ELIANI BEZERRA DOS SANTOS

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH): UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

Monografia apresentada como requisito parcial à conclusão do Curso de Especialização em Organização do Trabalho Pedagógico da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Helga Loos

CURITIBA

2008

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 4
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 5
3. METODOLOGIA 5
4. DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM 6
4.1 BREVE HISTÓRICO 6
4.2 DEFININDO DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM 8
5 DESCREVENDO O TDAH – TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE 9
5.1 O TDAH E SUA HISTÓRIA 9
5.2 O QUE É O TDAH, COMO É DIAGNOSTICADO 12
5.3 TDAH E COMORBIDADES 18
6 DESCREVENDO A BIBLIOGRAFIA ENCONTRADA 19
6.1 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO 19
6.2 EPIDEMIOLOGIA E PREVALÊNCIA 26
6.3 COMORBIDADES 29
6.4 ABORDAGEM PSICOEDUCACIONAL E PSICOSSOCIAL 33
7 DISCUTINDO A BIBLIOGRAFIA ENCONTRADA 40
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS 43
REFERÊNCIAS 45

1. INTRODUÇÃO

Com este estudo pretende-se investigar, através de um levantamento bibliográfico no indexador Scielo, considerando-se artigos publicados nos últimos dez anos, se há literatura acadêmica que trata do TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) e sua relação com os processos de ensino-aprendizagem, e como aborda essa questão.

Hoje temos, em nossas escolas, um número significativo de crianças consideradas hiperativas, que são cada vez mais cobradas em relação ao seu desempenho escolar. Isso reflete diretamente na prática do professor e na forma como a escola trata esta questão, ou seja, as dificuldades de aprendizagem das crianças com que apresentam o TDAH. Neste sentido, é de fundamental importância que os profissionais da educação tenham conhecimento do tema para que possam ser capazes de favorecer o aprendizado para essas crianças.

Partindo deste pressuposto, acredita-se que um estudo bibliográfico sobre o que tem sido pesquisado e produzido na área é muito relevante para a educação, no sentido de esclarecer e possibilitar reflexões, através de uma análise crítica do referencial teórico nas diferentes áreas relacionadas ao assunto e seus pontos de vista sobre o tema, que contribuam para aumentar o conhecimento sobre o TDAH. Objetiva-se, desta forma, apontar eventuais carências e possibilidades de novos estudos, principalmente no que se refere à questão do trabalho pedagógico com crianças hiperativas.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o TDAH e suas principais características;

- Identificar as diferentes áreas em que as pesquisas sobre o tema estão concentradas (considerando-se a literatura acadêmica, especificamente artigos, publicados no indexador Scielo nos últimos dez anos);

- Observar se na literatura consultada é abordada a relação do TDAH com dificuldades de aprendizagem e outros aspectos educacionais;

- Apontar a possibilidade de novos estudos sobre o TDAH, especialmente no que diz respeito a assuntos pedagógicos.

3. METODOLOGIA

A primeira parte do trabalho é dedicada a descrever o TDAH, em suas características principais, de forma a se ter uma noção mais clara do objeto tema deste estudo.

Na segunda parte do estudo busca-se avaliar como o tema do TDAH tem sido abordado a partir dos diferentes enfoques e áreas em que é estudado. Para tanto, far-

se-á um levantamento bibliográfico pesquisando o tema no indexador Scielo, analisando-se a literatura acadêmica (artigos) no período de 1997 a 2007.

4. DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM

4.1 Breve Histórico

As dificuldades do aprendizado escolar vêm sendo estudadas desde a década de 30, quando se percebeu o fato de crianças inteligentes não conseguirem aprender a ler e a escrever. Antes dessa época, aquelas que não conseguiam ser alfabetizadas eram desprezadas para cursar o estudo acadêmico e tidas como preguiçosas ou com pouca inteligência. À medida que os estudos neuropsicológicos e psiconeurológicos avançavam, pesquisadores voltaram-se para a necessidade de mecanismos que apontem com maior precisão os distúrbios que estariam causando essas dificuldades de aprendizagem, sendo que o desenvolvimento dos testes de inteligência também auxiliaram muito na delimitação dos diferentes níveis do atraso mental.

> Durante a primeira metade do século XX o conceito de deficiência, diminuição ou handicap incluía as características de inatismo e estabilidade ao longo do tempo. As pessoas eram deficientes por causas fundamentalmente orgânicas que eram produzidas no início do desenvolvimento, sendo dificilmente modificadas posteriormente. Esta concepção impulsionou um grande número de estudos que tinham por objetivo organizar em diferentes categorias todos os possíveis distúrbios que pudessem ser detectados. Ao longo dos anos, as categorias foram sendo modificadas, ampliadas e especializadas, mantendo-se, entretanto, este traço comum de que o distúrbio era um problema inerente à criança, com poucas possibilidades de intervenção. No fundo desta perspectiva jazia uma concepção determinista do desenvolvimento, sobre a qual se baseava qualquer tipo de aprendizagem (COLL, PALÁCIOS, MARCHESI, 1995, p.7).

A partir do momento em que essas dificuldades deixaram de ser vistas como somente orgânicas, fundamentadas no inatismo, e se passou a levar em conta também influências sociais e culturais, iniciou-se um movimento de conscientização da necessidade de uma educação distinta da educação regular e, nesse contexto, começaram a aparecer as primeiras escolas de educação especial. "Firmava-se a concepção de que a deficiência podia ser motivada pela ausência de estimulação adequada ou por processos de aprendizagem incorretos. Ao mesmo tempo, incluíam-se os conceitos de adaptação social e aprendizagens nas definições sobre o atraso intelectual, reforçando-se as possibilidades de intervenção" (Coll, Palácios, Marchesi, 1995, p.8). Neste momento, as escolas de educação especial foram ganhando espaço.

Na década de 60 iniciou-se um movimento de profunda modificação na concepção da deficiência e da educação especial, e muitas tendências contribuíram para estas mudanças. A deficiência passou a ser encarada não mais como sendo só congênita, começando-se a levar em consideração outros fatores, tais como os ambientais, bem como os recursos educacionais que seriam mais adequados. Para Coll, Palácios e Marchesi (1995, p.9), "o sistema educacional pode, portanto, intervir para favorecer o desenvolvimento e a aprendizagem dos alunos com algumas características "deficitárias"". Nesse sentido, houve maior preocupação com os processos de aprendizagem e as dificuldades apresentadas pelos alunos, considerando-os como indivíduos em processos especiais. Nesta perspectiva desenvolveram-se novos métodos de avaliação voltados aos processos de aprendizagem e auxiliando a encontrar os traços próprios de cada deficiência. Houve

também maior preocupação com a formação de professores para atenderem à demanda que surgia das mudanças que ocorreram nas escolas normais que deveriam ensinar a todos os alunos que a ela chagavam, apesar de suas diferenças em capacidade e interesse. Com a existência de uma corrente normalizadora em todos os serviços sociais dos países desenvolvidos, houve a aproximação das atividades médicas, psicológicas, educacionais, etc, da comunidade na efetivação de sua participação direta, pressupondo-se a atenção ao direito de todos os cidadãos.

> **A maior sensibilidade social ao direito de todos a uma educação fundamental sobre pressupostos integradores e não segregadores. Esta mudança de atitude em relação às minorias dos deficientes foi favorecida não somente pela pressão dos pais e das associações de adultos que reivindicavam seus direitos, mas também por movimentos sociais muito mais amplos que defendiam os direitos civis daqueles que constituíam minorias étnicas, lingüísticas ou especificamente sociais. (COLL, PALÁCIOS, MARCHESI, 1995, p.11).**

Atualmente, a política educacional prioriza a educação para todos e a inclusão de alunos portadores de necessidades especiais legalmente amparados pela Lei 9394/96, o qual delega à família, à escola e à sociedade o compromisso para a efetivação de uma escola para todos.

Esta breve explanação teve o objetivo de esclarecer como se deu a evolução da concepção de dificuldade de aprendizagem, pois o tema será abordado neste trabalho relacionado especificamente com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

4.2 Definindo Dificuldades de Aprendizagem

A aprendizagem e a construção do conhecimento são processos naturais e espontâneos do ser humano que, desde muito cedo, aprende a mamar, falar, andar e pensar, garantindo assim, a sua sobrevivência. Qualquer sujeito, independente do seu comprometimento corporal, orgânico, cultural ou psicológico se relaciona e elabora aprendizagens, pois é um ser social e, portanto, que estabelece relações vinculares com o mundo durante toda a sua existência.

A aprendizagem escolar resulta de uma complexa atividade mental, na qual o pensamento, a percepção, as emoções, a memória, a motricidade e os conhecimentos prévios estão envolvidos. Entretanto, uma criança com dificuldade de aprendizagem é aquela que apresenta algum problema de aprendizagem ao longo de sua escolarização e que exige uma atenção mais específica, bem como maiores recursos educacionais do que os necessários para os colegas de sua idade (COLL, PALÁCIOS, MARCHESI, 1995). Por isso é necessário compreender de forma global e integrada os processos cognitivos, emocionais, orgânicos, familiares, sociais e pedagógicos que determinam a condição do sujeito e interferem nos processos de aprendizagem.

5 DESCREVENDO O TDAH – TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

5.1 O TDAH e sua história

No inicio desta explanação é importante esclarecer que toda vez que o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade for mencionado será usada a sigla TDAH. Entretanto, ocorreram várias alterações da nomenclatura para chegar ao atual TDAH. Inicialmente, na década de 40, o transtorno era designado pelo termo "lesão cerebral mínima", a qual era caracterizada como um distúrbio neurológico, e que em 1962 foi mudado para "disfunção cerebral mínima", reconhecendo-se que se trataria mais de um problema funcional do que propriamente de uma lesão.

> Assim, nos anos 60 surgiu a necessidade de defini-lo a partir de uma perspectiva mais funcional, dando ênfase à caracterização da hiperatividade como síndrome condutual, e considerando a atividade motora excessiva como o sintoma primordial. Na década de 80, e como resultado de diversas investigações, são ressaltados os aspectos cognitivos da definição da síndrome, principalmente o déficit de atenção e a falta de autocontrole ou impulsividade; considerando-se, além disso, que a atividade motora excessiva é o resultado do alcance reduzido da atenção da criança e da mudança contínua de objetivos e metas a que é submetida (COLL, PALÁCIOS, MARCHESI, 1995, p.160).

Desta forma, apesar das aparentes diferenças, através de diversas investigações existe atualmente maior consenso, pois os sistemas classificatórios apresentam mais similaridades na definição do transtorno, todos eles incluindo certas características comuns.

A incidência do transtorno é de 3% a 5% das crianças em idade escolar, dados estes levantados no Brasil por Rohde (5,6%), cuja pesquisa foi realizada em escolas públicas de Porto Alegre, e pelo grupo de estudos sobre o TDAH da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto, coordenado por Golfeto (3,82%) (Rohde *et al.*, 2003). Isso significa que em uma escola pequena, com, por exemplo, 100 alunos, 3 a 5

crianças apresentam o transtorno, sendo um número bastante significativo.

Mas qual seria a causa deste transtorno?

Há um grande número de estudos já realizados, mas as causas precisas do TDAH ainda não são completamente conhecidas. A literatura aponta a influência de fatores genéticos e ambientais no seu desenvolvimento.

> A contribuição genética é substancial; assim como ocorre na maioria dos transtornos psiquiátricos, acredita-se que vários genes de pequeno efeito sejam responsáveis por uma vulnerabilidade (ou suscetibilidade) genética ao transtorno à qual somam-se diferentes agentes ambientais. Desta forma, o surgimento e a evolução do TDAH em um indivíduo parece depender de quais genes de suscetibilidade estão agindo, de quanto cada um deles contribui para a doença (ou seja, qual o tamanho do efeito de cada um) e da interação destes genes entre si e com o ambiente (ROHDE e HALPERN, 2007, p.62).

Conforme já afirmado, numerosos estudos estão sendo realizados, e nos últimos anos há um crescente interesse em relação aos estudos de genética molecular no TDAH (Rohde e Halpern, 2007), que podem estar contribuindo muito para que se compreenda melhor o que causa o transtorno. Porém, devido à complexidade desta questão e os limites e objetivos da presente pesquisa, este tema não será aprofundado.

Quanto aos fatores ambientais, Rohde e Halpern referem alguns agentes psicossociais que podem apresentar relação associativa com o TDAH, como desentendimentos familiares e presença de transtornos mentais nos pais, bem como outras adversidades psicossociais como discórdia marital severa, classe social baixa, família muito numerosa, criminalidade dos pais, psicopatologia materna e colocação em lar adotivo. Alguns estudos mostram a evidência de que estes fatores ambientais possam influenciar na transmissão familial do TDAH.

5.2 O que é o TDAH, como é diagnosticado

Segundo Rohde e Benczick (2002), o TDAH é um problema de saúde mental que tem como características básicas a desatenção, a agitação (hiperatividade) e a impulsividade, podendo levar a dificuldades emocionais, de relacionamento, bem como ao baixo desempenho escolar; podendo ser acompanhado de outros problemas de saúde mental. Silva (2003) reafirma os três principais sintomas que caracterizam o TDAH: a distração, a impulsividade e a hiperatividade,

O TDAH se apresenta por uma atividade cerebral muito mais intensa, e por um bombardeio de pensamentos e impulsos provocando uma desorganização interna que pode acabar encobrindo habilidades, aptidões, talentos e inteligência. Esta "confusão mental" acaba deixando o indivíduo com uma baixa produção ou subutilização dos seus neurotransmissores.

> "O Distúrbio do Déficit de Atenção deriva de um funcionamento alterado no sistema neurobiológico cerebral, isto significa que substâncias químicas produzidas pelo cérebro, chamadas neurotransmissores, apresentam-se alteradas quantitativa e/ou qualitativamente no interior dos sistemas cerebrais que são responsáveis pelas funções da atenção, impulsividade e atividade física e mental no comportamento humano. Trata-se de uma disfunção e não de uma lesão como anteriormente se pensava. O cérebro de um DDA, em forma e aparência em nada difere dos demais cérebros, que não apresentam um funcionamento DDA; a diferença está no íntimo dos circuitos cerebrais que são movidos e organizados pelos neurotransmissores que, em última instância, seriam os combustíveis que alimentam, modulam e fazem funcionar todas as funções cerebrais" (SILVA, 2003, p.176).

Hoje, com muitos estudos na área da saúde e o avanço da tecnologia, temos mais recursos e meios para entender o que se passa com um portador de TDAH. Como, por exemplo, explica Silva:

> "Os indícios mais fortes de que o Distúrbio do Déficit de Atenção apresenta uma alteração na estrutura cerebral de seus portadores vem dos inúmeros estudos realizados por meio de exames de neuroimagem. As conclusões desses estudos foram unânimes em descrever uma hipoperfusão cerebral localizada mais significativamente na região pré-frontal e pré-motora do cérebro. Essa hipoperfusão significa que a região frontal, nas pessoas com DDA, recebe um menor aporte sanguíneo do que deveria e, como conseqüência, há uma diminuição do metabolismo nesta região, que, ao receber menos glicose (oriunda do sangue), terá menos energia e funcionará com seu desempenho reduzido" (SILVA, 2003, p.178).

No entanto, os estudos de neuroimagem são usados mais nos estudos acadêmicos, pois ainda não existem dados científicos que justifiquem o uso da neuroimagem, já que o diagnóstico do TDAH ainda tem o critério clínico como base.

> O sinal que pode diferenciar uma criança DDA de outra que não seja é a intensidade, a freqüência e a constância daquelas três principais características. Tudo na criança DDA parece estar "a mais.(...) O principal instrumento de um médico, de um psicólogo ou de outro profissional habilitado que queira avaliar a possibilidade de uma criança ser DDA é pura e simplesmente a observação. Mas, claro, uma observação muito especial. Um observador que deve estar treinado a captar as nuances, não só no comportamento manifesto da criança, como também deve "pescar", nos relatos de pais e/ou cuidadores, professores e de outras pessoas que convivam com a criança, os fatos e acontecimentos que caracterizam uma criança com DDA. (SILVA, p.53).

Portanto, a base para o diagnóstico é formada pela história, pela observação do comportamento atual do paciente e pelo relato dos pais e professores sobre o funcionamento da criança nos diversos ambientes que freqüenta.

Para Barkley, "o TDAH é mais do que uma simples deficiência de atenção e do controle dos impulsos: acredito que seja uma deficiência fundamental na capacidade de enxergar na direção do futuro e de controlar o comportamento de alguém com base nessa precaução" (Barkley, 2002, p.31). Desta forma, quanto mais conhecimento os pais tiverem de seus filhos, muito mais poderão cooperar com os profissionais na busca de meios para ajudar essas crianças a terem melhor desempenho em sua vida.

Nesse sentido, o referido autor traz, em sua obra, instruções para os pais, técnicas, métodos planejados para poder ajudar os filhos a melhorarem o comportamento bem como seu desempenho escolar.

O TDAH tende a ser percebido por ocasião da entrada da criança na escola, quando se exige um desempenho social maior.

> Ficará provado que se trata da área de maior impacto para suas incapacidades, criando uma fonte de angústia maior para muitas delas e para seus pais. As habilidades de sentar quieto, atender, escutar, obedecer, inibir um comportamento impulsivo, cooperar, organizar ações e seguir completamente as instruções, bem como dividir, brincar de maneira adequada e interagir de forma agradável com outras crianças são essenciais para conquistar uma carreira acadêmica de sucesso (BARKLEY, 2002, p.107).

Em sua análise, o autor coloca que é nesta fase que surgem os principais conflitos, pois os pais terão agora que auxiliar seus filhos a se ajustarem às necessidades sociais e acadêmicas da escola. Terão também que ouvir as reclamações dos professores que, muitas vezes, observam os problemas das crianças na escola como reflexo dos problemas em casa, ou como conseqüência da falta de habilidade dos pais.

Barkley (2002, p.113) refere que "crianças com TDAH são, também, provavelmente, mais suscetíveis a apresentar deficiências de aprendizado (DA)", podendo estar ligadas às áreas de matemática, leitura e ortografia.

A partir de seus estudos e de sua prática clínica, o autor deixa claro que compreender crianças com TDAH é bastante complexo, assim para ajudá-las faz-se necessário conhecê-las e buscar toda informação possível, para optar pela melhor forma de lidar com o problema, pois elas não são todas iguais.

> **Algumas exibem padrões diferentes de comportamento, desenvolvimento e riscos tardios. Algumas apresentarão apenas o TDAH; outras terão esse transtorno aliado a problemas de aprendizado, agressividade, conduta anti-social e péssima relação com os amigos. Todas compartilham o problema da habilidade reduzida de inibir seu comportamento e de manter esforços para sustentar atividades. E, com certeza, todas as crianças necessitam de nossos cuidados, apoio, orientação, educação e amor (BARKLEY, 2002, p.119).**

Por isso, a observação de pais e professores é fundamental. Geralmente as crianças hiperativas se mexem muito durante o sono quando bebês. São mais

estabanadas assim que começam a andar. Às vezes apresentam retardo na fala, trocando as letras por um período mais prolongado que o normal. Em casa, esses sintomas nem sempre são suficientes para definir o quadro. Na escola, porém, eles são determinantes.

Neste sentido, o primeiro passo, caso sejam observadas dificuldades escolares e comportamental é fazer o encaminhamento aos profissionais especializados, como ao neurologista, psiquiatra, fonoaudiólogo e psicólogo, pois o diagnóstico deve ser feito de forma criteriosa por esses profissionais. Porém, deve ser ressaltado um ponto importante, que é a necessidade de que todos os envolvidos busquem conhecimento: a própria pessoa, pais, enfim, todos precisam aprender sobre o TDAH, saber como ele se apresenta, como isso compromete o modo da pessoa ser e agir no cotidiano, suas reações, facilitando assim a ajuda ao portador do TDAH.

Para que o diagnóstico seja realizado, os profissionais utilizam os critérios de diagnóstico propostos pelo DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria) e pelo CID 10 (Rohde e Halpern, 2007). O DSM-IV propõe a necessidade de pelo menos seis de uma lista de nove sintomas de desatenção e/ou seis de uma lista de nove sintomas de hiperatividade/impulsividade para o diagnóstico de TDAH. A seguir apresenta-se a lista dos sintomas:

Sinais de desatenção mencionados no DSM-IV:

1. Deixa de prestar atenção em detalhes e comete erros por descuido em

atividades escolares, no trabalho, ou em outras atividades.

2. Tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou jogos.

3. Parece não escutar quando lhe dirigem a palavra.

4. Não segue instruções e não termina deveres escolares, tarefas domésticas, ou deveres profissionais.

5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.

6. Evita, antipatiza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante, como tarefas escolares ou deveres de casa.

7. Perde coisas necessárias para tarefas ou atividades, por exemplo, brinquedos, lápis, livros.

8. Distrai-se por estímulos alheios à tarefa.

9. Apresenta esquecimento nas tarefas diárias.

Sinais de Hiperatividade/Impulsividade mencionados no DSM-IV:

1. Agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.

2. Abandona sua cadeira na sala de aula ou em outras situações em que deveria permanecer sentado.

3. Corre ou sobe demais, de forma não apropriada.

4. Está "a mil" ou age como se estivesse "a todo vapor".

5. Fala em demasia.

6. Dá respostas precipitadas antes de ouvir a pergunta inteira.

7. Tem dificuldade para esperar sua vez.

8. Interrompe ou se intromete em assunto dos outros, como conversas ou brincadeiras de outras pessoas.

9. Tendência a não seguir normas e regras preestabelecidas.

É preciso, para que o TDAH seja diagnosticado, que estes sintomas se apresentem por mais de seis meses, em mais de um ambiente, que causem problemas na vida da criança, e que não estejam sendo provocados por nem um outro transtorno conhecido.

5.3 TDAH e comorbidades

Existem pesquisas que mostram que o TDAH, muitas vezes, vem acompanhado de outros distúrbios, o que é chamado de "comorbidade", sendo que as comorbidades mais freqüentes estão relacionadas aos transtornos do comportamento (transtorno de

conduta e transtorno opositor desafiante), o que ocorre em cerca de 30 a 50% dos casos. A taxa de comorbidade também é significativa entre os seguintes distúrbios: depressão (15 a 20%); transtornos de ansiedade (em torno de 25 %); e transtornos da aprendizagem (10 a 25%).

As comorbidades podem muitas vezes dificultar o reconhecimento do TDAH e seu tratamento, na medida em que é necessário outro tratamento concomitante, antes ou depois do específico para o TDAH.

6 DESCREVENDO A BIBLIOGRAFIA ENCONTRADA

Na presente pesquisa foram encontrados trinta artigos que discutem o tema, sendo a maioria na área da Psiquiatria (quinze artigos) e Neuropsiquiatria (doze artigos), restando três na área da Psicologia. Desta forma, podemos perceber a prevalência na área da saúde nas pesquisas sobre o TDAH.

Os principais pontos abordados nos artigos serão expostos a seguir, organizando-se por assuntos:

6.1 Diagnóstico e tratamento clínico

Em sua maioria os artigos encontrados trazem considerações gerais sobre o

diagnóstico do TDAH, sendo que alguns tratam do tema de forma específica. Rohde *et al* (2004) fazem uma revisão da literatura com o objetivo de orientar o psiquiatra sobre algumas questões clínicas e terapêuticas encontradas no momento de propor um tratamento para esses indivíduos. Os autores abordam as seguintes questões: diferenciação entre normalidade e presença do TDAH; a importância clínica do critério de idade de início de prejuízo dos sintomas; a fronteira com quadros de transtorno de humor bipolar (THB); diretrizes terapêuticas na presença de comorbidades. São apresentadas ainda dicas clínicas para caracterizar o diagnóstico, bem como para auxiliar tanto no diferencial de diagnóstico do THB, como no uso de medicação do transtorno na presença de comorbidades. O autor refere-se à importância do diagnóstico ser feito de forma correta, o que é fundamental para a utilização de medicação adequada, principalmente na presença de comorbidades.

Em outro artigo escrito por Rohde e Halpern (2004) é feita uma revisão atual, para o pediatra clínico, dos principais aspectos do histórico, epidemiologia, etiologia, neurobiologia, quadro clínico, comorbidades diagnóstico, evolução e tratamento do transtorno.

Os autores relatam que a base para o diagnóstico está formada pela história, pela observação do comportamento atual do paciente e pelo relato dos pais e professores sobre o funcionamento da criança nos diversos ambientes que freqüenta. Quanto à fonte de coleta de informações, os autores referem que os pais parecem ser bons informantes para os critérios diagnósticos do transtorno; já os professores tendem a superinformar os sintomas de TDAH, principalmente quando há a presença concomitante de outros transtornos de comportamento. Esta característica pode ser

atribuída ao fato de que, principalmente na adolescência, cada professor passa pouco tempo com cada turma (currículo por disciplinas), o que impede o conhecimento específico de cada aluno. Desta forma, o processo de avaliação diagnóstica envolve, necessariamente, a coleta de dados com os pais, com a criança e com a escola.

Ainda Rohde e Halpern, abordando a questão do tratamento, referem-se às diretrizes para o pediatra clínico sobre o tratamento do transtorno, segundo o subcomitê sobre TDAH da Academia Americana de Pediatria, onde são enfatizados cinco princípios básicos:

1. O pediatra deve estabelecer um programa de tratamento que reconheça o TDAH como uma condição crônica.

2. O pediatra, em conjunto com os pais, a criança e a escola, deve especificar os objetivos a serem alcançados em termos de evolução do tratamento para guiar o manejo.

3. O pediatra deve recomendar o uso de medicação estimulante e/ou tratamento comportamental quando apropriado para melhorar os sintomas-alvo em crianças com TDAH.

4. Quando o manejo selecionado não atingir os objetivos propostos, o pediatra deve reavaliar o diagnóstico original, verificar se foram usados todos os tratamentos apropriados, a aderência ao tratamento e a presença de comorbidades.

5. O pediatra deve sistematicamente prover um retorno para a criança com

TDAH, monitorando objetivos propostos e eventos adversos através de informações obtidas com a criança, a família e a escola.

Os autores referem que o pediatra está numa posição privilegiada para a detecção precoce do TDAH em crianças e adolescentes, e para o manejo inicial dos casos menos graves e não complicados pela presença de extensa comorbidade.

Já Amaral (2001) analisou vinte crianças (sendo este um grupo-caso que foi selecionado criteriosamente para este estudo), dentre as quais dez apresentavam comportamentos típicos para o TDAH e diagnóstico positivo para TDAH pelo DSM-IV; as outras dez apresentavam nível intelectual dentro da média ou superior e exame neurológico tradicional normal. O objetivo de sua pesquisa foi propor uma bateria de testes neuropsicológicos e analisar a precisão individual dos testes utilizados. Verificou-se que as crianças com TDAH apresentaram desempenho inferior em relação às outras. Apesar de ser uma pequena amostra, o estudo pretende contribuir de maneira objetiva para o diagnóstico do TDAH.

Estes testes são fundamentais para o diagnóstico do TDAH, fato que também se pôde perceber em outro artigo encontrado, o qual traz uma adaptação transcultural para o português da escala *Adult Self-Report Scale* para a avaliação do TDAH (Mattos, 2006). Trata-se da adaptação dos critérios do DSM-IV para o TDAH na vida adulta, sendo uma adaptação transcultural da original em inglês, para ser usada no Brasil. A tradução de uma escala requer vários cuidados, entre os quais os lingüísticos, pois certos termos podem ter diferentes abrangências e especificidades que são próprias de cada idioma. É necessária também a validação semântica, para a certificação de que o

instrumento é compreensível a todos os membros da população à qual se destina.

Esta adaptação apresentou resultados bastante satisfatórios de equivalência semântica entre a versão em português e a original em inglês. Foram utilizados vocábulos que fossem facilmente compreendidos por indivíduos pertencentes também a classes socioeconômicas mais baixas, foram evitados vocábulos utilizados apenas regionalmente, sendo procurados aqueles que tivessem uma abrangência nacional. Mattos concluiu seu artigo referindo que se trata apenas de uma etapa inicial importante para a posterior aplicação e avaliação do instrumento em amostras epidemiológicas brasileiras.

Mais um estudo realizado por Mattos *et al* (2006) trata da apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV para a avaliação de sintomas de TDAH e sintomas de transtorno desafiador e de oposição (TDO). A prevalência e possíveis complicações destes transtornos apontam a importância de haver instrumentos que possibilitem um maior conhecimento do TDAH e do TDO no Brasil.

O MTA-SNAP-IV é um questionário, que está dentro dos critérios do DMS-IV e que é usado para rastreio, avaliação da gravidade e freqüência de sintomas e acompanhamento de tratamento, podendo ser respondido por pais e professores. O desenvolvimento de normas para a população brasileira pode ser de grande valia para pesquisas e também para utilização na clínica.

O objetivo do estudo de Mattos *et al* foi o de elaborar uma versão em português da escala SNAP-IV, utilizando uma metodologia de tradução, retrotradução, análise de

equivalência semântica, e sondagem em população-alvo. O estudo constatou níveis muito variáveis de equivalência entre o original em inglês e as retrotraduções inicialmente propostas, o que sugere cuidado na elaboração da versão-síntese, necessitando da análise de peritos do ponto de vista da lingüística. A criação e definição desta versão é o primeiro passo para que estudos de validação da versão em português possam ocorrer.

Outro instrumento que vem sendo usado para levantamento epidemiológico do TDAH é o questionário de Conners. Porém, no estudo realizado por Andrade e Scheuer (2004), o questionário de Conners foi utilizado para a análise da eficácia do tratamento com metilfenidato em crianças com TDAH. Foram selecionadas 21 crianças do gênero masculino, com TDAH do tipo combinado, e todos foram tratados com metilfenidato.

A versão abreviada do questionário de Conners para pais e professores foi aplicada em dois momentos: um antes da medicação e outro entre seis e oito meses após seu início. Todos apresentaram melhora clínica no que se refere aos sintomas de TDAH. O resultado do questionário de Conners, após o uso do metilfenidato, mostrou que o efeito do tratamento foi significativo e percebido tanto por pais como por professores. Portanto, observou-se que o questionário de Conners mostrou-se útil, não só como auxílio diagnóstico, mas também como um instrumento de avaliação da eficácia do tratamento do TDAH.

Guardiola *et al* (1999) estudaram o uso da amitriptilina em crianças com TDAH. Foram analisadas 25 crianças, em um ensaio clínico controlado. Após 30 dias de tratamento com amitriptilina observou-se melhora na função de persistência motora,

concluindo que o medicamento é eficaz no tratamento do TDAH. Os autores referem que, quanto aos efeitos colaterais, a exemplo do que é encontrado na literatura, verifica-se que o mais frequentemente manifestado é um leve aumento na sonolência, o que não tem interferido na atenção das crianças.

Mattos *et al* (2006) discutem o diagnóstico do TDAH em adultos, visto que estudos demonstraram que o TDAH persiste na vida adulta em torno de 60 a 70% dos casos. Os autores fazem uma explanação quanto ao quadro clínico em adultos e quanto ao uso do método das escalas. Concluem que o diagnóstico em adultos permanece sendo o clínico, obtido através de uma anamnese cuidadosa, do emprego de critérios clínicos bem definidos e de treinamento no diagnóstico diferencial de transtornos psiquiátricos. Os autores referem, ainda, que os testes e exames laboratoriais não possuem valor preditivo (tanto positivo quanto negativo) suficiente que permita sua utilização no ambiente clínico, sendo reservados para ambiente de pesquisa ou casos excepcionais.

Quanto à utilização de exames de neuroimagem no diagnóstico de TDAH, encontrou-se um artigo específico, escrito por Szobot *et al* (2001), onde os autores fazem uma revisão dos estudos sobre os exames de neuroimagem e sua relação com o TDAH. Szobot, em sua conclusão, concorda com Mattos, apesar dos estudos reveladores em termos de neuroquímica serem ainda iniciais. O diagnóstico do TDAH ainda tem o critério clínico como base. Logo, um exame de neuroimagem alterado não tem poder nem para excluir nem para confirmar um diagnóstico de TDAH. Para estes autores, não existem dados científicos para justificar o uso da neuroimagem na prática clínica em TDAH.

6.2 Epidemiologia e Prevalência

Embora as causas precisas do TDAH não estejam plenamente esclarecidas, a influência de fatores genéticos é fortemente sugerida por estudos epidemiológicos (ROMAN, ROHDE e HUTZ, 2002). Em seu artigo estes autores discutem os principais resultados das pesquisas feitas com genes candidatos ao TDAH, os quais mostram uma recorrência familial significativa, como também uma herdabilidade bastante alta para esse transtorno.

Roman, Rohde e Hutz (2002) referem que, embora atualmente nenhum gene possa ser considerado necessário ou suficiente ao desenvolvimento do TDAH, a identificação dos possíveis genes de suscetibilidade é de fundamental importância para o futuro das pesquisas, uma vez que a informação genética está diretamente relacionada com o tratamento e prevenção. Desta forma, um maior conhecimento permitirá uma melhor caracterização de diferentes tipos da doença, logo, poderá dar condições mais específicas e eficazes de tratamento, bem como a possibilidade de detecção precoce da vulnerabilidade ao TDAH, podendo-se, assim, desenvolver estratégias de prevenção.

Já Poeta e Neto (2004) realizaram um estudo epidemiológico sobre os sintomas do TDAH e transtorno de comportamento em escolares, pois se sabe que o TDAH é caracterizado por desatenção, hiperatividade e impulsividade. Estes sintomas se manifestam antes dos sete anos de idade, embora quase sempre só sejam

diagnosticados após alguns anos de manifestação, mais precisamente quando as crianças ingressam na escola.

Poeta e Neto investigaram 1.898 escolares, matriculadas na rede pública de Florianópolis. Destes, 5% apresentaram TDAH associado ao transtorno de conduta. Com relação ao gênero, a freqüência foi maior nos meninos, sendo de três para um, confirmando a literatura em geral que mostra o predomínio do TDAH em meninos. Quanto à freqüência dos sintomas, a pesquisa mostra que os sintomas de desatenção tiveram maior prevalência do que os sintomas de hiperatividade/impulsividade. Rohde e Halpern (2004) confirmam que, no Brasil, estudos epidemiológicos realizados com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV situam a prevalência do TDAH entre 3% e 5%, e que a síndrome é mais comum em meninos (9%) com sintomas de hiperatividade do que em meninas (3%), que apresentam mais sintomas de desatenção.

Fontana *et al* (2007) pesquisaram a prevalência do TDAH em quatro escolas públicas brasileiras, usando os critérios do DSM-IV para o diagnóstico, sendo que as informações sobre os sintomas comportamentais foram levantadas através dos pais e professores. A população investigada consistiu em todos os alunos de 1ª a 4ª séries do Ensino Fundamental entre seis e doze anos das referidas escolas. De uma população inicial de 602 alunos, 461 fizeram parte do estudo.

A prevalência do TDAH, considerando as quatro escolas foi 13%. A proporção entre masculino e feminino foi de 2:1. O subtipo de TDAH mais freqüente foi o misto, que caracterizou 61,7% dos casos. A prevalência do distúrbio, neste estudo, mostrou-se mais elevada do que a tradicionalmente mencionada (3 a 5%), evidenciando a

importância deste transtorno na população estudada.

Vasconcelos *et al* (2003) investigaram a prevalência do TDAH em uma escola pública de Ensino Fundamental. De 403 escolares avaliados o diagnóstico de TDAH foi definido em 69 (17%) destes escolares. Portanto, conclui-se que a prevalência de TDAH nestes escolares foi de 17,1%. Este percentual está acima do encontrado na literatura, porém os autores referem que estudos dedicados a amostras em escolas tendem a encontrar taxas de prevalência mais altas.

Freire e Pondé (2005) realizaram um estudo com 150 crianças em escolas de Salvador (BA) para verificar a prevalência do TDAH. O instrumento de diagnóstico utilizado foi a Escala de TDAH - versão para professores. Esta escala serve para avaliar os sintomas comportamentais no contexto escolar, tendo o professor como fonte de informação.

As 150 crianças foram avaliadas por um período de três meses. Sua idade variou entre seis e quinze anos. Com relação ao gênero, 56 eram do sexo feminino e 94 do sexo masculino. O instrumento de avaliação prevê que, antes do preenchimento da escala, o professor dê a sua impressão sobre o aluno. Para os casos avaliados como aqueles com alta probabilidade de presença do TDAH, porém do tipo desatento, houve um índice de discordância de 47% entre a impressão inicial do professor e a análise final dos dados contidos na escala. Já para os casos de alta probabilidade de hiperatividade/impulsividade e de problemas de aprendizagem houve 100% de concordância.

Todas as crianças analisadas apresentavam problemas de aprendizagem. Os

sintomas descritos a seguir apareciam em todas elas: baixo rendimento em português; dificuldades em problemas matemáticos; raciocínio lógico lento; erros ao escrever e leitura imperfeita.

A análise dos sintomas evidencia que a correlação entre TDAH e problemas de aprendizagem foi positiva em 88,88% dos casos, enquanto a correlação entre hiperatividade e comportamento anti-social foi positiva em 75% dos casos. Os autores enfatizam que as crianças com TDAH podem ter sérios problemas de funcionamento social. Porém o problema não se reduz aos déficits trazidos pelo transtorno, mas à associação co-mórbida com outros transtornos, que pode resultar em comprometimento social grave. Nesse sentido, o reconhecimento precoce e o manejo adequado do TDAH podem redirecionar o desenvolvimento educacional e psicossocial dessas crianças.

6.3 Comorbidades

O TDAH pode manifestar-se como sintoma isolado, mas a incidência de comorbidades (ocorrência de dois ou mais problemas concomitantes) em indivíduos portadores do TDAH é muito alta, geralmente sendo acompanhada por outros problemas de saúde mental (ROHDE e BENCZIK, 1999).

As pesquisas mostram uma alta taxa de comorbidade entre o TDAH e os transtornos disruptivos do comportamento (transtorno de conduta e transtorno desafiador de oposição); depressão; transtorno de ansiedade e transtorno de

aprendizagem. No entanto, não são explicadas as razões para que ocorram as comorbidades.

Souza *et al* (2001) realizaram um estudo com 34 crianças e adolescentes com idade entre seis e dezesseis anos, em tratamento ambulatorial, com diagnóstico de TDAH (segundo o DSM-IV), com o objetivo de avaliar a comorbidade de transtornos psiquiátricos através de questionário padronizado (P-CHIPS) aplicado aos pais.

Dentre os 34 pacientes, dois foram excluídos por apresentarem QI inferior ou igual a 70 e quatro por apresentarem respostas pouco confiáveis no questionário. Portanto a amostra analisada constituiu-se de 28 pacientes. Comorbidades ocorreram em 24 dos casos (87,7%), sendo o transtorno opositor-desafiador (20,6%) e o transtorno de conduta (39,2%) os mais comuns. A depressão pôde ser diagnosticada em quatro casos e quadros ansiosos (transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade de separação e fobias) foram observados em 34,3% da amostra. Desta forma, a presença de comorbidades parece ser significativa no TDAH e pode sugerir a necessidade de entrevistas diagnósticas que abordem outros aspectos psíquicos e comportamentais do que aqueles unicamente relacionados ao TDAH.

Também analisando a presença de comorbidades, Possa, Spanemberg e Guardiola (2005) selecionaram, em três escolas estaduais e uma municipal de Porto Alegre, 35 crianças que apresentaram diagnóstico positivo para TDAH. O estudo consistiu na avaliação da freqüência do transtorno de conduta (TC), do transtorno desafiador opositor (TDO), e do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) nestas crianças.

Quatorze delas (40,0%) apresentaram TC, incluindo duas que apresentaram TC e TOC. Cinco (14,2%) apresentaram apenas TDO e uma (2,8%) apresentou apenas TOC. Os autores concluem que a maioria das crianças com TDAH apresentou alguma comorbidade psiquiátrica, sendo TC e TDO as mais prevalentes. Portanto, salientam que diante de um caso de TDAH faz-se necessária a pesquisa de comorbidades associadas.

Já Pacheco *et al* (2005) discutem o conceito do comportamento anti-social, como um indicador de transtornos mentais específicos e de algumas categorias comportamentais. Desta forma, os autores examinaram a relação entre o comportamento anti-social e o TDO, o TC e o TDAH. Referem que a relação entre o comportamento anti-social e o TDAH pressupõe a comorbidade entre o TDAH e transtornos que envolvem comportamento anti-social, tais como TDO e o TC. Este estudo pressupõe a ampliação da discussão, buscando categorias mais amplas que permitiriam a identificação precoce de eventuais prejuízos ao desenvolvimento do indivíduo.

Vasconcelos *et al* (2005) analisaram a contribuição dos fatores psicossociais para a ocorrência do TDAH em 403 alunos de uma escola pública de Ensino Fundamental. O fator de risco psicossocial estatisticamente significativo foi "brigas conjugais no passado". Os autores concluíram que crianças expostas a "brigas conjugais no passado" entre os pais correram risco 11,66 vezes mais alto de ter o diagnóstico de TDAH.

Segundo Mattos *et al* (2004), a comorbidade de transtornos alimentares com o

TDAH é pouco estudada, apesar de relevante para o tratamento clínico do indivíduo que apresenta o transtorno. Este autor investigou 86 adultos com TDAH, dos quais nove apresentaram transtornos alimentares, sendo o transtorno da compulsão alimentar periódica o diagnóstico mais comum. O autor refere que amostras clínicas de TDAH podem apresentar elevada prevalência de comorbidade com transtorno da compulsão alimentar periódica.

Outro transtorno que aparece associado ao TDAH é o transtorno do sono. Lucchesi *et al* (2005), em seu estudo "O sono em transtornos psiquiátricos", aborda os transtornos psiquiátricos que mais frequentemente apresentam alterações do sono na prática clínica, bem como a descrição dos achados polissonográficos. Um destes transtornos é o TDAH, e as queixas relacionadas ao sono mais freqüentes são: dificuldade para acordar pela manhã (talvez estejam dormindo pouco), sono fragmentado e não restaurador, e aumento de movimento durante o sono (agitação). Porém o tratamento do TDAH associado à orientação rigorosa para um ritmo adequado de sono tem se mostrado eficaz.

Ainda relacionando o sono ao TDAH foi encontrado outro artigo, o qual analisa o TDAH e a apnéia obstrutiva do sono, e sua possível melhora após procedimento cirúrgico. Weber *et al* (2006) concluíram que houve melhora neuropsicológica após a cirurgia, porém aponta ser necessária uma maior interação entre os profissionais da saúde no diagnóstico e no acompanhamento dessas crianças.

Encontrou-se um estudo que relaciona o TDAH com a prevalência do "Dedo em Baioneta" em pacientes alcoolistas e com distúrbios psicóticos do sexo masculino,

internados em hospital psiquiátrico. Borini (1999) refere que o dedo em baioneta é caracterizado pela curvatura em forma de baioneta de um ou de todos os dedos das mãos. A partir desta pesquisa, Borini faz algumas observações: o TDAH representaria um fator de vulnerabilidade tanto para o alcoolismo como para determinados distúrbios psicóticos; os achados sugerem que os indivíduos do sexo masculino com TDAH podem ter uma maior tendência a desenvolverem alcoolismo do que a população em geral; a presença do dedo em baioneta em um alcoolista poderia, associada a outros critérios, ser utilizada na identificação de alcoolismo secundário; a coexistência de duas desordens psiquiátricas, independentes ou não, poderia indicar procedimentos diferenciados de tratamento; adolescentes com dedos em baioneta deveriam merecer especial atenção no sentido da prevenção do alcoolismo.

6.4 Abordagem psicoeducacional e psicossocial

Grevet, Abreu e Shansis (2003) propõem, a partir do modelo pedagógico proposto por Antoni Zabala, uma abordagem psicoeducativa grupal para pacientes adultos portadores de TDAH. Para tanto, adaptam esta estrutura pedagógica para fundamentar a abordagem de grupos psicoeducacionais.

O foco da psicoterapia em adultos visa à aceitação do transtorno, uma vez que os problemas mais comuns abordados em psicoterapias com estas pessoas são a autoestima, os problemas conjugais, as dificuldades no trabalho e nas atividades acadêmicas. Os autores referem que, geralmente, as abordagens psicossociais se

iniciam por medidas psicoeducativas.

Portanto, esta abordagem leva em conta técnicas pedagógicas na criação de grupos psicoeducativos para pacientes portadores de TDAH, já que se sabe que esta população apresenta um grande número de problemas também na área dos processos de ensino-aprendizado.

Desta forma, os autores pretendem utilizar a proposta de estrutura pedagógica para grupos psicoeducacionais em TDAH no Ambulatório de adultos com TDAH do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Quando de sua implementação, os resultados serão objeto de publicação.

Outra pesquisa encontrada na área da Psicologia investiga a criança hiperativa através da abordagem Gestáltica. Antony e Ribeiro (2004) investigaram vinte sujeitos, sendo cinco casais (os pais), cinco professoras, e cinco crianças entre oito e onze anos. Utilizaram a entrevista aberta e o Teste de Apercepção Temática Infantil com figuras de animais (CAT-A) como instrumento de coleta de dados.

O enfoque gestáltico visa ir além da descrição dos sintomas que define uma doença, buscando o sentido da patologia e as vivências subjetivas da pessoa adoecida. Desta forma, Antony e Ribeiro investigaram os processos psicológicos e relacionais da criança hiperativa. Os autores concluem que a criança com TDAH apresenta processos psicológicos específicos que formam a base de sua personalidade. Afirmam que o elevado fluxo de energia faz a criança funcionar em "alta voltagem", respondendo ao mundo com hiperatividade, hiperatenção e hiperemotividade. Referem também que há talentos oriundos desta excitabilidade - a intuição, a criatividade, a afetuosidade, a

vitalidade - que devem ser sobrepostos aos supostos déficits.

Desta forma, concluem ainda que a criança com TDAH lança um desafio aos educadores, pais e profissionais da saúde, no sentido de uma mudança em seus modelos de pensamento, de intervenção, de interação. Ela não aceita métodos padronizados e ensino ou modelos educacionais rígidos; ao contrário, pede flexibilidade, criatividade, afetividade e anseia em ser tratada como sujeito responsável por seu processo de aprendizagem.

Sendo assim, Antony e Ribeiro oferecem algumas propostas psicopedagógicas para abordar a criança na sua aprendizagem, favorecendo assim seu desempenho escolar. Portanto, julga-se relevante para o presente trabalho o destaque das mais importantes:

- Dar informações, instruções/orientações curtas e breves.

- Repetir as informações e fazer a criança repetir o que lhe foi dito ou ensinado.

- Exigir uma quantidade menor de tarefas e questões nas avaliações.

- Realizar mais avaliações orais que escritas.

- Exercitar as habilidades motoras finas relacionadas às percepções visuais.

- Trabalhar positivamente o olhar e o ouvir aguçados da criança com exercícios de seleção e focalização de objetos-figuras.

- Interessar-se mais pelas coisas que a criança sabe fazer, enfatizando mais as

qualidades.

- Aproveitar mais a alegria, a vitalidade, a criatividade, a intuição, a generosidade e a afetuosidade da criança, de forma a criar um ambiente positivo e possibilitar um contato saudável entre a criança e seus colegas.

Outra pesquisa, ainda na área da Psicologia, discute a personalidade de crianças com TDAH por meio do teste de Rorschach, a qual foi realizada por Graeff e Vaz (2006). Avaliou-se 48 crianças com idade entre seis e onze anos, sendo 24 delas com diagnóstico de TDAH e 24 com comportamento normal.

Foi feito um estudo comparativo de diferença de médias dos dados do Rorschach entre os dois grupos. Este estudo, com amostra especificada dentro dos parâmetros utilizados, permitiu as seguintes conclusões: crianças com TDAH possuem indicadores de capacidade de produção e desempenho em índice menor do que as crianças sem este déficit; crianças com TDAH apresentam indicadores de impulsividade e dificuldade de controle emocional em índice mais elevado do que as crianças sem este transtorno; e que crianças com TDAH tendem a aumentar o nível de ansiedade, diante de uma situação ansiogênica, tornando-se mais apreensivas, tensas e inseguras do que as consideradas normais quanto ao TDAH.

Oliveira e Bicca (2003) realizaram uma pesquisa denominada "Os desafios e tecnologia na psicoterapia cognitiva do TDAH na infância: seguimento de um ano de estudo de caso de gêmeos monozigotos". Segundo os autores, a escolha do caso de gêmeos deveu-se a quatro motivos: a alta complexidade do caso dificulta o diagnóstico, a abordagem psicofarmacológica e psicoterápica; as dificuldades logísticas comuns aos

profissionais e pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). como dificuldades econômicas e assistenciais, que dificultam o tratamento; a importância da combinação tecnológica de diferentes modelos de terapias cognitivas na abordagem do TDAH, fundamental para alguns casos; e a importância da viabilização proporcionada pelo Programa de Residência quando permite a busca por auxílio externo, em termos de supervisão, o que potencializa a capacitação do residente.

Após acompanhamento psicoterápico os gêmeos apresentaram melhora significativa nos sintomas clínicos do TDAH. Foram retestados e ambos obtiveram escores compatíveis com o normal.

Pastura, Mattos e Araújo (2005) fazem uma revisão da literatura médica sobre a relação entre o desempenho escolar e o TDAH, visando fornecer aos pediatras, neurologistas infantis e psiquiatras infantis noções atualizadas sobre esta relação. Primeiramente os autores discutem a dificuldade em definir o mau desempenho escolar (MDE), pois o desempenho escolar, segundo Mattos (2002), depende de diferentes fatores: características da escola (físicas, pedagógicas, qualificação do professor), da família (nível de escolaridade dos pais, presença e interação dos pais com a escola e deveres) e do próprio indivíduo. Porém, na literatura encontraram-se algumas medidas de desfecho para a avaliação do desempenho escolar como: alocação em turmas especiais, repetência, notas baixas, suspensão, pontuação abaixo do esperado para o coeficiente de inteligência (QI)

Nesta pesquisa foi feito um panorama geral da associação entre o MDA e o TDAH, e a maioria das publicações indica que esta associação é positiva. Porém os

autores referem que mais estudos são necessários para investigar quais campos do conhecimento encontram-se mais afetados pelo TDAH.

Gonçalves, Toneletto e Ravanini (2000) aplicaram testes neurológicos em crianças do primeiro ano do Ensino Fundamental. Estas crianças foram escolhidas sem o conhecimento prévio de seu desempenho escolar, no sentido de avaliar padrões neurológicos individuais independentemente de cumprirem ou não os conteúdos escolares propostos. Sabe-se que as avaliações neurológicas são solicitadas com a finalidade de encontrar uma explicação para as dificuldades escolares na infância. Porém, na maioria das vezes o resultado é normal ou são encontradas discretas alterações que não explicam a dificuldade em aprender. A pergunta que os autores fazem é se estas discretas alterações poderiam ser encontradas também em crianças sem problemas de aprendizagem.

Desta forma foram investigadas 124 crianças através do Exame Neurológico Tradicional (ENT). Este se mostrou normal em 87 (70,16%) e alterado em 37 (29,83%) dos escolares avaliados. As alterações mais encontradas foram na fala, nas medidas de crânio, incoordenação, hiperatividade, ou mais que uma alteração na semiologia neurológica. Estes achados foram isolados, não sendo possível identificar síndromes neurológicas. Também não houve diferença estatisticamente significativa, sendo que os achados foram insuficientes para distinguir os dois grupos.

Apesar disso, os autores referem que, avaliando longitudinalmente crianças hiperativas, foi observado que as alterações neurológicas encontradas aos seis ou sete anos de idade desapareceram em grande parte das avaliações subseqüentes entre dez

e treze anos. Tais achados questionam a estabilidade das anormalidades neurológicas em longo prazo. Desta forma, os autores sugerem que o acompanhamento longitudinal anual quanto à escolaridade, semiologia neurológica e, se necessário, a avaliação complementada por equipe multidisciplinar podem esclarecer os achados da pesquisa.

Já Cavadas, Pereira e Mattos (2007) realizaram um estudo comparativo, na área da Fonoaudiologia, sobre o desempenho em teste de avaliação em processamento auditivo (PA) em um grupo de crianças com TDAH pré e pós-metilfenidato. Foram aplicados testes comportamentais de avaliação do PA em 29 indivíduos com TDAH e usou-se um grupo de 29 indivíduos sem déficit de atenção, com e sem transtornos de aprendizado para comparação.

O grupo com TDAH apresentou desempenho nos testes de PA semelhante ao grupo controle sem transtornos do aprendizado, sendo seus resultados ainda melhores na ocasião pós-medicação. Já o grupo sem déficit de atenção e com problemas de aprendizagem apresentou o pior desempenho nos testes de PA e o grupo sem déficit de atenção e sem problemas de aprendizagem foi o que apresentou o melhor desempenho. Portanto, os autores concluíram que o teste de PA não permitiu diferenciar portadores de TDAH de controles pareados, e que o metilfenidato se associou à melhora do desempenho nos testes de PA nos portadores de TDAH.

Além de encontrarem dados que corroboram aqueles da literatura quanto à prevalência de gênero e tipo de TDAH, o estudo realizado por Coutinho, Mattos e Araújo (2007) teve o intuito de comparar o desempenho de tipos do TDAH em tarefas de seletividade, sustentação e atenção alternada em teste computadorizado de atenção

visual (TAVIS-III). Apenas em tarefa de atenção por tempo mais prolongado, o tipo combinado revelou diferenças significativas em relação ao grupo desatento.

7 DISCUTINDO A BIBLIOGRAFIA ENCONTRADA

Diante do exposto na presente pesquisa pôde-se verificar que a grande maioria dos artigos encontrados (27 entre 30) está na área da saúde, mais especificamente da Psiquiatria e Neuropsiquiatria. São abordadas questões fundamentais como possíveis causas do TDAH, diagnóstico e tratamento, prevalência e epidemiologia, comorbidades, entre outros, conforme descrito anteriormente.

Vários artigos encontrados (nove) discutem o diagnóstico e o tratamento do TDAH, mas destes apenas um trata de exames de neuroimagem. Duas pesquisas discutem o tratamento com psicofármacos, discussão esta que é um tanto polêmica, pois há discordância quanto ao uso de medicamentos no manejo do distúrbio.

Quanto às comorbidade relativas ao TDAH oito artigos foram encontrados e todos, embora discutam algum ponto específico, trazem dados em comum quanto às principais comorbidades.

Cinco artigos tratam de estudos relacionados à epidemiologia e prevalência do TDAH, onde a maioria corrobora os dados da literatura que indicam a taxa de 3-5 % das crianças em idade escolar. Porém alguns discutem dados mais específicos como a prevalência de sintomas.

Entre os trinta artigos analisados foram encontrados seis que apontam questões relacionadas aos aspectos psicoeducativos e psicossociais de pessoas com TDAH, porém não necessariamente aqueles relacionados à escola. Três estão na área da Psicologia, sendo que um busca compreender a experiência de possuir o TDAH a partir da abordagem Gestáltica, outro tem por objetivo estudar a personalidade de crianças com TDAH através da técnica de Rorschach, e outro visa dar subsídios à constituição de grupos psicoeducativos de suporte a indivíduos adultos que apresentam o transtorno. Um estudo encontra-se em área de interface entre a Neuropsiquiatria e a Psicologia, pois descreve os resultados obtidos através de um tratamento realizado em um par de gêmeos com base na psicoterapia cognitiva, porém em ambiente hospitalar.

Um estudo aproxima-se das questões educacionais relativas à escola ao fazer uma revisão da literatura sobre o TDAH relacionando-o ao desempenho escolar, porém o objetivo principal, conforme mencionado pelos autores, foi o de fornecer à área médica noções atualizadas sobre esta relação. Um último estudo, realizado em ambiente escolar, no qual os participantes foram alunos da primeira série do Ensino Fundamental com e sem dificuldades de aprendizagem, sendo que os autores propuseram-se a investigar se, em termos neurológicos, tais crianças apresentariam diferenças significativas, buscando-se associações com o quadro de TDAH.

Considerando-se que o presente estudo propôs-se a buscar na literatura acadêmica recente (em um dos principais indexadores brasileiros, o Scielo) pesquisas que discutem o TDAH e sua possível relação com dificuldades de aprendizagem, bem

como outros aspectos educacionais, pôde-se perceber claramente a carência de pesquisas nesse sentido. A literatura encontrada apresentou dados quanto à caracterização geral do transtorno, sintomas, prevalência, comorbidades, tratamento, mas pouquíssimo foi conseguido sobre o TDAH associado às suas especificidades no que se refere aos processos de aprendizagem e abordagens psicossociais e psicoeducativas. Algo é descrito em termos de técnicas que devem ser utilizadas para facilitar o manejo com estes indivíduos, porém este tipo de abordagem geralmente tem por objetivo ajudar o paciente e também outros profissionais a lidar, na prática, com os sintomas do distúrbio, minimizando as dificuldades cotidianas. Logo quase não há pesquisas, no contexto investigado, que aprofundem a relação do TDAH com os processos educativos.

Estes dados são muito significativos para o avanço do conhecimento na área. Durante este estudo pôde-se verificar a escassez de pesquisa acadêmica que discuta o problema do ponto de vista pedagógico. Considera-se que esta seja uma lacuna importante, já que quase todas as pesquisas confirmam que o TDAH afeta o desenvolvimento cognitivo, afetivo e psicomotor da criança, isto é, que as limitações em determinadas áreas desencadeiam dificuldades em outras. Desta forma, quando não devidamente acompanhadas, as crianças com TDAH estão mais propensas ao fracasso escolar, ao serem comparadas aos seus colegas sem o transtorno. Isso justifica a necessidade de se investir em pesquisas que ofereçam uma compreensão mais aprofundada de como estas crianças aprendem, podendo-se, por conseqüência, oferecer-lhe uma abordagem educativa mais adequada.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais aspectos observados na presente pesquisa foram: os artigos encontrados encotram-se quase todos na área da saúde; os principais assuntos estão relacionados ao diagnóstico, comorbidades, prevalência, tratamento e escalas para avaliação, sendo que poucos deles tratam de abordagens psicossociais e psicoeducacionais. Outro aspecto é que os estudos realizados com escolares não tiveram como principal objetivo investigar eventuais dificuldades de aprendizagem, bem como as características cognitivas, emocionais e sociais da criança com TDAH. Percebe-se, desta forma, que há uma carência de literatura científica relacionada ao TDAH nas áreas da Pedagogia e da Psicologia.

Partindo desta constatação, parece imprescindível que se invista mais na pesquisa científica na área da Educação e da Psicologia de forma a se compreender melhor o universo das pessoas com TDAH, e mais especificamente, com o intuito de perceber como ocorrem o desenvolvimento e a aprendizagem das crianças com TDAH. Sendo assim, seria relevante o desenvolvimento de técnicas pedagógicas mais apropriadas, metodologias, estudos sobre a relação da criança que apresenta o TDAH com o professor, com a escola, com os conteúdos tradicionalmente ensinados, buscando-se compreender enfim de que forma essa criança aprende e as especificidades de seu desenvolvimento. Estas questões são pertinentes e sugerem problemas em aberto a serem investigados.

A escola precisa saber como se sentem e como pensam estas crianças. Portanto, mais literatura disponível possibilitaria à escola repensar suas práticas

pedagógicas, levando mais subsídios e informações para os professores terem uma atuação mais efetiva, levando em conta as peculiaridades desta criança de seus processos de aprendizagem.

O desenvolvimento de pesquisas que repensassem a forma como o aluno com TDAH é tratado em seus contextos de aprendizagem ofereceriam um aporte teórico que subsidiaria a prática, incentivando novas propostas pedagógicas que atendessem à realidade da criança com TDAH na escola.

É importante ressaltar que as pesquisas na área da saúde são fundamentais para o conhecimento deste transtorno, seu diagnóstico, tratamento, manejo, subsidiando o trabalho de pediatras e psiquiatras na administração do transtorno, bem como aos psicólogos e profissionais da educação. Visto que este é um transtorno que envolve várias áreas do conhecimento, é fundamental que todas estejam envolvidas para o avanço das pesquisas. Neste sentido, enfatizamos a necessidade da busca de um conhecimento mais sistematizado sobre o TDAH também na área da Educação e da Psicologia, pois, como podemos confirmar pelo presente estudo há escassez de literatura na área.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Ana Helena do ; GUERREIRO, Marilisa M.. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: proposta de avaliação neuropsicológica para diagnóstico. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 59, n. 4, 2001.

ANTONY, Sheila; RIBEIRO, Jorge Ponciano. A criança hiperativa: uma visão da abordagem gestáltica. **Psic.: Teor. e Pesq.** , Brasília, v. 20, n. 2, 2004 .

BARKLEY, Russel A. **Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH):** guia completo para pais, professores e profissionais da saúde/Russel A. Barkley; trad. Luiz Sergio Roizman – Porto Alegre: Artmed, 2002.

CAVADAS, Marcia; PEREIRA, Liliane Desgualdo; MATTOS, Paulo. Efeito do metilfenidato no processamento auditivo em crianças e adolescentes com transtorno do deficit de atenção/hiperatividade. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** , São Paulo, v. 65, n. 1, 2007.

COLL, Cesar; PALÁCIOS, Jesús; MARCHESI, Álvaro. **Desenvolvimento Psicológico e Educação.** Transtorno de desenvolvimento e necessidades educativas especiais. Editora Artmed, RS.1995.

COSTA, Sandra Regina Dias da. **O papel da interação social na aprendizagem do aluno com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade – TDAH**: o caso do CENEP – HC/UFPR. 2006.

COUTINHO, Gabriel; MATTOS, Paulo; ARAUJO, Catia. Desempenho neuropsicológico de tipos de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em tarefas de atenção visual. **J. Bras. Psiquiatr.** , Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, 2007.

FACION, José Raimundo. **Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade (T.D.A.H.): Atualização Clínica**. Revista de Psicologia da UNC, vol.1, n.2, 2004, p.54-58.

FONTANA, Rosiane da Silva et al . Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** , São Paulo, v. 65, n. 1, 2007.

FREIRE, Antonio Carlos Cruz; PONDE, Milena Pereira. Estudo piloto da prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre crianças escolares na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** , São Paulo, v. 63, n. 2b, 2005.

GRAEFF, Rodrigo Linck; VAZ, Cícero E.. Personalidade de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) por meio do Rorschach. **Psic.: Teor. e**

Pesq. , Brasília, v. 22, n. 3, 2006.

GREVET, Eugenio Horácio; ABREU, Paulo Belmonte de; SHANSIS, Flávio. Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul** , Porto Alegre, v. 25, n. 3, 2003 .

LUCCHESI, Ligia Mendonça et al . O sono em transtornos psiquiátricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** , São Paulo2007 .

MATTOS, Paulo et al. Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos.**Rev. Psiquiatr. Clín.** , São Paulo, v. 33, n. 4, 2006 . .

MATTOS, Paulo et al. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul** , Porto Alegre, v. 28, n. 3, 2006 .

MATTOS, Paulo et al . Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul** , Porto Alegre, v. 28, n. 1, 2006 .

MATTOS, Paulo et al . Transtornos alimentares comórbidos em uma amostra clínica de adultos com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. **Rev. Bras. Psiquiatr.** , São Paulo, v. 26, n. 4, 2004 .

MESQUITA, Kátia Silene da Silva. **Criança hiperativa:** escola hiperligada. 2002.(documento on-line).

OLIVEIRA, Rodrigo Grassi de; BICCA, Carla. Desafios e tecnologia na psicoterapia cognitiva do TDAH na infância: seguimento de um ano de caso de gêmeos monozigóticos. **Rev. psiquiatr. clín.** , São Paulo, v. 30, n. 5, 2003 .

PACHECO, Janaína et al . Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: uma perspectiva desenvolvimentista. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v. 18, n. 1, 2005.

PASTURA, Giuseppe Mário C.; MATTOS, Paulo; ARAUJO, Alexandra P. Q. Campos. Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Rev. psiquiatr. clín.** , São Paulo, v. 32, n. 6, 2005 .

PEREIRA, Heloisa S.; ARAUJO, Alexandra P. Q. C.; MATTOS, Paulo. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** , Recife, v. 5, n. 4, 2005 .

PHEULA, Gabriel Ferreira; ISOLAN, Luciano Rassier. Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. **Rev. Psiquiatr. Clín.** , São Paulo, v. 34, n. 2, 2007.

POETA, Lisiane Schilling; ROSA NETO, Francisco. Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtomos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. **Rev. Bras. Psiquiatr.** , São Paulo, v. 26, n. 3, 2004.

RHODE, Luiz Augusto; BENZICK, Edyleine Bellini Peroni. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: O que é? Como ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas. 2000. 92 p.

ROHDE, Luís Augusto; HALPERN, Ricardo. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**: atualização. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, 2004 .

RHODE, Luis Augusto; MATTOS, Paulo e colaboradores. **Princípios e Práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed. 2002. 236 p.

ROHDE, Luis Augusto et al. Transtomo de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Rev. Psiquiatr. Clín.** , São Paulo, v. 31, n. 3, 2004.

ROHDE, Luis Augusto; HALPERN, Ricardo. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, 2004.

ROHDE, Luis Augusto et al . Transtomo de déficit de atenção/hiperatividade. **Rev. Bras. Psiquiatr.** , São Paulo 2007.

ROMAN, Tatiana; ROHDE, Luis Augusto; HUTZ, Mara Helena. Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Rev. Bras. Psiquiatr.** , São Paulo, v. 24, n. 4, 2002 .

SILVA, Ana Beatriz B. **Mentes Inquietas**: entendendo o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas. São Paulo: Editora Gente. 2003. 224 p.

SILVA Rejane Augusta, SOUZA Luiz Augusto de Paula. **Aspectos lingüísticos e sociais relacionados ao transtorno do déficit de atenção/hiperatividade**. Revista CEFAC. São Paulo, v 7. n 3. p.295-299, jul. - set, 2005.

SZOBOT, Claudia M et al . Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Rev. Bras. Psiquiatr.** , São Paulo2007

VERA, Cleiva Flamia Diniz et al . Transtomos de aprendizagem em presença de respiração oral em indivíduos com diagnóstico de transtomos de défcit de

atenção/hiperatividade (TDAH). **Rev. CEFAC** , São Paulo, v. 8, n. 4, 2006 .

WEBER, Silke Anna Thereza et al . Distúrbio de hiperatividade e déficit de atenção na síndrome de apnéia obstrutuiva do sono: há melhora com tratamento cirúrgico?. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** , São Paulo, v. 72, n. 1, 2006 .