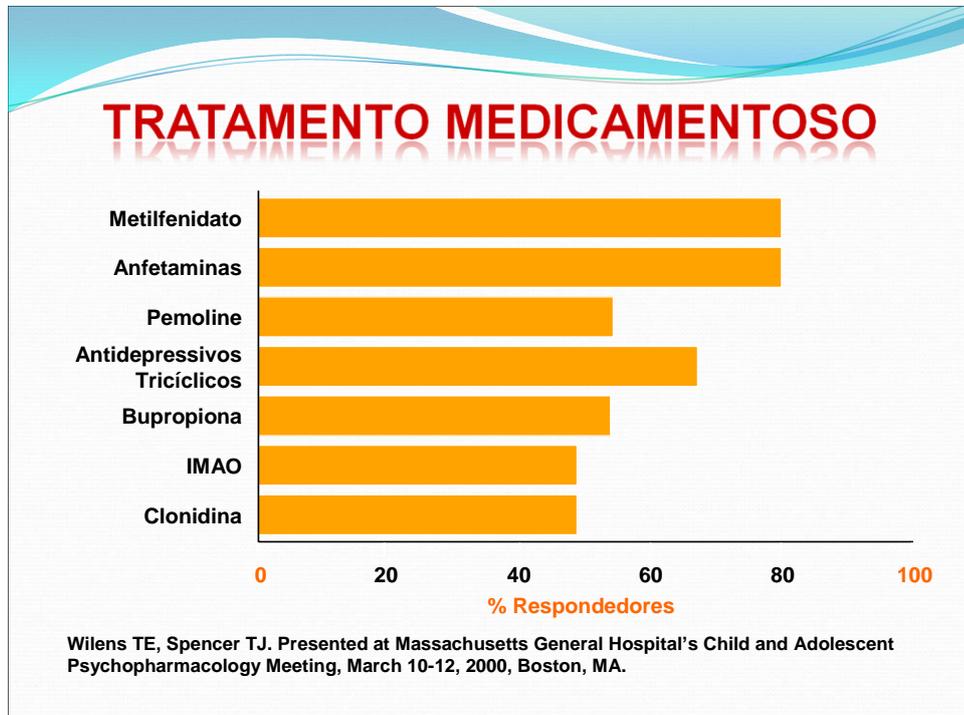
ANEXO A – Sintomas



ANEXO B – Tratamentos



ANEXO C - Tratamento medicamentoso



ANEXO D – Diagnóstico

Apresentamos abaixo um guia extraído do site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (<http://www.dda.med.br/>), extraído do Manual de Diagnóstico e Estatística - IV Edição (DSM-IV) da Associação Psiquiátrica Americana. É utilizado por profissionais especializados em TDAH para o diagnóstico clínico.

Lembre-se: você poderá até utilizá-lo com alguém que conhece para uma suspeita de um quadro de hiperatividade, porém não substitui de forma alguma o diagnóstico de um profissional.

	Nunca ou Raramente	Pouco	Bastante	Quase Sempre	
Ele presta pouca atenção em detalhes e faz erros por falta de atenção nos deveres?					CRITÉRIO A: Assinale com um X na coluna correta
Ele mexe com as mãos e pés quando está sentado ou se mexe muito na cadeira?					
Ele tem dificuldade de ficar concentrado nos deveres e também nos jogos?					CRITÉRIO B: Responda SIM ou NÃO Alguns desses sintomas estavam presentes antes dos 7 anos de idade?
Ele sai do lugar na sala de aula ou em outras situações (ex: mesa de jantar) quando deveria ficar sentado?					
Ele parece estar prestando atenção em outras coisas quando se fala com ele?					CRITÉRIO C: Responda SIM ou NÃO Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos 2 contextos diferentes (por ex., na escola, no trabalho, na vida social e em casa)?
Ele corre ou sobe nas coisas quando deveria ficar tranqüilo?					
Ele tem dificuldade em seguir instruções até o fim ou deixa os deveres sem terminar?					CRITÉRIO D: Responda SIM ou NÃO Há problemas evidentes na vida escolar, social ou familiar por conta dos sintomas?
Ele tem dificuldade de ficar em silêncio enquanto brinca?					
Ele é desorganizado com os deveres e outras atividades no dia-a-dia?					CRITÉRIO E: Responda SIM ou NÃO Se existe um outro problema (tal como depressão, deficiência mental, psicose, etc.), os sintomas podem ser atribuídos a ele?
Ele é "elétrico" e fica "a mil por hora"?					
Ele evita ou antipatiza com deveres ou atividades que exijam concentração?					
Ele fala demais?					
Ele perde material da escola ou coisas do dia-a-dia?					
Ele responde às perguntas antes dos outros terminarem de falar?					
Ele se distrai com facilidade com coisas fora daquilo que está fazendo?					
Ele tem dificuldade de esperar a vez?					
Ele se esquece de coisas que deveria fazer no dia-a-dia?					
Ele interrompe os outros ou se mete na conversa dos outros?					

Como suspeitar do diagnóstico:

1) É necessário haver pelo menos 6 sintomas assinalados na coluna laranja ou vermelha, no CRITÉRIO A.

- Pelo menos 6 sintomas VERDES e menos que 6 sintomas ROSA: TDAH Tipo Predominantemente Desatento
- Pelo menos 6 sintomas ROSA e menos que 6 sintomas VERDES: TDAH Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo
- 6 ou mais sintomas VERDES e 6 ou mais sintomas ROSA: TDAH Tipo Combinado.

2) Os CRITÉRIOS B, C, D devem obrigatoriamente ter resposta SIM.

3) O CRITÉRIO E necessita da avaliação de um especialista, uma vez que os sintomas do Critério A ocorrem em muitos outros transtornos da infância e adolescência.

Se os critérios A, B, C, D e E estiverem atendidos de acordo com o julgamento de um especialista, o diagnóstico de TDAH é garantido.

ANEXO E- Neurofeedback - Novidade no tratamento para TDAH

cps = cycles per second, or Hertz

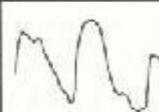
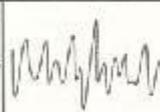
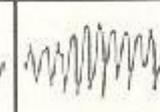
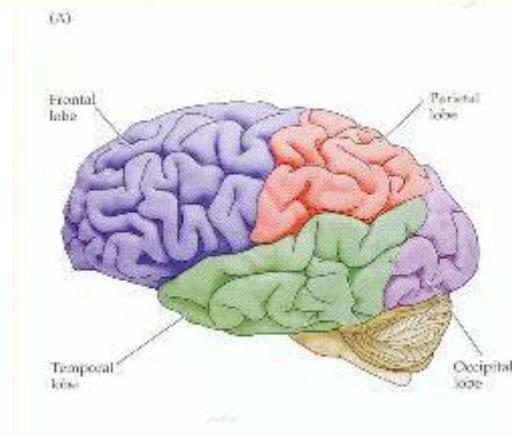
DELTA Less than 4 cps	THETA 4-8 cps	ALPHA 8-12 cps	SMR 12-15 cps	BETA 15-18 cps	HIGH BETA more than 19 cps
Sleep	Drowsy	Relaxed Focus	Relaxed Thought	Active Thinking	Excited
					

Figure 7-1. The Range of Brainwaves in the Human Brain



O Neurofeedback tem comprovação científica?

Em 2001, duas associações científicas internacionais - a **AAPB - Applied Psychophysiology and Biofeedback** e a **ISNR - International Society for Neurofeedback Research** - uniram-se em uma força-tarefa para definir cientificamente os padrões oficiais para avaliação eficácia do tratamento com Biofeedback e Neurofeedback.