

CRDA

Centro de Referência em Distúrbios de Aprendizagem

Entendendo os portadores do TDAH

Vivian Silva Sabará Leite Teixeira

São Paulo
2008

VIVIAN SILVA SABARÁ LEITE TEIXEIRA

Entendendo os portadores do TDAH

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Referência
em Distúrbios de Aprendizagem,
como exigência parcial para obtenção
do título de especialista em Distúrbio
de Aprendizagem.

Orientadora: Profa. Adriana Emília
H. Gonçalves Teixeira Fontes

São Paulo
2008

Agradeço a professora e Dra Adriana, pelas informações sugeridas, pelo seu carinho, dedicação e fundamental instrução para a conclusão deste trabalho. A todas as pessoas que amo e que pacientemente me deram força direta e indiretamente, para concluir este trabalho. E principalmente, quero agradecer a Deus que me deu luz, vida e saúde para subir mais um degrau em minha vida.

Ao meu marido, que muito contribuiu na realização desse trabalho. Seu apoio e compreensão nos momentos em que eu estive ausente e suas palavras de encorajamento, quando parecia muito difícil. Foi meu grande incentivador nessa trajetória. Meu admirador ímpar das vitórias conquistadas.

“A verdadeira viagem das descobertas não consiste em procurar novas paisagens, mas ter novos olhos”
(Prost)

RESUMO

O Transtorno de déficit de Atenção / hiperatividade é uma condição neurobiológica que atinge de 3% a 7% da população. Nesta pesquisa será apresentado um diagnóstico complexo, de início precoce com evoluções crônicas e cujas conseqüências refletem em diversos aspectos na vida do indivíduo.

Durante o desenvolvimento serão mostradas as características na infância: desatenção, hiperatividade e impulsividade, afetando o desempenho acadêmico e familiar, portanto deve ser alvo de intervenção.

No diagnóstico de TDAH é sempre necessário contextualizar os sintomas de vida da criança, pois estes fatores irão auxiliar e muito no diagnóstico e tratamento que é realizado através de medicação e terapia.

Tendo como conclusão o papel importante do professor, pois ele irá levar informações para os profissionais que estarão realizando o tratamento além de ajudar na inclusão desses alunos em sala de aula.

Palavras-chave: TDAH; Inclusão; Diagnóstico

ABSTRACT

The attention / hiperativity deficit disorder is a neurobyologic condicion that affect 3% to 7% of the population. This research will present a complex diagnosis, since a precocious beginning to chronicles evolutions wich consequences reflect in many aspects of the individual's life.

During development the childhood feature will be showed: inattention, hiperativity and impulsiveness, affecting academic and familiar performance, that's why it must be a intervetion target.

In TDAH diagnosis it always necessary to context the symptoms of child's life, cause this factors will help a lot in diagnosis and treatment that is accomplish through medication anda therapy.

Having as conclusion the important teacher's role, cause he will bring informations to professionals that will be realize the treatment besides helping the student's inclusion in class.

Key-words: TDAH; Inclusion; Diagnosis

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
OBJETIVO	10
METODOLOGIA	11
CAP. I – UMA BREVE HISTÓRIA NO TEMPO	12
CAP. II – O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE	15
2.1 – Definição de hiperatividade,desatenção e impulsividade	15
2.2 – O que é o TDAH?	16
2.3 – Tipos de TDAH	17
CAP. III – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS	20
3.1 – Procedimentos para avaliação diagnóstica	20
3.2 – Causas do TDAH	22
3.3 – Tratamento do TDAH	24
3.4 – Medicação para o Tratamento de pacientes com TDAH	25
CAP. IV – INTERVENÇÕES DOS PROFESSORES E PAIS	28
4.1 Intervenções específicas para os professores	28
4.2-Intervenções específicas para os pais	31
CAP. V – ALGUMAS CELEBRIDADES COM SUPOSIÇÃO DE TDAH	34
CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

INTRODUÇÃO

Sempre há uma pessoa que conhece uma criança com dificuldade para terminar as tarefas escolares, que apresenta dificuldade de relacionar-se com outras crianças, que é desatenta ou aquela criança que não se encontra em harmonia com a família. Dando um tempo maior para que essa criança amadureça estaremos prejudicando-a psicologicamente e socialmente.

Essas crianças com falta de atenção apresentam grande dificuldade de organização em todos os setores de sua vida apresentando problemas de relacionamento interpessoal, falta de inibição, dificuldade de controlar seus impulsos e a regular seu próprio comportamento. Sendo assim apresentam uma incapacidade em seu desenvolvimento conhecido como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Foi comprovado que o TDAH atinge 3% a 5% das crianças em idade escolar. Antes dos 4 anos ou 5 anos fica difícil ser feito o diagnóstico, pois as crianças apresentam comportamento variável. Esse transtorno acaba gerando um grande desconforto para os pais devido aos rótulos que estes recebem de maneira muito brusca.

Estes rótulos acabam ocasionando um grande transtorno para a criança e para a família, pois qual é o pai que gosta de ouvir que seu filho é indisciplinado, preguiçoso, malcriado e até mesmo pouco inteligente. Essas crianças necessitam de um olhar especial dos pais, dos professores e dos amigos de classe para serem incluídos e terem as mesmas oportunidades que os outros alunos. A escola então deverá estar preparada para mudanças, através de um trabalho cooperativo e solidário para que os preconceitos e os rótulos sejam eliminados, dando oportunidade de realização pessoal a todos aqueles que precisam de apoio, compreensão e carinho.

Conhecer e entender o comportamento dessas crianças é fundamental para que ocorram mudanças e redirecionamento de vida. Alguns acreditam que os problemas da criança com TDAH são emocionais, frutos de conflitos em casa e que medicação é a única solução, pois o TDAH é transtorno biológico.

A terapia deve ser objetiva, direta, estruturada e orientada através de metas. Dessa forma trará mudanças nos afetos e comportamento, além de substituir as crenças negativas como “avoados”, no “mundo da lua”.

Sendo assim este trabalho mostrará caminhos para que haja inclusão dos portadores desse transtorno sem haver injustiça e aqueles que estiverem envolvidos com essas crianças saibam direcionar o trabalho para que este tenha bem menos conflitos.

É necessário refletir sobre a nossa realidade na inclusão dos portadores desse transtorno para isso é preciso rever o significado de inclusão para que este não seja confundido com integração. A principal característica da inclusão é propor uma escola para todos, de forma incondicional. Se os portadores de TDAH ficarem de fora não é inclusão.

A inclusão mostra-se benéfica para a educação de todos os alunos independente de suas habilidades ou dificuldades. Para isso a escola como um todo, deverá estar preparada para as mudanças, pois o processo de inclusão não é fácil, porém necessário para que todos aqueles alunos portadores de transtorno não sejam discriminados pela sociedade. A diversidade é importante, pois quanto mais pessoas diferentes em sala de aula, mais desafiador é o ambiente.

O trabalho cooperativo e solidário entre as crianças e professores é fundamental para que os preconceitos sejam eliminados, dando oportunidade de realização pessoal a todos aqueles que precisam de apoio, compreensão e carinho.

A proposta de realização deste trabalho é explicar a definição de hiperatividade, termo este usado com frequência para essas crianças agitadas, passando para a definição do transtorno propriamente dito. No capítulo sobre o tratamento serão mencionadas informações necessárias para acalmar os pais aflitos além de reconstruir a auto-estima para que os portadores desse transtorno possam sentir-se mais felizes consigo mesmo e com a vida.

As intervenções que os professores devem fazer é outro capítulo de extrema importância de forma a minimizar a ocorrência de comportamentos que interfiram no desempenho acadêmico para que os mesmos não continuem sendo rotulados e possam torna-se adultos bem-ajustados.

OBJETIVO

- Transmitir informações esclarecedoras sobre o transtorno;
- Mostrar os tipos de TDAH e suas conseqüências em sala de aula e com a família;
- Minimizar a ocorrência de comportamentos que interfiram no desempenho acadêmico.

METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado através de pesquisas em livros didáticos, monografias, Internet e artigos para reunir dados sobre o assunto, a fim de contextualizar o trabalho de conclusão de curso.

Ao longo dos capítulos serão apresentadas pesquisas, diagnósticos e observações feitas em sala de aula.

Capítulo I

Uma breve história no tempo

Vários estudos foram realizados desde o começo do século XX. Em 1902 GEORGE FREDERICK, realizou palestras onde mencionou as crianças com dificuldade de seguir regras: desafiadoras, desatentas, agressivas e resistentes a disciplina. Os pais dessas crianças foram rotulados como portadores de um “defeito” de controle moral. Foi percebido no comportamento dessas crianças uma relação hereditária ao perceberem que membros da família apresentavam problemas de alcoolismo, alteração de conduta e depressão. Para o início do século XX essa concepção de que o comportamento poderia ter uma causa orgânica do que simplesmente ser o resultado de um desajuste familiar foi um conceito ousado.

Médicos americanos estudavam crianças que tinham sido sobreviventes da epidemia de encefalite ocorrida entre 1917-1918. Essas crianças apresentavam prejuízos na atenção, regulação das atividades físicas e impulsos físicos.

KAHN e COHEN em 1934 publicaram um artigo no The New England Journal of Medicine onde afirmaram haver uma base biológica nessas alterações comportamentais baseada nas vítimas de encefalite.

Estabeleceu-se na época uma relação entre a encefalite e uma possível deficiência moral de caráter falso para explicar o TDAH, criando-se o termo “cérebro danificado” ou “lesionado”. Para as crianças que não foram expostas ao surto de encefalite, mas que apresentavam sintomas parecidos foi sugerido que, talvez tivessem sofrido dano cerebral originário de outra maneira. Essas crianças apresentavam-se espertas e inteligentes para serem portadoras de uma lesão cerebral. Passou-se então ao termo “Lesão Cerebral Mínima” tornando popularmente conhecido apesar de não haver nenhuma lesão cerebral que pudesse ser constatada em exames médicos. Esse termo foi mudado para Disfunção Cerebral Mínima pelo fato de não haver evidências que atestassem a presença de lesões cerebrais.

Em 1937, CHARLES BRADLEY observou que crianças hiperativas / impulsivas, com o uso de anfetaminas (medicamento estimulante do sistema nervoso central) apresentavam redução em seus comportamentos ajudando na concentração.

Em 1957, LAUFER usou o termo hiperatividade infantil e em 1960 foi a vez de STELLA CHESS. Ele acreditava que a síndrome apareceria apenas nos meninos e que diminuiria ao longo do crescimento natural do indivíduo.

STELLA CHESS afastou a hipótese da hiperatividade estar ligada a lesão cerebral. Encarava as causas como estando enraizadas na genética individual, não sendo o meio ambiente o causador da lesão cerebral. Daí o nome de “Síndrome da Criança Hiperativa”.

Em 1968 a Associação de Psiquiatria Americana (APA) usou o termo Reação Hiperkinética da Infância ao publicar o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (DSM-II).

“Os novos termos tiveram grande validade para as crianças que apresentavam hiperatividade como parte de seus sintomas. Muito embora, tendessem a ignorar o fato de que um grande número de crianças apresentasse déficits de atenção sem qualquer sinal de hiperatividade. Era evidente que mais pesquisas deveriam ser realizadas para responder a essas e outras questões” (SILVA, 2003)

O Dr. BEM FEIGOLD em 1973 após muitos estudos mostrou para a Associação Médica Americana uma ligação entre determinados alimentos e aditivos químicos e o comportamento de certos indivíduos. Porém essa teoria não foi bem aceita pela comunidade médica.

O foco das pesquisas em 1970 passou a mudar de hiperatividade para as questões ativas com a teoria de Virginia Douglas onde menciona que o déficit em manter a atenção poderia provir de condições em que não existisse a hiperatividade.

No ano de 1976 GABRIEL WEISS mostrou que quando as crianças encontram-se na adolescência a hiperatividade pode diminuir, por outro lado os problemas de impulsividade e atenção podem permanecer. Anteriormente pensavam que a síndrome desapareceria na adolescência e na vida adulta.

Quando a síndrome na forma adulta foi reconhecida em 1980, trouxe mudanças significativas: deixou de lado os fatores causais dando destaque para os sintomas; identificou a forma adulta de “tipo residual” e renomeou a síndrome de Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA).

Em 1994, foram feitas modificações pela Associação Americana de Psiquiatria que publicou o DSM-IV, com a seguinte classificação:

- Déficit de Atenção DA: predominante desatento;
- Déficit de Atenção DA / HI: predominantemente hiperativo-impulsivo;
- Déficit de Atenção AC: onde os sintomas de desatenção e hiperatividade / impulsividade estão presentes no mesmo grau de intensidade.

Apesar de toda evolução, a visão no Brasil ainda é muito desanimadora. Muitas pessoas passam por desconfortos pessoais ou sociais em função da sua atenção e de controle de seus impulsos e hiperatividades. As crianças apresentam rótulos como “rebeldes” “avoados”, “no mundo da lua” entre outros.

A informação é o caminho para pais e educadores, pois existem milhares de crianças que, quando o transtorno não é tratado, prolonga-se para a adolescência e vida adulta com problemas sérios na área da atenção e na maneira de controlar seus impulsos. Estas pessoas devem ser ajudadas para que possam adquirir uma maneira de viver mais agradável, menos desconfortável e angustiante.

Capítulo II

O transtorno do déficit de atenção e hiperatividade

2.1 Definição de hiperatividade, desatenção e impulsividade

A hiperatividade, a desatenção e a impulsividade definem-se pela diminuição ou ausência de controle. O hiperativo apresenta grande dificuldade de controlar a sua impulsividade, a sua atenção e a sua necessidade de movimento.

Controlar a atenção é algo muito difícil, portanto manter-se atento em uma atividade que precisa desempenhar exige grande esforço, principalmente quando a tarefa for monótona. Segundo a Revista (Mente e Cérebro 2008) essas crianças não conseguem ficar sentadas na sala de aula e prestar a atenção por muito tempo. Sendo assim acabam com freqüência sendo rejeitadas pelos colegas pelo fato de sua inquietude agravada pelos comportamentos. Se não há intervenções, os problemas acadêmicos e sociais tendem a piorar, levando a conseqüências adversas no futuro.

Acabam sendo rotulados de desastrados devido a pouca coordenação motora. Também não conseguem ficar sentados por muito tempo, abandonando seu lugar para mexer em coisas impróprias, escalar muros, móveis etc. Apresentam grande dificuldade de permanecer em silêncio em atividades de lazer que necessitam desse comportamento.

A hiperatividade é uma disfunção orgânica, envolvendo diversas áreas do cérebro na determinação do quadro hiperativo. O estado psicológico pode ser, em algumas ocasiões, o fator determinante da hiperatividade. É provável que a maioria das crianças e adolescentes tenham associados os fatores orgânicos e psicológicos. Para que se processe a hiperatividade deve haver um desequilíbrio neuroquímico cerebral, provocado pela produção insuficiente de neurotransmissores (Dopamina e Noradrenalina) em certas regiões do cérebro que são responsáveis pelo estado de vigília, atenção e pelo controle das emoções. A desorganização bioquímica leva a alterações neurofisiológicas que acarretam alterações do sono, impulsividade, comportamento agressivo e os distúrbios da atenção que podem estar associados ao quadro da hiperatividade.

Com relação à desatenção, não conseguem acompanhar instruções longas, terminar tarefas, não apreciam tarefas que seja necessário esforço mental prolongado e facilmente se distraem com estímulos alheio às mesmas. Parecem que estão sempre sonhando acordados tendo grande dificuldade em permanecer na tarefa por um período grande. Devido a esses fatores, pais e professores afirmam que essas crianças agem como se não estivessem ouvindo ou como se vivessem constantemente com a cabeça nas nuvens.

A impulsividade caracteriza-se em dar respostas mesmo antes da pergunta ter sido completada, interromper as atividades dos outros e ter dificuldade de esperar a sua vez.

A impulsividade, a desatenção e a hiperatividade podem resultar em problemas na vida dessas crianças e não necessariamente ser causada pelo déficit de atenção com hiperatividade, principalmente quando apenas parte dos sintomas estão presentes ou quando não se manifestam o tempo todo. O déficit de atenção se manifesta continuamente, se uma criança que se comporta inadequadamente dentro das características citadas, ou somente em casa ou somente na escola, possivelmente encontra problemas nesses locais, mas não apresenta o transtorno de déficit de atenção. Sistemas educacionais inadequados e problemas conjugais são as primeiras coisas a serem analisadas. Portanto o contexto onde a criança vive além dos sintomas devem sempre ser considerados para o diagnóstico.

2.2 O que é o TDAH?

O TDAH é um distúrbio biopsicossocial, parece haver fortes fatores genéticos, biológicos, sociais e vivenciais que contribuem para a intensidade dos problemas experimentados. Antes dos 4 ou 5 anos fica difícil fazer o diagnóstico, pois as crianças apresentam comportamentos variáveis. Mesmo assim, muitas crianças desenvolvem o transtorno muito cedo. Caracteriza-se por:

- Diminuída capacidade de atenção;
- Impulsividade;
- Hiperatividade.

Essas características afetam o desempenho acadêmico, os relacionamentos sociais e o ajustamento psicossocial e, portanto, deve ser alvo de intervenção. Entre os sintomas que chamam mais atenção encontra-se a falta de persistência em

atividades que requeiram atenção. Essas crianças não conseguem acabar suas tarefas além de deixar tudo desorganizado. Esse problema incide mais em meninos do que sobre as meninas.

Segundo BARKLEY A.RUSSELL (2002, p35), não se trata apenas de um estado temporário que será superado, de uma fase probatória, porém normal da infância. Não é causado por falta de disciplina ou controle parental, assim, como não é um sinal de maldade da criança.

Fica mais fácil diagnosticar quando a criança entra na escola devido à comparação com outras crianças evidenciando assim um comportamento muito diferente. Aquelas crianças consideradas muito inquietas antes de entrarem para o colégio podem ficar comportadas quando dão início a fase escolar, somente as crianças com o transtorno não se adaptam. Portanto para ser diagnosticado como transtorno, esses fatores precisam ocorrer em vários ambientes da vida da criança e se manterem constantes ao longo do período avaliado. Devem interferir significativamente na vida e no desenvolvimento normal das crianças, com duração de no mínimo seis meses, e aparecer em dois ou mais ambientes diferentes. Acredita-se que através do diagnóstico e tratamento adequado, um grande número de problemas como abandono dos estudos, repetência, distúrbio de comportamento, depressão, problemas vocacionais podem ser tratados ou até mesmo evitados.

2.3 – Tipos de TDAH

Serão apresentadas características referentes aos tipos de TDAH sendo importante salientar que a desatenção, a hiperatividade ou a impulsividade como sintomas podem resultar em muitos problemas na vida acadêmica dessas crianças. Por isso é nosso dever nos capacitarmos cada vez mais e junto com os profissionais da área médica sermos os intermediários para fazer um cotidiano escolar melhor. Ser aquele profissional que vê com outros olhos os portadores de TDAH fazendo do ambiente escolar um local que os levem ao sucesso e não ao fracasso, como são vistas com freqüência.

O TDAH é subdividido em três tipos:

A) TDAH com predomínio de sintomas de desatenção: é mais freqüente em meninas e parece apresentar, conjuntamente com o tipo combinado, uma taxa mais elevada de prejuízo escolar. Os pais e professores costumam mencionar que essas crianças são capazes de se concentrarem horas em atividades, que são habilidosas (videogame, desmontar carrinhos) e que prestam atenção em tudo e em todos, mas são incapazes de se concentrar nas tarefas escolares. Apresentam as seguintes características:

- Perdem coisas com freqüência;
- Qualquer estímulo alheio à tarefa os faz distrair;
- Detalhes passam despercebidos ou cometem erros por descuido em atividades escolares, de trabalhos ou outras;
- Em tarefas e atividades lúdicas com freqüência têm dificuldade para prestar atenção.
- Parecem não ouvir;
- Apresentam dificuldade em ouvir, ou parece não ouvir quando lhes dirigem a palavra;
- Têm grande dificuldade para organizar as tarefas diárias
- Evitam tarefas que seja necessário esforço mental prolongado;
- Não seguem instruções, não terminam seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais;
- Não enxergam detalhes ou fazem erros por falta de cuidados.

B) TDAH com predominância de hiperatividade / impulsividade: geralmente essas crianças são mais impulsivas e agressivas do que as crianças com os outros dois tipos. Apresentam rejeição pelos colegas e são impopulares. Não apresentam domínio do próprio corpo, e suas ações parecem involuntárias, manifestando um desencontro entre o sentir e o pensar. Apresentam as seguintes características:

Hiperatividade

- a) Agitam as mãos e os pés com freqüência ou se remexem na cadeira;
- b) Dificuldade em engajar-se numa atividade silenciosa;
- c) Freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;

- d) Corre sem destino ou sobe nas coisas excessivamente;
- e) Está freqüentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”.

Impulsividade

- a) Freqüentemente interrompe ou se mete nos assuntos de outros;
- b) Tem dificuldade para aguardar sua vez;
- c) Freqüentemente dá respostas precipitadas antes das perguntas terem sido completadas.

C) Tipo Combinado: é caracterizado pela pessoa que apresenta os dois conjuntos de critérios dos tipos desatento e hiperativo / impulsivo. Apresenta maior prejuízo global de funcionamento.

Capítulo III

Critérios diagnósticos

“A impulsividade é um comportamento primitivo que o indivíduo apresenta, cuja finalidade é a de satisfazer os seus desejos de modo rápido e abrupto, independente da circunstância..” Abram Topczewski

3.1-Procedimentos para avaliação diagnóstica

Muitos pais percebem que seus filhos se comportam de modo diferente.

A hiperatividade, a falta de atenção, a agressividade e o controle das emoções se tornam difíceis de serem ignorados e tolerados. Os pais do amigo acabam conseguindo bons resultados para conduzir as situações difíceis. Por sua vez para os pais dos portadores de TDAH, os efeitos esperados de melhora não mais aparecem. Com essas situações esses pais percebem que precisam enxergar seu filho de outra maneira. Quando essas crianças chegam à Educação Infantil essas atitudes são apontadas pela equipe da escola, sendo assim, os pais aprendem que seus filhos agem de maneira bem diferente dos demais, porém em muitos casos não procuram ajuda imediata. Geralmente durante o primeiro ou segundo ano é que os pais percebem que seus filhos apresentam problemas de comportamento e que necessitam de atenção. Quanto mais cedo buscar ajuda melhor.

Os sistemas classificatórios modernos (DSM-IV e CID10) enfatizam a necessidade de que cada sintoma do TDAH, desatenção, hiperatividade e impulsividade ocorra com frequência para ser considerado o transtorno. Esse fator é de grande importância já que uma boa parte das pessoas apresentam esses sintomas, porém em uma proporção menor.

É muito relevante verificar a duração dos sintomas de desatenção e/ou hiperatividade / impulsividade quando é iniciado o processo de diagnóstico de um quadro de TDAH. Esses sintomas devem ocorrer em vários ambientes da vida da criança (escola, casa) e manterem-se ao longo do período avaliado. O clínico que irá iniciar esse diagnóstico inicial deve ser alertado se os sintomas ocorrem em casa ou

somente na escola para a possibilidade de ser devido a desestruturação da família ou de um sistema de ensino inadequado. Flutuações de características não podem ser considerados como portador de TDAH.

O mínimo de sintoma esperado para o diagnóstico são seis de desatenção e/ou hiperatividade / impulsividade.

Não existe um exame específico que identifique o TDAH, nem outros distúrbios como o Autismo e a Esquizofrenia. Ainda a melhor ferramenta para colher dados é uma boa anamnese que é uma conversa detalhada com os pais ou os cuidadores.

O melhor critério para se fazer o diagnóstico do TDAH é a própria história pessoal vista de diversos ângulos da existência do paciente: escolar, familiar, social e afetiva. Segundo SILVA (2003) “A visão global é que nos dará oportunidade de criar de maneira empírica, porém bastante adequada, o critério para estabelecer-se a necessidade de tratamento para essa alteração. Um DDA, na realidade precisa muito mais de um ajuste no seu comportamento do que, na verdade de, um tratamento, e o que determina sua necessidade é o desconforto sofrido por ele na sua existência diária. Em outras palavras, se um DDA vem sofrendo com seus esquecimentos, desorganizações, impulsos ou com sua agitação física e mental, deve procurar ajuda, visando a estabelecer um equilíbrio entre sua forma de ser e as obrigações e encargos impostos por sua vida, principalmente na fase adulta.”

É importante apresentar algumas etapas para se fazer o diagnóstico do TDAH. Primeiramente deve-se procurar um especialista no assunto e expor as dificuldades nas áreas escolares, familiar-afetivo e social dando exemplos bem claros de fatos ocorridos, porém esses fatores devem acompanhar a criança desde a infância apresentando um grau de alteração, que se encontram na mesma faixa etária de maneira significativa quando comparado a outras pessoas do convívio.

Testes psicológicos podem ser instrumentos de grande ajuda para o processo diagnóstico. Um dos mais aceitos é o WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children), teste de inteligência e execução composto de subescalas para habilidades verbais, espaciais, de atenção, entre outras.

Segundo SILVA (2003), algumas variáveis podem influenciar a disposição do examinador no momento de sua aplicação. Por exemplo, a novidade e a excitação de estar sendo submetido a um teste, aliado ao fato de ser freqüentemente uma situação de um-para-um (examinador-examinando), pode levar o examinando a

hiperfocar e, assim elevar os prováveis escolares que normalmente apresentaria nas subescalas de atenção. Falso positivo pode ocorrer se, no momento da aplicação, o examinando estiver ansioso, estressado ou apresentando algum transtorno.

Os testes não podem ser usados como uma única ferramenta para o diagnóstico, pois é possível se detectar a interferência dos fatores emocionais desencadeantes, que nem sempre estão evidentes para a família e nem mesmo para a criança.

É preciso ter em mente que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado previnem os grandes desafios comportamentais, os conflitos externos e internos, reduzindo o tempo do tratamento.

3.2 Causas do TDAH

Não podemos dizer que existe uma única causa, mas sim várias evidências que foram acumuladas com as descobertas das últimas décadas.

Para iniciar precisamos conhecer o funcionamento do cérebro e as células nervosas. O nosso cérebro é composto por milhões de células repartidas em diferentes zonas, cada uma com sua função específica. Por exemplo, uma parte anterior do lobo frontal é responsável pelo comportamento e pelo controle de certos comportamentos tais como: atenção, capacidade de controlar impulsos, capacidade de “filtrar” as coisas que não interessam para aquilo que se está fazendo no momento, sejam elas externas (distratores do ambiente) ou internas (pensamentos), capacidade de controlar o grau de movimentação corporal, capacidade de se estimular sozinho para fazer as coisas, capacidade de controlar as emoções e não permitir que elas interfiram muito no que está fazendo entre outra.

Parece que os hiperativos são vítimas de uma disfunção desses transmissores neurais (uma substância química que transmite as informações de uma para outra célula nervosa). Essas substâncias são produzidas pelas células que emite a informação e captadas pela célula que recebe a informação. A Dopamina é um desses transmissores e que os hiperativos parecem ser vítimas de uma disfunção. Ela estaria deficiente, o que conduziria a um abrandamento da transmissão dessas células, criando uma diminuição da atividade na zona do cérebro afetada. Sendo assim esse afrouxamento cerebral está na origem dos sintomas, todos associados ao controle do comportamento: controle da atenção,

controle da atividade, controle da impulsividade, controle da obediência às regras e no rendimento escolar.

Por algum tempo os estudiosos chegaram a pensar que era consequência de falta de oxigênio no cérebro no momento do parto. Porém estudos mais recentes mostraram que menos de 5% dos hiperativos o são na seqüência de lesões adquiridas. Outra possibilidade seria a intoxicação por chumbo, poderia provocar nas crianças pequenas, os sintomas de hiperatividade.

Os estudos estabeleceram em torno de 95% os casos de TDAH serem genéticos, percentual esse muito elevado para a medicina. A transmissão é feita pelos genes e os pais não têm qualquer responsabilidade. Estudos mostraram de 35% dos pais e 17% das mães de crianças hiperativas também são hiperativos.

Alguns pesquisadores acreditam também que os fatores externos já foram considerados importantes, o que deu origem aos nomes de lesão cerebral mínima e disfunção cerebral mínima. Muitas teorias já existiram no que diz respeito a esses fatores: deficiência de vitaminas, excesso de açúcar na alimentação, luz fluorescente, aditivos alimentares (corantes e conservantes). Nenhuma dessas possibilidades tornaram-se seguras o suficiente e todas foram descartadas.

Há muito tempo foi admitido que alguns medicamentos para a convulsão poderiam provocar os sintomas da hiperatividade. Contudo, nesses casos, a interrupção seria inevitável acompanhada pelo desaparecimento dos sintomas.

Outra hipótese foi de problemas obstétricos, trata-se de parto com grau de sofrimento para o feto realmente parecem ser associados a uma maior freqüência no TDAH. Mulheres que fumam e consomem muito álcool durante a gravidez poderão apresentar um maior risco de ter uma criança hiperativa. Não foi demonstrado que a hiperatividade das crianças esteja diretamente ligada ao consumo de álcool e cigarro pela mãe embora essa hipótese devesse ser um alerta para as mães.

Pode-se afirmar que a causa da hiperatividade é orgânica devido à deficiência nos transmissores neurais (em especial da dopamina) que provoca um abrandamento no funcionamento de uma zona do cérebro responsável pelo controle de certos comportamentos. Esta deficiência está presente na criança desde o momento que ela nasce, embora os efeitos comecem a aparecer por volta dos quatro ou cinco anos.

3.3 Tratamento do TDAH

O tratamento do TDAH exige um esforço coordenado entre os profissionais da área médica, saúde mental e educacional, participação dos pais e da escola complementado pelo tratamento com medicamento.

O tratamento do TDAH pode ser dividido em quatro etapas: informação, conhecimento e apoio técnico, medicamento e psicoterapêutica.

Quanto maior o número de informação sobre a vida do paciente melhor para que possa contribuir de maneira efetiva na elaboração de um tratamento mais eficaz e confortável. Portanto, é extremamente importante escolher um médico ou um terapeuta que tenha profundo conhecimento sobre TDAH .

Segundo ANA BEATRIZ B. SILVA (2003) mais que profissionais da área da saúde, eles estarão do seu lado no árduo trabalho de construção e reconstrução de sua vida. Tente imaginar que ambos fazem parte de uma grande equipe de Fórmula Um que tem como objetivo primordial conseguir que o carro da escuderia (no caso você) apresente nas pistas (no caso a sua vida) o seu melhor desempenho. Sua mente pode ter um imenso potencial, mas se não for bem “regulada” pode apresentar resultados muito aquém do esperado. Isso acabará por trazer frustrações na bagagem de sua experiência vital.

Apoio técnico nada mais é do que um conjunto de medidas que irão criar uma rotina pessoal capaz de facilitar em muito o cotidiano do TDAH. Essas medidas consistem em criar uma rotina que seja capaz de compensar a desorganização interna. Uma rotina bem organizada tem a possibilidade de fazer com que talentos sejam desenvolvidos e aperfeiçoados.

Na medicação são receitados os medicamentos estimulantes do sistema nervoso central. Os efeitos benéficos aparecem já nas primeiras semanas, o que muito estimula o paciente, familiares e todos os profissionais que trabalham com a criança.

Os medicamentos estimulantes agem no sistema nervoso central em nível dos neurotransmissores. No hiperativo existe um desequilíbrio bioquímico que altera a produção ou o reaproveitamento destas substâncias, que funcionam com transmissores dos impulsos nervosos. O medicamento tem a capacidade de reequilibrar o sistema, melhorando a hiperatividade e, em conseqüência, o nível de atenção e de concentração. Sendo assim, com essa melhora aparecem resultados

positivos no aprendizado. Acaba gerando também a aceitação da criança pelos colegas e professores. O mesmo acaba acontecendo no ambiente familiar.

É necessária que a psicoterapia seja direta, objetiva, estruturada e orientada a metas. É caracterizada pela busca de mudanças de afetos e comportamentos substituindo crenças, pensamentos e formas de interpretar as situações que sejam negativistas e disfuncionais, por outras formas de pensar o mundo baseado na realidade. O paciente é instruído junto com o terapeuta em realizar “tarefas de casa” que incluem desde situações em que ele perceba que é difícil de enfrentar, até a organização de uma agenda para estruturar atividades de rotina que proporcionem prazer e satisfação.

Cabe ao terapeuta estabelecer um elo de confiança e cooperação com o paciente. As técnicas utilizadas com o paciente devem ser flexíveis, sem deixar de perseguir os objetivos estabelecidos para o tratamento em função das necessidades e demandas dele a especificidade de seu transtorno.

3.4 Medicação

O uso de medicação no Distúrbio de Déficit de Atenção pode e deve ser visto como uma ferramenta a mais na busca de uma melhor qualidade de vida. Tal qual um motor de um automóvel que tem seu desempenho melhorado pelo uso de um bom óleo lubrificante que diminui o “atrito” de suas peças, o cérebro do TDAH pode ter seu funcionamento facilitado por meio de medicação, contribuindo para que o indivíduo viva de maneira menos desgastante.

Para que haja mudanças na vida da criança é necessário que sejam definidos os sintomas de maior desconforto de maneira objetiva. Para a escolha da medicação mais adequada para cada caso o médico precisa contar com a participação ativa do paciente e também dos pais para atingir o objetivo final.

Existem três tipos de medicação usados no paciente de TDAH: os estimulantes, os antidepressivos e os acessórios. Às vezes é preciso fazer a combinação desses medicamentos para se produzir efeito satisfatório. Em alguns casos é necessária a combinação de medicação e o ajuste da dosagem ideal. Isso leva um tempo, afinal não há uma receita padrão que possa ser aplicada para todos os casos. É necessário ter paciência nesse período onde a dosagem e combinação das medicações estão sendo ajustadas, já que em 80% dos casos pode ajudar a

criança em sua concentração, reduzir a ansiedade, irritabilidade e controlar seus impulsos.

Alguns desses medicamentos seriam os estimulantes com destaque para a Ritalina (metilfenidato), a Dexedrina (dextroanfetamina) e o Cylert (pemolina). Estes são os mais usados para os portadores de TDAH. No Brasil a Ritalina, é o mais comum de todos os medicamentos. Essa medicação produz aumento na concentração, diminui a impulsividade e hiperatividade, reduz a ansiedade e melhora estados depressivos.

A Ritalina tem a fama de ter efeito de “droga”, além de retardar o crescimento de crianças e adolescentes, fator esse que é um equívoco, pois essa medicação não causa dependência quando usada nas doses prescritas. Portanto não pode ser chamado de droga. Em relação ao retardo de crescimento está associado apenas ao ganho de peso e não de estatura.

Quanto aos antidepressivos, destaca-se a Desipramina (Norpramin), a Imipramina (Tofranil), a Venlafaxina (Efexor), a Bupropiona (Zyban), a Fluoxetina (Prozac), a Sertralina (Zoloft) e a Paroxetina (Aropax).

Os mais dos estudados e utilizados antidepressivos em pacientes portadores de TDAH é a Desipramina que revelou efeitos semelhantes aos estimulantes (atenção, impulsividade e hiperatividade). Ela pode ser tomada com uma dosagem única diária caso este que não ocorre com os estimulantes. Sua dosagem de (10-30mg) reduz os efeitos de queda de pressão, boca seca e pequena retenção urinária. Seus efeitos começam a surgir por volta de 15 dias.

A Fluoxetina apresenta eficácia bem acentuada em hipersensibilidade emocional, transtornos alimentares, irritabilidade e sintomas obsessivo-compulsivo.

A Sertralina tem apresentado resultados nos quadros depressivos, irritabilidade, agressividade, pânico, hipersensibilidade-emocional e fobias.

A Bupropiona é o antidepressivo mais usado em adolescentes com sintomas depressivos associados à agressividade, impulsividade e a drogadicção (cigarro álcool e maconha). A Venlafaxina, tem ação eficiente nos casos depressivos de transtornos alimentares, ansiedade e em casos de abuso de cocaína.

É preciso se manter atento com as doses de medicação, pois doses elevadas produzem quadro de intensa ansiedade e angústia. Os efeitos colaterais dos antidepressivos em pacientes com TDAH costumam ser discretos, isso ocorre pelo

fato da dosagem ser menor do que a usada em pacientes que não apresentam o transtorno.

Apenas o uso da medicação não é suficiente para todo o tratamento dos portadores do TDAH. É apenas uma das maneiras de tornar a vida da criança mais confortável e produtiva, deve estar associada também ao acompanhamento de terapia, empenho por parte dos professores e pais para que esse trabalho em conjunto possa ter resultados satisfatórios. É necessário criar uma disposição positiva em relação à medicação. Ela vem somar esforços para uma melhor qualidade de vida.

Capítulo IV

Intervenções dos professores e pais

4.1 Intervenções dos professores

A criança com TDAH apresenta grande dificuldade de atenção e de habilidades sociais, portanto, cabe ao professor ajudá-la fazendo intervenções específicas para ajustá-la melhor às atividades ocorridas em sala de aula :

1. As rotinas da sala de aula devem ser mantidas de maneira estruturadas e previsíveis quanto possíveis. Quando ocorrem mudanças a criança deverá ser devidamente preparada para que não lhe cause uma agitação desnecessária.
2. Estímulos visuais causam efeito satisfatório para muitos alunos dentre esses estímulos estão: mapas, esquemas, computador, etc.
3. Deve-se haver monitoração constante do aluno fornecendo-lhe orientações e reforçando comportamento positivo.
4. A fragmentação das tarefas longas em partes menores para que possa dar conta com monitoramento constante.
5. O professor poderá ajudar através de sinais e redirecionamento da atenção ao foco esperado diminuindo a dispersão (fazer um movimento de mão que se faça entender) procurando voltar a atenção à sala de aula.
6. Favorecer oportunidades sociais através de trabalhos em pequenos grupos, pois muitos desatentos conseguem resultados satisfatórios nessa situação.
7. O comportamento bem sucedido, a persistência, os esforços devem ser recompensados.

8. Psicólogos e orientador da escola devem estar em contato constante fator esse de extrema importância entre a escola, os pais e o médico.

9. É necessário ter uma atitude disciplinar equilibrada, com limites claros e objetivos, para desenvolver comportamentos adequados.

10. Atitudes de encorajamento, pois essas crianças desanimam com frequência. É necessário que se sintam valorizadas, por isso é importante dar-lhes responsabilidades, começando com tarefas simples e adaptando para as mais complexas.

11. Movimentos monitorados também são de grande ajuda, favorecendo oportunidade de cooperação, como levar algo até a secretaria, levar um bilhete para alguém, entre outros.

12. Jamais menosprezar ou causar constrangimento.

13. Essas crianças não entendem demonstrações de autoridade, portanto é necessário criar um ambiente acolhedor tanto por parte do professor como dos próprios colegas, caso contrário irão tornar-se mais teimosos. É preferível tomar ações preventivas evitando o confronto.

14. A comunicação com os pais é de extrema ajuda, pois eles sabem o que funciona melhor com o seu filho.

15. Como acaba se desencorajando com facilidade é preciso preparar com antecedência para as novas situações.

16. As instruções a serem dadas devem ser claras, dadas uma de cada vez com um mínimo de distrações. Proporcionar, organização e constância como: regras bem definidas, sempre a mesma arrumação das carteiras, etc.

17. Mudar o ritmo das tarefas com frequência, ir devagar com o trabalho dosando as tarefas.

18. Ajudar ao início e a continuidade da tarefa através do contato freqüente do aluno / professor além do reforço positivo e incentivo para um comportamento adequado.
19. O professor deve deixar bem claro o que é esperado dos alunos desde o primeiro dia, falando de modo bem explícito. Caso seja preciso colocar as regras em um cartaz no mural da sala de aula.
20. É importante conversar com a criança sobre suas dificuldades e ouvir sugestões de como as coisas poderiam ficar mais fáceis. Envolvê-las nas discussões faz com que as mudanças se tornem um projeto conjunto e que ela perceba as atitudes do professor de forma mais positiva.
21. As mudanças no comportamento do aluno devem ser feitas de forma gradual, começando por aquelas que mais atrapalham a aula.
22. Tentar descobrir a melhor forma de utilização do material ou melhor adaptação do conteúdo para o aluno com TDAH.
23. O professor muitas vez tem que agir como um organizador auxiliar. Ele deve sinalizar quando está trocando de tarefa ou atividade e ressaltar diferencialmente pontos importantes.
24. Em alguns casos é preciso verificar na mala se a criança trouxe a lição de casa, se organizou a agenda de forma adequada, fazer anotações para os pais, etc.
25. Escrever a mão é uma tarefa difícil para muitas dessas crianças. Considere possibilidades alternativas, como digitação.

4.2 - Intervenções dos pais

A criatividade dos pais conta e muito nesse processo de tentar resolver os problemas, mas deve-se tomar cuidado com serão feitas as modificações no comportamento.

Muitos pais querem resolver tudo de uma vez, mas não é bem assim. Isso acabaria levando a um desgaste familiar com pouquíssimas chances de êxito. A criança levaria para o lado de que estaria sempre sendo chamando a atenção para as coisas erradas, gerando um sentimento de frustração. É importante priorizar dois comportamentos que sejam muito prejudiciais para seu filho e canalize todos os esforços nele.

È necessária muita paciência para se conseguir mudança de comportamento, principalmente com aqueles que foram fortalecidos pelo passar do tempo. Eles se fortaleceram, afinal não existia nenhuma estratégia para que eles fossem modificados. Mas não é para desanimar siga em frente.

È preciso começar pelas coisas fáceis. Vejamos alguns exemplos:

- Aquela bagunça no quarto pode ser feito um combinado que será arrumado dois dias por semana em um horário estipulado. Você até pode ajudar, mas não fique chamando a atenção ou criticando a bagunça. Apenas dê uma forcinha e não se esqueça de respeitar os horários para fazer parte da rotina que é tão complicada para seu filho.

- Para o esquecimento do material combine a checagem inicialmente duas vezes por semana antes de sair de casa. Mas é importante ir aumentando os dias até completar a semana.

- O mesmo acontece com os deveres de casa quando seu filho não completa a meta inicial é de uma ou duas vezes por semana apenas (para depois ir aumentando a frequência).

- Jamais utilize uma regra que apenas uma das partes ache justa ou, pior ainda, que não faça sentido ou não tenha o porquê (do tipo eu quero que seja assim e pronto)

- Os pais devem estar preparados para fornecer conseqüências imediatas para o comportamento da criança. Toda a vez que a criança apresentar controle de impulsividade (mesmo que não seja 100%) os pais devem elogiar e premiar (um brinquedo desejado ou um simples abraço).

- Respeite os limites de concentração da criança. Se ele produz mais com intervalos maiores entre períodos de apenas 10 minutos de estudo, os deveres devem ser organizados dessa maneira. Evite fazê-lo estudar por mais tempo do que ele consegue. O que irá acontecer é ele detestar estudar.

- O estudo deve ser algo prazeroso, sendo assim é necessário fazer um planejamento de estudo que inicialmente deverá ser semanal e não mensal, para ser reavaliado e modificado com freqüência. Deverá ser feito para ser estabelecido o tempo de estudo, deixando tempo para o lazer.

- Ajudar a planejar coisas é importantíssimo principalmente quando o dever escolar for a leitura de um livro. Deve-se estabelecer os dias para a leitura, porém deverá ser cumprido os horários. Não somente com as tarefas escolares que é preciso agir dessa maneira, mas também com a mesada, os planos para as férias, etc.

- Alterne as tarefas de que a criança goste menos com aquelas que gostam mais. Por exemplo, TV com estudo para que o mesmo não torne-se uma atividade ruim e sim algo atraente, é difícil mas não impossível.

- Use um mural para afixar lembretes, listas de coisas a fazer, calendários de provas. Também coloque algumas regras que foram combinadas e promessas de prêmios quando for o caso.

- Estabeleça regras e limites dentro de casa.

- Alguns portadores de TDAH precisam de um cochilo durante o dia para recarregar sua bateria, outros de passear com o cachorro, outros de passar o final de semana fora, outros de fazer ginástica ou futebol.

- O quarto não pode ser um local repleto de estímulos diferentes.
- Tenha contato com os professores para saber o que está acontecendo na escola.
- Nunca esqueça os elogios.
- Estimule e cobre o uso diário da agenda. Se ela for eletrônica melhor ainda. As agendas devem ser consultadas diariamente.
- Não cobre resultados, mas empenho.
- Tenha certeza do diagnóstico e segurança de que não há outros diagnósticos associados ao TDAH.
- Tenha certeza de que o tratamento está sendo feito por um profissional que realmente entenda do assunto.
- Informe-se ao máximo sobre o TDAH, entre para a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (WWW.tdah.org.br) faça contato com outros pais para dividir experiências bem e malsucedidas.
- Use o português claro e de preferência olhando nos olhos.
- A atividade física é extremamente importante e se possível deve ser diária.
- Avalie as tarefas executadas mais pela qualidade e menos pela quantidade. O importante é que os conceitos sejam aprendidos.
- Sente-se com a criança a sós e peça sua opinião sobre o qual melhor método para seu aprendizado, ele freqüentemente terá sugestões valiosas.
- Crie um caderno “casa – escola - casa”. Isso é fundamental para a melhora da comunicação entre pai e professores.

Capítulo V

Algumas celebridades com suposição de TDAH

As celebridades representadas apresentaram comportamentos com características bastante significativas para serem sugestivas do transtorno.

Primeiramente o compositor **Wolfgang Amadeus Mozart** ele era inquieto, impulsivo e se mostrava-se extremamente resistente às normas estabelecidas. Sua organização quase não existia, o que não o impediu de criar algumas das mais belas composições da música clássica.

Aos 17 anos, já era dono de 22 composições sacras, 21 sinfonias, 6 quartetos, 18 sonatas para violino e cravo, além das serenatas, divertimentos, danças e uma infinidade de peças menores. Sua mente era como uma fonte a jorrar sons de raras combinações harmônicas.

Albert Einstein desde cedo era contra o sistema tradicional de ensino. Questionava muito e detestava ter que decorar matérias. Mais tarde apresentou um sintoma que é encontrado nos portadores do transtorno a hiperconcentração. Às vezes chegava a passar dias, horas concentrado em um problema. Sua mente inquieta fazia vários registros inconscientes dos acontecimentos do dia-a-dia, que levam seus estudos por caminhos inesperados, porém assetivos. Impaciente, inquieto, desprezava aqueles que tinham medo de quebrar protocolos e conceitos tradicionais. Einstein, o velhinho simpático das caretas e da alegria, foi uma eterna criança que soube transformar a limitada imaginação infantil em uma grande contribuição para toda a humanidade.

Vincent van Gogh inquieto, polêmico, com instabilidade de humor, baixa auto-estima e principalmente uma sensibilidade extrema, entrava em tristeza profunda quando se sentia rejeitado.

Um homem que nasceu e morreu pobre, mesmo com seu imenso talento. Seus quadros são como um grito de desesperado de socorro de um homem angustiado com o mundo.

Ludwig van Beethoven era acometido de devaneios e distrações uns indícios de comportamento de TDAH. Foi forçado a estudar música, seu professor de composição, Albrechtsberger, dizia que ele era indisciplinado e nunca aprenderia nada de música, dizia que como compositor era um caso perdido. Contudo o tempo foi passando e o genial maestro, polêmico, inquieto e incompreendido semelhante a uma mente com funcionamento de TDAH presenteou um mundo com seu talento.

CONCLUSÃO

Mediante a pesquisa realizada sobre TDAH, na área de saúde mental e desenvolvimento da criança é o transtorno mais pesquisado e estudado. Apesar de todo o estudo é ainda pouco conhecido pelos pais, profissionais da área da educação e até mesmo da área da saúde. Um dos principais desafios a ser vencido é a desinformação. Outro fator importante é o diagnóstico precoce e tratamento adequado, onde reduzirá os conflitos familiares, escolares e comportamentais. O tratamento deve ser direcionado de acordo com o grau da doença. Em alguns casos é necessário o uso de medicação, em outros terapia com a criança e família, em casos mais graves é recomendável uma ação multidisciplinar: pais, professores médicos, terapia e medicação.

A hiperatividade fica mais evidente no período escolar quando é necessário aumentar o nível de concentração para aprender. Nesse momento é muito importante o professor estar bem orientado para diferenciar uma criança sem limites de uma hiperativa.

Os portadores desse transtorno precisam ser incluídos e não apenas inseridos na sala de aula. Para que isto ocorra é necessário um acompanhamento especial um tempo diferenciado para a realização das tarefas e principalmente trabalhar com esses alunos para que não tumultuem a sala de aula, a vida dos colegas e dos professores devido à dificuldade de não conseguirem administrar seus impulsos.

A escola e a família devem trabalhar juntos com os portadores de TDAH, auxiliando em seu tratamento e não esquecer em momento algum da imposição dos limites, pois a criança vive em uma sociedade onde as regras estão presentes devendo ficar claro que dentro da escola essas regras existem para ser cumpridas e não é possível usar desse transtorno para complicar a vida todos que estão ao seu redor.

Conhecendo sobre a hiperatividade é possível a identificação que nem todos que apresentam comportamentos diferentes são hiperativos é preciso de cautela, pois os professores não têm habilitação para a diagnosticar, mas alertar os profissionais competentes e as famílias para que possam ser auxiliados em como

proceder na busca pela ajuda. Quanto mais precoce for essa ajuda melhores resultados surgirão.

Todo o portador de TDAH merece atenção, carinho e compreensão, para que seu mundo preto e branco possa ter um colorido especial. Todos juntos iremos conseguir ajustar as cores para que a vida deles possa ter outro sentido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATENÇÃO, dda – déficit de. São Paulo. Disponível em: www.dda-deficitdeatencao.com.br. Acesso em: 14 Out. 2008.

BARKLEY, R. A. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: **Guia completo para pais, professores e profissionais da saúde**. 1ª Edição. São Paulo: Artmed, 2002.

OLIVEIRA, R. G. de, BICCA, Carla. Revista Psiquiátrica Clínica. **Desafios e tecnologia na psicoterapia cognitiva do TDAH na infância: seguimento de um ano de caso de gêmeos monozigóticos**. São Paulo, v. 30, n. 5, p. 177-181, 2003.

PASTURA, G. M. C., MATTOS, P., ARAÚJO, A. P. Q. C. Revista Psiquiátrica Clínica. **Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 324-329, dez. 2005.

ROHDE, L.A.P.; BENCZIK, E.B.P. Terapia Cognitivo: **Comportamento no TDAH - Manual do Paciente**. 1ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ROHDE, L.A.P.; BENCZIK, E.B.P. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: **o Que É? Como Ajudar?** 1ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ROMANO, Marcos. Revista Brasileira Psiquiátrica. **Manual Clínico do Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade**. São Paulo, v. 29, n. 1, p. 97-98, mar. 2007.

SANTOS, Paulo. No mundo da Lua. 4ª edição. São Paulo: Lemos Editorial, 2005.

SILVA, A.B.B. Mentas Inquietas. 31ª Edição. São Paulo: Gente, 2003.

TDAH. Rio de Janeiro. Disponível em: www.tdah.org.br. Acesso em: 10 Set. 2008.

TDAH, Universo. São Paulo. Disponível em: www.universotdah.com.br. Acesso em: 20 Ago. 2008.

TOPCZEWSKI, Abram. Hiperatividade: **como lidar?** 3ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.