



TÍTULO DO ARTIGO ASPECTOS TERAPÊUTICOS DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE-TDAH

Aspects Therapeutic of Disorder of Attention Deficit Hyperactivity Disorder

SAMUELL SANTOS FERREIRA, RUBENS MOURA CAMPOS ZERON, TATIANE DA SILVA SANTOS,
PATRÍCIA DAMASCENO RIBEIRO, JULIANA GARCIA SILVA, VICTOR CAMPOS DE ALBUQUERQUE

Universidade Iguçu, Brasil

KEY WORDS

*Attention Deficit Disorder
Hyperactivity
Multidisciplinary
Treatment*

ABSTRACT

The aim of this study was to demonstrate the importance of early diagnosis and the contribution of multidisciplinary therapeutic procedures to alleviate the symptoms of individuals with ADHD. Treatment should be multidisciplinary, involving various professionals with the family. We conclude that pharmacological treatment is quite effective, although in some individuals with the disorder, pharmacological treatment is not enough because the symptoms persist or there is comorbidity. Therefore, it is essential for early diagnosis of ADHD with correct implementation of treatment for better prognosis.

PALAVRAS-CHAVE

*Transtorno Déficit Atenção
Hiperatividade
Tratamento
Multidisciplinar*

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi evidenciar a importância do diagnóstico precoce e a contribuição dos procedimentos terapêuticos multidisciplinares para amenizar os sintomas dos indivíduos com o TDAH. O tratamento deve ser multidisciplinar, envolvendo vários profissionais junto à família. Conclui-se que o tratamento farmacológico é bastante eficaz, apesar de que em alguns indivíduos com o transtorno, o tratamento farmacológico não ser suficiente porque os sintomas persistem ou existe comorbidade. Assim sendo, é fundamental o diagnóstico precoce do TDAH com instituição correta do tratamento para um melhor prognóstico do paciente.

Introdução

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é caracterizado por dificuldades de modulação da atenção, hiperatividade/impulsividade, sendo relacionado por alguns autores inclusive aos transtornos de conduta (FARRÉ; NABORNA, 2001). É um transtorno muito comum na infância comprometendo o desempenho escolar, dificultando as relações interpessoais e provocando baixa autoestima. O diagnóstico de TDAH é realizado através de informações colhidas junto aos pais e professores e também por meio de observação clínica da criança. Os sintomas devem estar presentes por, pelo menos, seis meses, comprometer o funcionamento escolar ou social e ter início antes dos sete anos de idade. O diagnóstico exige pelo menos seis sintomas no âmbito da desatenção ou da hiperatividade/impulsividade.

Entendendo melhor o processo de pensamento de um indivíduo com TDAH, sabe-se que ele não dirige sua atenção somente a um objeto, devido à sua grande sensibilidade a estímulos externos, traça um emaranhado de associações que se acercam muito à abstração. Pode-se dizer então, que uma criança hiperativa possui uma capacidade de abstração muito grande que leva a um potencial intelectual e criativo muito elevado (SILVA, 2003).

Quando o diagnóstico é realizado precocemente, menores serão as consequências psicológicas ao longo dos anos em pessoas com o transtorno. O tratamento mais utilizado para o TDAH é a farmacoterapia, porém, a associação com outras terapias é importante para amenizar os sintomas da hiperatividade. Assim, o tratamento deve ser multidisciplinar, onde vários profissionais junto da família devem estar acompanhando e tratando os indivíduos com TDAH.

E daí emerge esta questão-problema: até que ponto o diagnóstico precoce e os procedimentos terapêuticos multidisciplinares do TDAH podem contribuir para amenizar os sintomas de indivíduos acometidos com o transtorno?

Tais indagações encaminham uma reflexão sobre o momento em que se vive e depara-se com que, erroneamente, estão rotulando crianças agitadas e impacientes de hiperativas estigmatizando-as, muitas vezes, pelo resto de suas vidas. Enveredar por essa reflexão buscando mostrar à família a importância de encaminhar o seu filho a um especialista para que seja feito o diagnóstico correto precocemente, e assim ajudá-lo no contexto familiar e social.

O objetivo deste trabalho foi evidenciar a importância do diagnóstico precoce e a contribuição dos procedimentos terapêuticos multidisciplinares

para amenizar os sintomas dos indivíduos com o TDAH.

Esta é uma pesquisa de cunho bibliográfico, convém ressaltar que esse tipo de pesquisa visa tecer considerações sobre as exigências metodológicas da elaboração do trabalho científico e apresentar diretrizes para sua composição. Como as considerações e diretrizes são bastantes práticas e gerais, aplicam-se a todo trabalho de natureza teórica, científica ou filosófica que foi elaborado de acordo com as diretrizes impostas à pesquisa científica (SEVERINO, 2002, p.73).

Teve como abordagem metodológica à pesquisa qualitativa, tendo como fundamento principal à pesquisa bibliográfica em diferentes fontes, com finalidade de dar aporte teórico fundamental para construção do trabalho final.

1. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH

1.1. Conceituação, características e diagnóstico

A dopamina é um neurotransmissor que ajuda a transmitir mensagens dentro do cérebro. Uma das teorias é a de que nas crianças com TDAH é produzida uma quantidade insuficiente de dopamina em áreas fundamentais do cérebro (GOMES *et al.*, 2005).

A principal característica das crianças que possuem transtorno de déficit de atenção é a dificuldade de se concentrar e de manter o foco, a atenção na atividade que está executando, como elucidada Mattos :

Eles não param quietos e são confusos na organização das ideias e dos trabalhos. Fogem das tarefas que exigem esforço mental e se esquecem de cumprir atividades diárias. Em sala de aula causam a impressão de que não escutam uma palavra do que é dito, por isto estão sempre dispersos “no mundo da Lua”. (Mattos, 2001, p.62)

Em geral passa de uma atividade a outra sem se concentrar em nenhuma delas e sem auxiliá-las. Por apresentar muitos sintomas que são comuns durante a infância, somente um especialista da área de saúde poderá diagnosticar com precisão se a criança é hiperativa ou não. Podem ser necessárias várias consultas e conversas até que o diagnóstico de hiperatividade seja confirmado. Apenas 3% das crianças avaliadas são diagnosticadas com Desordem de Déficit de Atenção por Hiperatividade (GOLDSTEIN, 2003).

As causas exatas da hiperatividade ainda não são totalmente conhecidas. A comunidade médica supõe que a Desordem do Déficit de Atenção esteja relacionada a fatores genéticos, desequilíbrio químico ou lesões na hora ou após parto, ou mesmo

uma deformidade no sistema nervoso central que resultaria num mau funcionamento do mecanismo responsável pelo controle da capacidade de atenção e filtragem de estímulos externos (BASTOS et al., 2000).

É fundamental que o diagnóstico clínico seja feito por um profissional especializado em saúde mental, seja ele médico ou psicólogo, através de exames neurológicos. Outros testes neuropsicológicos mais complexos e exames bem mais modernos já estão sendo utilizados, como a tomografia por emissão única de fóton que é são bastante promissora para o futuro (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A varredura do cérebro com Imagem por Ressonância Magnética (IRM) tem sido usada para examinar a estrutura cerebral em crianças com TDAH. Em estudo publicado nos EUA em 1994, a parte anterior do cérebro de dezoito meninos com TDAH foi comparada à de dezoito meninos “normais”. Descobriu-se que o rosto e o corpo rostral, duas regiões frontais da parte do cérebro, eram significativamente menores nos meninos com TDAH. Essa descoberta indica que os meninos com TDAH têm uma deficiência nessa região do cérebro que inibe respostas, o que parece ser o principal problema com os portadores de TDAH. Outra diferença observada no cérebro foi a de que, enquanto nas crianças “normais” uma área chamada núcleo caudado direito é normalmente maior do que o esquerdo, nas crianças com TDAH os dois núcleos eram do mesmo tamanho. Os pesquisadores também descobriram que o fluxo de sangue no cérebro nas crianças com TDAH era menor na região do núcleo caudado e especialmente reduzido no lado direito (GOMES, et al., 2005).

Portanto, para o diagnóstico de TDAH é fundamental que os sintomas sejam obtidos por estudos para identificar a etiologia e a causa, e os resultados comparados com o nível de desenvolvimento esperado para a idade da criança ou do adolescente. Também alguns cuidados deverão ser verificados por parte de seus familiares e educadores. Estes devem se certificar se o médico responsável pelo diagnóstico ao qual a criança será submetida apresenta pelo menos três condições básicas em sua habilitação profissional de acordo com Graef e Vaz (2008):

- Se ele tem experiência clínica com crianças e adolescentes, e se conhece as fases do desenvolvimento normal de cada faixa etária;
- Se ele tem conhecimentos atualizados dos conceitos sobre este problema e se conhece psicopatologia de criança e adolescente;
- Se ele trabalha de forma integrada com outros profissionais, como psicólogos, educadores, etc.

Existem tabelas de comportamento que podem ser utilizadas por pais e educadores como coadjuvantes para o diagnóstico do TDAH. As

informações dos pais são fundamentais, e o trabalho em equipe com outros profissionais enriquece muito o processo de diagnóstico e tratamento (GOLFETO, 1993).

Até recentemente, acreditava-se que o TDAH era um transtorno que desaparecia com a idade, conforme o sistema nervoso completava o seu amadurecimento. Hoje se sabe que isso não é verdade. Alguns estudos mostram que o TDAH persiste na vida adulta em torno de 50% a 70% dos casos (SILVA, 2005).

1.2. Comorbidades

Quando insira tabelas e figuras no corpo do artigo, inclua-os depois do parágrafo no que se mencionam. A fonte das tabelas e figuras deve incluir-se debaixo da tabela ou figura, respetivamente, precedida da palavra “Fonte”. As tabelas e as figuras devem estar numeradas e incluir um breve título descritivo. A presença de comorbidade é uma situação extremamente comum em indivíduos com TDAH e deve ser ativamente checada durante a fase diagnóstica (DSM – V, 2015, p 65).

A presença de comorbidades com transtornos comportamentais, transtornos do humor (depressão e transtorno bipolar), transtornos de ansiedade, abuso de álcool e drogas aumenta o comprometimento observado em uma significativa parcela destes indivíduos. Estudos de comorbidades revelaram taxas elevadas de ocorrência com outros transtornos psiquiátricos, em especial os transtornos do humor, os transtornos ansiosos e os transtornos disruptivos do comportamento (BIEDERMAN, 1991).

O estudo de genética do TDAH do National Institute of Mental Health demonstrou de forma clara que os sintomas de TDAH não são meramente expressão do quadro clínico de outros transtornos e representam uma comorbidade real (BIEDERMAN, 1991).

As pesquisas mostram uma alta taxa de comorbidade entre o TDAH e os transtornos disruptivos do comportamento (transtorno de conduta e transtorno opoitor desafiante), situada em torno de 30% a 50%. A taxa de comorbidade também é significativa com as seguintes doenças: depressão (15% a 20%); transtornos de ansiedade (em torno de 25%) e transtornos da aprendizagem (10% a 25%) (ANTONJUK, 2002).

A alta frequência da presença de associações mórbidas sugere a existência de um traço contínuo, manifesto de forma variável por estes indivíduos e que através de base fisiopatológica comum possa também resultar em manifestação isolada das condições ora co-ocorrentes.

As condições associadas abrangem aspecto de aquisição e execução da comunicação falada e

escrita, transtornos de aprendizado, transtornos de humor e da personalidade e transtorno de uso de substâncias. Ainda, a capacidade de adquirir apropriadamente aptidões motoras finas e grosseiras, também chamado de Distúrbio do Desenvolvimento da Coordenação (DDC), é uma associação frequente, sendo considerado um grupo de comorbidades encontrado entre a TDAH e problemas motores de atenção especial (GRÜNSPUN, 1992).

Em crianças e adolescentes há uma associação frequente de outros transtornos psiquiátricos principalmente transtornos de conduta, oposição e desafio, do humor, distúrbios de ansiedade, tiques e incapacidade de aprendizagem. Em torno de 8 a 30% das crianças apresenta ansiedade e transtornos do humor (bipolar e depressão), sendo de 10 a 92% a incidência de dificuldades de aprendizagem. Estes são os transtornos específicos do desenvolvimento como dislexia, disortografia, disgrafia, dificuldades motoras e de linguagem. O prognóstico nestes casos é mais difícil (ANTONJUK, 2002).

As comorbidades são mais frequentes nos pacientes que apresentam distúrbio de conduta associado. Estes, quando adultos, apresentam muita ansiedade, principalmente pela dificuldade que têm em se manter em um emprego, no casamento e tendem ao alcoolismo, tabagismo e uso abusivo de drogas. Assim, no diagnóstico das crianças com TDAH, deve-se ter cautela para não descartar outros sintomas como secundários (ANTONJUK, 2002).

Não é difícil encontrar razões pelas quais uma criança com TDAH pode estar deprimida, ansiosa ou agressiva. Habilidades sociais precárias, problemas com os pais, baixo rendimento escolar e outros aspectos correlatos do TDAH podem ser instituídos como fatores causais. Embora estes não devam ser ignorados, tampouco se deve menosprezar a possibilidade de que a criança sofra de outro distúrbio psiquiátrico que poderá responder à farmacoterapia apropriada (ANTONJUK, 2002).

Ao final da infância, os sinais de excessiva atividade motora ampla passam a ser menos comum, podendo os sintomas de hiperatividade limitar-se à inquietação ou uma sensação íntima de agitação ou nervosismo (LOPES, *et al.* 2005).

2. Tratamento do TDAH

2.1. Tratamento multidisciplinar e acompanhamento do TDAH

O tratamento multidisciplinar é o mais indicado para cuidar de pessoas com TDAH, englobando intervenções psicológicas e farmacológicas, psicossociais e psicoeducacionais, uma vez que o TDAH apresenta inúmeros problemas associados em diferentes áreas da vida, no que se refere, não só

aos sintomas primários do transtorno, mas também os coexistentes ou secundários como consequência dos principais.

O subcomitê sobre TDAH da Academia Americana de Pediatria (2004) *apud* Dias (2016) publicou diretrizes para o tratamento deste transtorno. Nessas diretrizes, são enfatizados 5 princípios básicos:

- Estabelecer um programa de tratamento que reconheça o TDAH como uma condição crônica.
- Em conjunto com os pais, a criança e a escola, o médico deve especificar os objetivos a serem alcançados em termos de evolução do tratamento que reconheça o TDAH.
- Recomendar o uso de medicamentos estimulantes e tratamento comportamental quando apropriado para melhorar sintomas-alvo e crianças com TDAH.
- 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 co-morbidades.
- 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 indivíduos com TDAH necessitam, na maioria das vezes, de atenção dos educadores na escola e dos responsáveis em casa associado ao acompanhamento psicoterápico e medicamentoso, pois muitas das vezes o transtorno é acompanhado de sintoma de ansiedade, depressão e baixa autoestima (ROHDE, 1999).

Na visão de Goldstein e Goldstein, (1998) é fundamental que a abordagem do transtorno exija intervenções múltiplas, entre elas:

- Esclarecimento familiar sobre TDAH;
- Intervenção psicoterápica;
- Intervenção psicopedagógica e/ou de reforço de conteúdos;
- Uso de medicação (quando fundamentalmente indispensável para alguns casos);
- Orientação de manejo para a família;
- Orientação de manejo para os professores.

Cerca de 25 a 30% dos indivíduos com TDAH apresenta problemas de aprendizagem, e na maioria das vezes o diagnóstico em adolescentes é feito tardiamente, logo já existem lacunas de aprendizagem que necessitam serem refeitas. Tal reconstrução deve ser feita por um psicopedagogo, pois o tratamento sintomatológico ou de reforço de conteúdo não resolve as sequelas de aprendizagem que ficaram para trás (GOLDSTEIN, 1994).

Os educadores devem ter conhecimento do conflito incompetência x desobediência x TDAH, e aprenderem a discriminar entre os três tipos de problemas. É preciso desenvolver um repertório de intervenções para poder atuar eficientemente no

ambiente escolar de um discente com TDAH. Essas intervenções minimizam o impacto negativo do temperamento da criança. Um segundo repertório de intervenções deve ser desenvolvido para educar e melhorar as habilidades eminentes da criança com TDAH (SMITH, 2001).

A sensibilidade do educador em não constranger ou humilhar os alunos na frente seus colegas é de fundamental importância, pois alunos com TDAH normalmente se consideram fracassados e apresentam frágil autoestima. Evitar o ridículo e preservar a autoestima são os fatores primordiais para realmente ajudar esses indivíduos serem bem sucedidos na vida.

A observação da família e dos educadores às crianças que apresentam comportamento de desvio de atenção é muito importante para que estas sejam encaminhadas a profissionais qualificados para um diagnóstico preciso.

As orientações aos pais são muito importantes, pois eles deverão compreender os problemas sociais, escolares e familiares que os seus filhos enfrentam e devem estar dispostos a auxiliá-los sempre, inclusive alterando a maneira de lidar com os mesmos para não agravar o problema.

Antes de qualquer tratamento, um exame físico deve ser feito para descartar outras causas para o comportamento do indivíduo, tais como infecção crônica do ouvido médio, sinusite, problemas visuais, auditivos ou neurológicos.

O tratamento medicamentoso é muito utilizado na terapêutica do TDAH e deve ser baseado na gravidade dos sintomas e na apresentação clínica, devendo ser individualizado. A duração do tratamento varia, com alguns pacientes necessitando de medicação inclusive na vida adulta. As descontinuações periódicas (anualmente) por períodos breves são indicadas para reafirmar a necessidade da continuidade da terapia medicamentosa (GREENHILL, 1999).

Além do tratamento farmacológico existe a psicoterapia indicada para o tratamento do TDAH que é intitulada "Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)". Não existe até o momento nenhuma evidência científica de que outras formas de psicoterapia auxiliem nos sintomas de TDAH.

O tratamento com fonoaudiólogo está recomendado nos casos onde existe simultaneamente Transtorno de Leitura (Dislexia) ou Transtorno da Expressão Escrita (Disortografia). O TDAH não é um problema de aprendizado, como a Dislexia e a Disortografia, mas as dificuldades em manter a atenção, a desorganização e a inquietude atrapalham bastante o rendimento dos estudos. É necessário que os professores conheçam técnicas

que auxiliem os alunos com TDAH a terem melhor desempenho. Em alguns casos é necessário ensinar a criança técnicas específicas para minimizar as suas dificuldades.

A terapêutica farmacológica do TDAH é considerada o tratamento de escolha, tendo sua eficácia se revelado superior a abordagens não farmacológicas (psicoterapia comportamental e intervenções em nível de cuidados primários comunitários) e semelhante à associação com a psicoterapia comportamental no que tange aos sintomas primários do transtorno (JENSEN *et al.*, 1999).

2.2. Fármacos prescritos no tratamento do TDAH

Vários fármacos já foram estudados no tratamento do TDAH, havendo evidências mais sólidas de eficácia com o uso de psicoestimulantes e de antidepressores (em especial os tricíclicos).

Os antidepressores heterocíclicos têm eficácia demonstrada no tratamento do TDAH, com resultados publicados em inúmeros estudos nos últimos 30 anos. Em geral utilizam-se doses menores e o efeito terapêutico parece ocorrer mais na esfera comportamental do que na cognitiva, o que os torna medicamentos de segunda escolha em relação aos estimulantes (POPPER, 1997). O perfil de eventos adversos, potencialmente sérios, também pode limitar o seu uso.

Os medicamentos são formas mais largamente propagadas e ardentemente debatidas em relação ao tratamento para o TDAH. Centenas de estudos indicaram que os estimulantes, certos antidepressivos e clonidina (droga utilizada para o tratamento de hipertensão em adultos) podem ser de grande utilidade para portadores de TDAH. Os estimulantes, as drogas mais comumente utilizadas, têm-se mostrado bastante eficazes na melhora do comportamento, desempenho acadêmico e ajustamento social para aproximadamente 50 a 95% das crianças com TDAH. A resposta da criança pode, entretanto, depender da presença de outros problemas (na realidade, os medicamentos não ajudam a todas as crianças) (BARKLEY, 2000).

De acordo com Greenhill (1999), faz-se necessário o tratamento contínuo com psicoestimulantes em crianças, adolescentes e adultos.

Na tabela 1 são apresentadas as medicações mais utilizadas no tratamento do TDAH: os fármacos de primeira escolha e os de segunda escolha.

Tabela 1: Medicamentos utilizados no tratamento do TDAH

MEDICAMENTOS RECOMENDADOS EM CONSENSOS DE ESPECIALISTAS			
NOME QUÍMICO	NOME COMERCIAL	DOSAGEM	DURAÇÃO APROXIMADA DO EFEITO
PRIMEIRA ESCOLHA: ESTIMULANTES (em ordem alfabética)			
Lis-dexanfetamina	Venvanse	30, 50 ou 70mg pela manhã	12 horas
Metilfenidato (ação curta)	Ritalina	5 a 20mg de 2 a 3 vezes ao dia	3 a 5 horas
Metilfenidato (ação prolongada)	Concerta	18, 36 ou 54mg pela manhã	12 horas
	Ritalina LA	20, 30 ou 40mg pela manhã	8 horas
SEGUNDA ESCOLHA: caso o primeiro estimulante não tenha obtido o resultado esperado, deve-se tentar o segundo estimulante.			
TERCEIRA ESCOLHA			
Atomoxetina (1)	Strattera	10,18,25,40 e 60mg 1 vez ao dia	
QUARTA ESCOLHA: antidepressivos			
Imipramina (antidepressivo)	Tofranil	2,5 a 5mg por kg de peso divididos em 2 doses	
Nortriptilina (antidepressivo)	Pamelor	1 a 2,5mg por kg de peso divididos em 2 doses	
Bupropiona (antidepressivo)	Wellbutrin SR	150mg 2 vezes ao dia	
QUINTA ESCOLHA: caso o primeiro antidepressivo não tenha obtido o resultado esperado, deve-se tentar o segundo antidepressivo.			
SEXTA ESCOLHA: alfa-agonistas			
Clonidina (medicamento anti-hipertensivo) (2)	Atensina	0,05mg ao deitar ou 2 vezes ao dia	
OUTROS MEDICAMENTOS			
Modafinila (medicamento para distúrbio do sono)	Stavigile	100 a 200mg por dia, no café.	

Fonte: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO – ABDA, 2016.

Outros medicamentos que ainda não existem no Brasil:

- Focalin – um “derivado” do metilfenidato (na verdade, uma parte da própria molécula).
- Daytrana – um adesivo (para colocar na pele) de metilfenidato
- Dexedrine – uma anfetamina (Dextroanfetamina); existe a formulação de ação curta e de ação prolongada.

- Adderall – uma mistura de anfetaminas; existe a formulação de ação curta e de ação prolongada.

A decisão do uso de medicação na criança com TDAH é baseada no preenchimento dos critérios diagnósticos. Os sintomas da TDAH devem ser persistentes e causar alteração funcional em casa, na escola ou no convívio social. O exame clínico e a anamnese não devem revelar contraindicações para o tratamento.

O uso de psicoestimulantes, como o metilfenidato (Ritalina®), com ou sem psicoterapia associada, foi a melhor estratégia para o tratamento do TDAH segundo Gomes (2006). Existe uma considerável quantidade de dados atestando a segurança e eficácia do metilfenidato. A eficácia clínica do metilfenidato já foi comprovada em mais de 1.500 estudos clínicos nos últimos 40 anos (CONNERS, 2002).

O metilfenidato é um derivado peiperidínico, estruturalmente relacionado à anfetamina (GOODMAN; GILMANN, 1996). Este fármaco reduz os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade em mais de 70% das crianças tratadas. Pesquisas sugerem que o metilfenidato age aumentando o nível de dopamina extracelular no cérebro (MARTINS et al., 2006).

As propriedades farmacológicas do metilfenidato têm sido bem caracterizadas em vários estudos pré-clínicos. De acordo com a ANVISA (2016) o metilfenidato tem sido usado há mais de 50 anos no tratamento de TDAH. A sua eficácia no tratamento do TDAH está bem estabelecida. Além de melhorar os sintomas principais do TDAH, o metilfenidato também melhora os comportamentos associados com TDAH, tais como desempenho escolar prejudicado e função social. Estudos publicados mostram que o metilfenidato melhora significativamente a sonolência diurna e cataplexia.

O principal mecanismo de ação deste fármaco está relacionado com o aumento de dopamina na fenda sináptica, liberada em resposta a um estímulo evidente. Ele o faz principalmente pela ligação com os transportadores de dopamina (DAT), bloqueando-os. Além disso, bloqueia também transportadores de noradrenalina. A disfunção nos sistemas dopaminérgicos e noradrenérgicos tem uma função de autorregulação como atenção seletiva (neurônios noradrenérgicos) e motivação (sistema dopaminérgicos), os quais estão implicados na patogênese do TDAH. O efeito do metilfenidato pode envolver outros sistemas de neurotransmissores como noradrenalina, serotonina e glutamato. (Segundo Fagundes, 2009, p. 16)

Em relação ao uso do metilfenidato estudos demonstram que 70% das crianças e adolescentes com TDAH apresentam melhoras significativas dos sintomas de desatenção, de hiperatividade, de impulsividade na escola e em casa. Mas vale ressaltar que nem todas as crianças e adolescentes precisam tomar medicamentos, aquelas com sintomas leves e com boas capacidades cognitivas podem necessitar de intervenções psicoterápicas e estratégias de manejo cognitivo-comportamentais em casa e na escola (GOLFETO, 1993).

Segundo Gomes et al., (2007) o consumo do metilfenidato favorece a concentração nas tarefas a

serem realizadas, promovendo uma maior estabilidade.

3. Conclusão

Apesar de afetar um grande número de crianças e adolescentes em idade escolar e de os sintomas, em um percentual muito elevado de casos estudados, permanecerem na vida adulta do indivíduo, o TDAH continua sendo muito pouco conhecido por pais, profissionais da área de educação e até mesmo por profissionais da área de saúde. A desinformação é o principal desafio a ser vencido, de modo que haja um diagnóstico precoce da doença e tratamento adequado, reduzindo drasticamente os conflitos familiares, escolares, comportamentais e psicológicos. Assim sendo, muitas consequências do TDAH, como a depressão, distúrbios de comportamento e problemas de relacionamento poderão ser facilmente minimizados ou até mesmo evitados.

Desta forma, é fundamental que profissionais da área médica saibam diagnosticar corretamente o TDAH, para prescrever o tratamento adequado. Educadores e família devem ter conhecimento dos possíveis sintomas do transtorno e suas diferentes formas de tratamento para encaminhar as crianças e adolescentes para um especialista que será capaz de fazer uma diagnose correta e indicar o tratamento necessário.

As causas que conduzem à hiperatividade são muito variadas e, provavelmente, dependentes de fatores diversificados, sendo difícil, na maioria dos casos, determinar uma etiologia precisa, já que também não é detectável nenhum dano cerebral como acontece em outras perturbações mentais e estas nem sempre são bem compreendidas, o que pode tornar o indivíduo potencialmente incapaz, se não for submetido a uma adequada intervenção.

A todo o momento é requerido que as crianças ouçam, sigam as instruções, respeitem os outros, aprendam o que é ensinado, se empenhem na aprendizagem e, sobretudo, que passem longas horas sentadas, ouvindo mais do que falando. Assim, as pessoas com TDAH têm muita dificuldade de cumprir as regras definidas ou em manter o empenho nas atividades dirigidas pelo adulto. Os comportamentos perturbadores e as dificuldades de aprendizagem, que estão associadas, são manifestações muito frustrantes para o educador e para a criança, podendo conduzir ao desenvolvimento de sentimentos mútuos de aversão ou mesmo de hostilidade.

Assim, é importante que a escola estabeleça estratégias que permitam, com mais facilidade, ajustar o comportamento dos indivíduos com TDAH a tal modo que estes possam desenvolver melhor seu intelecto sem as mazelas impostas pelo TDAH além de contribuir minimizando sequelas na vida adulta.

No que se refere ao tratamento farmacológico observou-se que é bastante eficaz, envolvendo uso de medicação na maioria dos casos, principalmente o uso do metilfenidato como psicoestimulante. Este fármaco pode ser considerado a medicação clinicamente mais indicada no tratamento do TDAH.

Além do tratamento farmacológico é importante o tratamento multidisciplinar com psicofármaco, psicoterapias, acompanhamento escolar e familiar. O tratamento multidisciplinar contribui para

amenizar os sintomas levando os indivíduos com TDAH a participarem das atividades comuns a todos na família e na sociedade, prevenindo assim, distúrbios de conduta e delinquência.

Acredita-se que esta pesquisa tenha sido a mola propulsora para novas reflexões sobre o fazer dos profissionais em saúde, tendo a convicção de que muito ainda tem para ser pesquisado sobre TDAH, e que esta caminhada apenas começou.

Referências

- Agencia Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. (2012). Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. Boletim de Farmacoepidemiologia, 2(2, jul./dez.) Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2016.
- American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 5 ed., ISBN 9788582710883, 2014.
- Associação Brasileira de Déficit de Atenção – ABDA. Tratamento. Disponível em: <http://www.tdah.org.br/sobre-tdah/tratamento.html>. Acesso em 20 de maio de 2016.
- Barkley, R. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. São Paulo: ArtMed.
- Bastos, F. L.; Thompson, T. A.; Martinez O, C. (2000). A -Uma revisão do distúrbio de Déficit de Atenção/Hiperatividade - Apresentado no 1º Encontro Brasileiro de Neurologia.
- Biederman, J. (1991). Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with Conduct, Depressive, Anxiety, and Other Disorders. *American Journal Psychiatry*, 148, 564-577.
- Dias, I. Atenção/hiperatividade. Disponível em: <<http://www.tdah.com.br/paginas/gaetah/Boletim2.htm>> Acesso em 20 de maio de 2016.
- Fagundes, A. O. N. (2009). Efeito da administração de metilfenidato sobre a cadeia respiratória mitocondrial de cérebro de ratos jovens. Criciúma.
- Goldstein, S; Goldstein, M. (1998). Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. Campinas: Papyrus.
- Golfeto, J. H. (1993). A criança com déficit de atenção aspectos clínico, terapêuticos e evolutivos. Campinas.
- Goldstein, S. Hiperatividade: Compreensão, Avaliação e Atuação: Uma Visão Geral sobre TDAH. Disponível em: www.hiperatividade.com.br. Acesso em 19 de maio de 2016.
- Gomes, F.; Mattos, P.; Pastura, G.; Ayrão, V.; Saboya, (2005). E. Executive functions in a non-clinical sample of children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *J.bras. psiquiatr*; 54(3): 178-181.
- Gomes M; Palmira A; Barbirato F; Rohde La; Mattos P. (2006). Conhecimento sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 56(2): 94-101.
- Graeff, R. L.; Vaz, C. E. (2008). Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul. Psicol. USP vol.19 nº3 São Paulo July/Sept*.
- Greenhill, L.; Solanto, M.; Arnsten, A.; Castellanos, F. (2001). Stimulant Drugs and ADHD: Basic and Clinical Neuroscience. Oxford University Press, chapter 2: 32-5.
- Greenhill, L. L.; Halperin, J. M.; Abikoff, H. (1999). Stimulant medications. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(5): 503-512.
- Grünspun, H. (1992). Distúrbios psiquiátricos da criança. São Paulo: Ateneu.
- Jensen, P. S.; Hinshaw, S.P.; Swanson, J. M. Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and Applications for Primary Care Providers. (2001). *J. Dev Behav Pediatr* 22: 60-73.
- Lopes, R. M. F.; Nascimento, R. F. L.; Bandeira, D. R. (2005). Avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. *Avaliação Psicológica*, 4(1), p. 65-74.
- Martins, S.; Tramontina, S. Rohde, L. (2003). Integrando o processo diagnóstico. In L. Rohde & P. Mattos (Orgs.), *Princípios e Práticas em TDAH* (pp.151-160). Porto Alegre: Artmed.
- MattoS, P. (2001). No mundo da lua: Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Lemos Editorial.
- PoppeR, C. (1997). Antidepressants in the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry* 58(suppl 14): 14-29.
- Rohde, L.; Biederman, J.; Busnello, E.; Zimmermann, H.; Schimtz, M.; Martins, S.; Tramontina, S. (1999). ADHD in a School Sample of Brazilian Adolescents: a Study of Prevalence, Comorbid Conditions and Impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38: 716-22.
- Rohde, L. A.; Benczik, E. B. P. (1999). Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade: O que é? Como ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas sul.
- Silva, A. B. (2003). *Mentes Inquietas*. 1 ed. Rio de Janeiro: Nápoles.
- Eduardo Jorge Custódio da Silva. Transtornos do déficit de atenção com hiperatividade em adolescentes. *Adolescência & Saúde*, v.2 nº 2 junho 2005. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/v2n2a06.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2016.
- Smith, C. (2001). *Dificuldades de Aprendizagem de A a Z*. 1 ed. Ed. Artes Médicas.
- Spencer, T.; Biederman, J.; Wilens, T. E. (1998). Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a Controversial Diagnosis. *J Clin Psychiatry* 59(suppl 7): 59-68.