

**Consórcio Setentrional de Educação a Distância
Universidade de Brasília e Universidade Estadual de Goiás
Curso de Licenciatura em Biologia a Distância**

**TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: O AUXÍLIO
DA ESCOLA PARA SEU DIAGNÓSTICO**

Maria de Fátima Pereira Oliveira

**Brasília
2011**

Maria de Fátima Pereira Oliveira

**TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: O AUXÍLIO
DA ESCOLA PARA SEU DIAGNÓSTICO**

Monografia apresentada, como exigência parcial para a obtenção do grau pelo Consórcio Setentrional de Educação a Distância, Universidade de Brasília/Universidade Estadual de Goiás no curso de Licenciatura em Biologia a distância.

**Brasília
2011**

Maria de Fátima Pereira Oliveira

**TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: O AUXÍLIO
DA ESCOLA PARA SEU DIAGNÓSTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência parcial para a obtenção do grau de Licenciado em Biologia do Consórcio Setentrional de Educação a Distância, Universidade de Brasília/Universidade Estadual de Goiás.

Aprovado em 11 de junho de 2011

Profa. Dra. Izabela Marques Dourado Bastos
Universidade de Brasília
Orientadora

Melissa Monteiro
Universidade de Brasília
Avaliador I

Lélia Leoi Romeiro
Universidade de Brasília
Avaliador II

Brasília
2011

Dedicatória

**DEDICO ESTE TRABALHO AO MEU PAI,
CAMILO PEREIRA OLIVEIRA (EM MEMÓRIA),
POIS A RAZÃO DA MINHA FORMAÇÃO FOI SUA
DEDICAÇÃO E O EMPENHO EM SEMPRE
PRIORIZAR MEUS ESTUDOS.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado forças e iluminando meu caminho para que pudesse concluir mais uma etapa da minha vida.

A orientadora Izabela Bastos, pela dedicação e empenho em colaborar com a conclusão do trabalho.

A minha Mãe, Divanira, por sempre ter me incentivado a estudar, por me ajudar no meu processo de formação e também por ser uma mãe tão dedicada. Além de sempre torcer e rezar para que meus objetivos sejam alcançados.

Ao meu esposo, Fábio, pela companhia durante a elaboração do trabalho, pelas tentativas em me ajudar e também por sua paciência e compreensão.

A alguns amigos e aos meus irmãos, que me apoiaram e acreditaram na minha capacidade, meu agradecimento pelos momentos em que ficaram ao meu lado não me deixando desistir e me mostrando que sou capaz de chegar onde desejo, sem dúvida foi quem me deu o maior incentivo para conseguir concluir esse trabalho.

Especialmente, agradeço a meu pai que investiu na minha educação e que sempre quis me ver formada, porém não conseguiu presenciar esse momento tão especial da minha vida, pois faleceu no início desse ano.

RESUMO

O objetivo deste levantamento bibliográfico foi de analisar a importância da escola no diagnóstico do TDAH, além de expor detalhes sobre essa doença neurobiológica, ainda pouco conhecida. Este estudo de revisão abordou estudos publicados entre os anos de 2001 a 2011, por intermédio de buscas sistemáticas utilizando banco de dados eletrônicos. O diagnóstico do TDAH depende de vários fatores como o conhecimento mais aprofundado sobre a doença dentre os profissionais da educação, a atenção dos pais às características de seus filhos e a análise clínica no diagnóstico da doença. Os estudos analisados demonstraram que geralmente é na escola que é identificado primeiramente o distúrbio. No entanto, muitas vezes, por falta de conhecimento dos professores o diagnóstico não ocorre, ou então, é errôneo fazendo com que alguns alunos sejam medicados de forma indiscriminada, sendo esse o motivo da necessidade da análise clínica. Existem estudos direcionados para auxiliar no diagnóstico do TDAH nas escolas, mas apesar de serem eficazes e objetivos, não podem ser utilizados de forma isolada nesse processo. **Palavras-chave:** TDAH; Prevalência; Escola; Diagnóstico; Ritalina.

Sumário

INTRODUÇÃO	8
Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.....	8
Características de uma criança que possui TDAH.....	9
Hipóteses relacionadas com as causas do TDAH	11
DESENVOLVIMENTO.....	13
A prevalência do TDAH nas escolas.....	13
A importância da escola no diagnóstico do TDAH.....	14
Métodos utilizados no diagnóstico do TDAH, nas escolas.....	15
Tratamento do TDAH.....	18
CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

INTRODUÇÃO

Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

De acordo com a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (2011), o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e freqüentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. As características que são evidentes em pessoas que o possui, é a presença de alguns sintomas, tais como, desatenção, inquietude e impulsividade. O TDAH é considerado um transtorno hipercinético, que apareceu na literatura médica em meados do século XIX, sua nomenclatura já sofreu algumas alterações. Na década de 40, surgiu a designação “lesão cerebral mínima”, que, já em 1962, foi modificada para “disfunção cerebral mínima”, reconhecendo-se que as alterações características da síndrome relacionam-se mais a disfunções em vias nervosas do que propriamente a lesões nas mesmas (BARBOSA, 1995).

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é um problema de saúde, pois repercute na vida da criança e do adolescente levando a prejuízos em múltiplas áreas, como a adaptação ao ambiente acadêmico, relações interpessoais e desempenho escolar (BARKLEY, 1996). A prevalência do TDAH em crianças de fase escolar é de 3 a 7% em todo mundo. No Brasil, estudos revelam uma prevalência de 5,8%, dados esses do Ministério da Saúde (KURODA, 2011).

Dentre os estudos internacionais e nacionais existe uma diferença na prevalência do TDAH. Isso ocorre devido à diferença nos critérios para diagnosticar e também na diferença entre os informantes, que geralmente são os pais ou professores, fazendo com que a falta de conhecimento sobre o transtorno influencie na quantidade efetiva de crianças com TDAH. Pesquisas científicas revelam que ocorre prevalência distinta do TDAH segundo o gênero. Pôde-se verificar o predomínio do transtorno em meninos, independente do método de levantamento ou do instrumento de diagnóstico, sendo que esta proporção varia de aproximadamente 2:1 em estudos populacionais e 9:1 em estudos clínicos (POETA et al., 2004).

Características de uma criança que possui TDAH

Na criança que possui TDAH são manifestadas algumas características, que são a hiperatividade, distúrbio na atenção, impulsividade e agitação. Como consequência destes sintomas, surge muitas vezes outros graves problemas como distúrbios emocionais e dissociais de aprendizagem e aproveitamento (FACION, 1991).

As dificuldades de aprendizado são freqüentes nas crianças com TDAH, não somente pela desatenção durante as aulas e durante o estudo, mas porque está mais freqüentemente associado ao transtorno de leitura (dislexia), de matemática (discalculia), de expressão escrita e da linguagem (disfasia). Outras comorbidades encontradas são: depressão, ansiedade, transtorno bipolar, transtorno opositor-desafiante, transtorno de conduta, transtorno obsessivo-compulsivo, e transtorno de Tourette (tiques vocais e motores) (AUGUST, et al , 1996). O TDAH pode se apresentar de três formas distintas: com predomínio da desatenção, com predomínio da hiperatividade, impulsividade, ou com a combinação de ambos. De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2003) o diagnóstico da pessoa que possui a combinação das características é clínico e se baseia na presença dos sintomas listados na seguinte tabela (Tabela 1).

O diagnóstico de TDAH deve basear-se na presença de 6 ou mais respostas positivas para os itens de desatenção, e/ou 6 ou mais itens positivos para hiperatividade/impulsividade, por mais de 6 meses nos critérios do DSM-IV. Estes sintomas devem estar presentes em diferentes situações (escola e casa, por exemplo), e o início ter ocorrido antes dos 7 anos de idade.

As crianças com este transtorno não prestam muita atenção em detalhes ou podem cometer erros por falta de cuidados nos trabalhos escolares ou outras tarefas. Elas, com freqüência, têm dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas e consideram difícil persistir em tarefas até seu término. Geralmente, dão a impressão de não estarem concentrados nas atividades que estão realizando. Os indivíduos diagnosticados com este transtorno podem iniciar uma tarefa, passar para outra, depois voltar a atenção para outra coisa antes de completarem qualquer uma de suas incumbências. Eles freqüentemente não atendem a solicitações ou instruções e não conseguem completar o trabalho escolar, tarefas domésticas ou outros deveres.

Tabela 1 - Sintomas para o diagnóstico de TDAH de acordo com o DSM-IV

Desatenção	Hiperatividade/impulsividade
Prestar pouca atenção a detalhes e cometer erros por falta de atenção.	Mover de modo incessantes pés e mãos quando sentado.
Dificuldade em se concentrar (em deveres ou brincadeiras).	Dificuldade de permanecer sentado em situações em que isto é esperado (sala de aula, mesa de jantar, etc.)
Parecer estar prestando atenção em outras coisas numa conversa.	Correr ou trepar em objetos freqüentemente, em situações nas quais isto é inapropriado.
Dificuldade em seguir as instruções até o fim ou deixar atividades sem terminá-las.	Dificuldades para se manter em atividades de lazer em silêncio.
Dificuldade de se organizar ou planejar com antecedência	Parecer ser movido por um “motor” sempre “ligado”.
Relutância ou antipatia para fazer deveres de casa ou iniciar tarefas que exijam esforço mental por muito tempo.	Falar demais.
Perder objetos ou esquecer compromissos.	Responder as perguntas antes das mesmas serem concluídas.
Distrair-se com muita facilidade com coisas a sua volta ou com seus pensamentos.	Não conseguir aguardar a vez.
Esquecer coisas do dia-a-dia.	Interromper freqüentemente os outros em suas atividades ou conversas.

Fonte: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (American Psychiatric Association, 2003)

As tarefas que exigem um esforço mental constante são vivenciadas como desagradáveis e acentuadamente aversivas. Esses indivíduos em geral evitam ou têm forte antipatia por atividades que exigem dedicação ou esforço mental prolongado ou que exigem organização. Os hábitos de trabalho freqüentemente são desorganizados e os materiais necessários para a realização da tarefa com freqüência são espalhados, perdidos ou manuseados com descuido e danificados (FACION, 1991).

Neste transtorno, os indivíduos são facilmente distraídos por estímulos irrelevantes e habitualmente interrompem tarefas em andamento para dar atenção aos ruídos ou eventos triviais que em geral são facilmente ignorados por outros. Eles freqüentemente se esquecem de parte de suas atividades diárias. Nas situações sociais, a desatenção pode manifesta-se por freqüentes mudanças de assunto, falta de atenção ao que os outros dizem,

distração durante as conversas e falta de atenção a detalhes ou regras em jogos ou atividades (FACION, 1991).

Hipóteses relacionadas com as causas do TDAH

As causas do TDAH são apresentadas por meio de diferentes hipóteses, não podendo ser atribuída a um único fator. Furman (2008) concluiu que o transtorno é pouco suscetível de existir como doença identificável. Garfinkel (1992) afirma que as pesquisas sobre a etiologia do TDAH são desenvolvidas, principalmente, através de exames de neuroimagens (NI) como a de Ressonância Magnética Funcional (IRMF) que podem revelar alterações em estruturas cerebrais, e sua relação com a existência dessa patologia.

Embora os achados com uso de NI sejam controversos, observa-se uma tendência à concentração de alterações de forma mais significativa em estruturas cerebrais responsáveis por controlar o comportamento do indivíduo, adequando-o ao seu contexto social. Neste contexto, Szoboy, Elzirik e cols (2002, apud DUARTE, 2002), asseguram que um dos substratos neurológicos do TDAH mais conhecidos atualmente é a disfunção no córtex cerebral, na região dos lobos frontais, incluindo núcleos da base. Avanços nas pesquisas de neuroimagem, como radiofármacos mais específicos, propiciarão um entendimento ainda melhor da neurobiologia do transtorno (ROHDE, et al., 2003) Contudo, Szobot (2001) afirma que não existem dados científicos para justificar o uso da neuroimagem na prática clínica em TDAH.

A Hipótese da Catecolamina como causa do TDAH é apresentada por autores como Garfinkel, 1992. Catecolaminas são compostos químicos derivados do aminoácido tirosina e algumas são aminas biogênicas. São solúveis em água e cerca de 50% que circulam no sangue encontram-se ligadas a proteínas plasmáticas. As catecolaminas mais abundantes são a adrenalina, noradrenalina e dopamina que estão envolvidas no controle da atenção, do comportamento motor e da motivação. Como hormônios, são liberadas pela glândula suprarrenal em situações de stress, como stress psicológico ou hipoglicemia. Os autores sugerem que, de acordo com este modelo, há uma baixa produção ou hipoativação do sistema de produção de catecolaminas no TDAH. Dessa maneira, segundo eles, “os indivíduos afetados não podem moderar sua atenção, seus níveis de atividade, seus impulsos emocionais ou suas respostas a estímulos no ambiente tão efetivamente quanto às pessoas com sistemas nervosos normais”; o TDAH é caracterizado por uma falha na captação do neurotransmissor dopamina pelos neurônios (GARFINKEL, 1992).

Hallowell (1995, apud STARLING, 2003) também percebeu, ao realizar estudos em cérebro de pessoas diagnosticadas com TDAH, que o consumo de energia, nas áreas pré-frontais e pré-motoras, era cerca de 8% menor do que em pessoas não diagnosticadas com TDAH. Tais evidências acabam por fortalecer as teorias que relacionam o TDAH como um distúrbio neurológico. Os fatores familiares e sociais também devem ser considerados ao se estabelecer um diagnóstico de uma patologia de acordo com Garfinkel (1992), pois tais fatores têm ampla influência etiológica sobre o comportamento apresentado. Dessa forma, os autores apresentam um estudo feito por Rutter que demonstrou que fatores como família constituída por muitos membros, desvantagem social e superlotação estão associados com os sinais de hiperatividade. Os aditivos alimentares quimicamente sintetizados, como açúcar refinado, alimentos processados que contém corantes, flavorizantes, adoçantes e conservantes, comumente associados à hiperatividade, foram descartados por Feingolde como agentes de alterações comportamentais nas crianças (GARFINKEL, 1992).

Foram realizadas investigações para descobrir a origem genética dessa doença, propondo-se uma relação entre a raça, o sexo e a idade dos pacientes afetados. Porém, as pesquisas ainda não foram conclusivas. Segundo Leite (2002), os estudos e pesquisas para delimitar definitivamente a etiologia do TDAH ainda são iniciais, e as informações disponíveis não são suficientes para se descobrir a sua natureza, dificultando a indicação de um tratamento para o transtorno. Além disso, Argollo (2003) afirma que apesar da forte evidência de hereditariedade, o modo de herança ainda não está claro.

A partir do tema exposto, este trabalho tem por objetivo realizar um levantamento bibliográfico de estudos relacionados ao TDAH no contexto da escola como prevalência e seu papel no diagnóstico do transtorno e tratamento.

DESENVOLVIMENTO

A prevalência do TDAH nas escolas

O TDAH afeta entre 3 a 7 % de crianças em idade escolar no mundo, ou seja, mais de dois milhões de alunos (REZENDE, 2009). Existem diversas publicações que tratam de comunidades escolares específicas e que expõem suas pesquisas quanto à prevalência do TDAH. Como exemplo, um estudo de prevalência de TDAH realizado em uma única escola pública primária na cidade de Niterói (VASCONCELOS, 2003), indicou 17,1% de crianças com TDAH. A triagem inicial realizada pelas professoras foi positiva para 108 de 403 crianças (26%). Desses alunos, 69 (63%) tiveram diagnóstico confirmado. Uma comparação das taxas de prevalência de TDAH citadas em diferentes estudos (Tabela 1, publicada por Scahill L, Schwab-Stone M.) mostra ampla variação.

Tabela 1. Taxa de prevalência de TDAH em diferentes estudos.

Autor e Ano	Nº de sujeitos	Faixa etária (anos)	Origem da amostra	Crítérios de diagnóstico	Prevalência (%)
I. Entrevista direta da criança e dos pais					
Sheim et al., 1985	114	9	Escola pública	DSM-III	12,3
Anderson et al., 1987	792	11	Coorte ao nascimento	DSM-III	6,7
Bird et al., 1988	777	4-16	Comunidade	DSM-III	9,5
Szatmari et al., 1989	2687	4-16	Comunidade	DSM-III	6,3
Fergusson et al., 1993	986	15	Coorte ao nascimento	DSM-III	4,8
Cohen et al., 1993	541	10-13	Comunidade	DSM-III-R	12,9
Gomez-Beneyto, 1994	400	8	Comunidade	DSM-III-R	14,4
Jensen et al., 1995	294	6-17	Guarnição militar	DSM-III-R	11,9
Costello et al., 1996	4067	9-13	Comunidade	DSM-III-R	1,9
Landgren et al., 1996	589	6	Coorte ao nascimento	DSM-III-R	2
Shaffer et al., 1996	1285	9-17	Comunidade	DSM-III-R	4,1
Verhulst et al., 1997	780	13-18	Comunidade	DSM-III-R	2,6
Breton et al., 1999	2499	6-14	Comunidade	DSM-III-R	4
II. Entrevista da professora					
Holborow et al., 1984	1908	5-13	Escolas públicas	Escore de sintomas	5,6
Pelham et al., 1992	931	5-14	Amostra nacional	DSM-III-R	6,5
Wang et al., 1993	4290	5-13	Escolas públicas	Escore de sintomas	9,9
Baumgaertel et al., 1995	1077	5-12	Escolas públicas	DSM-III-R	10,9
				DSM-IV	17,8
Wolraich et al., 1996	8258	5-12	Escolas públicas	DSM-III-R	7,3
				DSM-IV	11,4
Wolraich et al., 1998	4323	5-12	Escolas públicas	DSM-IV	16,1
				DSM-IV + comprometimento da função	6,8

Na tabela acima, foram considerados com critérios de diagnóstico o DSM -III, o DSM-III-R e o DSM-IV. Eles são edições do Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais, sendo o DSM-III-R a versão resumida do DSM-III e o DSM-IV a edição mais completa e atual.

A ampla variação entre os índices de prevalência é consequência da subjetividade de alguns critérios de diagnóstico e também devido à influência de algumas características dos alunos envolvidos nas pesquisas. Um exemplo é a idade dos alunos, que pode exercer uma influência importante na prevalência de TDAH, pois a idade mais frequente de diagnóstico seria aos 7-8 anos e depois haveria um declínio crescente da prevalência com a idade (SCAHILL et al, 2000).

A importância da escola no diagnóstico do TDAH

Os sintomas, na criança que apresenta o TDAH, se iniciam antes dos sete anos de idade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994), embora a maioria seja diagnosticada após a manifestação destes, podendo ser observados em situações em casa, na escola ou no trabalho. Na maioria dos casos, o distúrbio somente é reconhecido quando a criança ingressa na escola, pois é o período em que as dificuldades de atenção e inquietude são percebidas com maior frequência pelos professores quando comparadas com outras crianças da mesma idade e ambiente. Isso reflete a importância da escola no diagnóstico do TDAH. Essas crianças são, geralmente, agitadas, não são organizadas na questão acadêmica, possuem dificuldade de manter uma relação de amizade com as demais crianças de sua idade e o fracasso escolar são manifestações que acompanham o transtorno hiperativo. Essas características geralmente se destacam na vida escolar, sendo assim mais possível distinguir essas crianças de seus colegas que não possuem o transtorno.

Embora os sintomas primários do TDAH sejam, em geral, facilmente reconhecíveis (ROHDE et al, 2004), o diagnóstico e o tratamento podem ser dificultados pela existência de mitos acerca da doença (KNIPP, 2006). O diagnóstico do TDAH é clínico e se baseia, fundamentalmente, nos sintomas atuais, no caso de crianças, ou na combinação entre sintomas atuais e história clínica pregressa do comportamento, no caso de adultos. Conforme Rohde e Halpern (2004), os pacientes com o transtorno (ao menos as crianças) frequentemente não apresentam manifestações clínicas do TDAH durante a consulta médica.

Portanto, o diagnóstico definitivo depende da confiabilidade do relato de pais e professores, bem como da experiência de médicos e psicólogos para interpretar e avaliar os relatos e a história do paciente. Da mesma forma, o manejo bem sucedido de pacientes com TDAH depende do entendimento da doença e do apoio dos que os cercam, já que a adesão ao tratamento é difícil mesmo quando há melhora (KNIPP, 2006). Nesse contexto, é importante conhecer o nível de informação dos grupos que participam do processo de diagnóstico e tratamento desse transtorno.

Os procedimentos necessários para o diagnóstico de TDAH envolvem a coleta de informações dos pais, dos professores e da própria criança. Os pais são, geralmente, bons informantes, enquanto os professores tendem a superestimar os sintomas. Além de coletar as queixas dos pais, estes devem responder ao protocolo padronizado do DSM-IV e aos professores devem ser encaminhados questionários específicos para serem respondidos (BARBOSA, et al, 1997). Deverá ser realizada uma avaliação psicológica, como o teste do WISC, cujos subtestes de números e aritmética compõem o fator de resistência a distraibilidade, importante para reforço do diagnóstico. Além destes, outros testes, como o teste Wisconsin Cart-Sortin e o teste de STROOP podem ser utilizados. Para o diagnóstico, os exames de neuroimagem e EEG não são indicados (ZAMETKIN, 1999).

Diagnosticar erroneamente implica em expor o indivíduo a riscos desnecessários, pois os medicamentos normalmente usados nos tratamentos do transtorno podem ter efeitos colaterais graves, devendo ser recomendados preferencialmente nos casos mais severos. Assim, é necessário que a população educacional fique alerta para o perigo do super diagnóstico do TDAH.

Métodos utilizados no diagnóstico do TDAH, nas escolas.

O DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) é um manual de classificação de doenças mentais que possibilita diagnosticar o TDAH. Ele foi elaborado pelos psiquiatras da Associação de Psiquiatria Norte-americana, e fica restrito ao trabalho de descrever os sintomas e agrupá-los em síndromes, (MAROT, 2010). Assim, através desse manual é possível identificar dentre um conjunto de sintomas àquelas pessoas que possuem TDAH.

Outros dois instrumentos são utilizados no diagnóstico do TDAH, são a Escala de Farré e Narbona e o questionário de Conner. Sendo a Escala de Farré e Narbona a

consequência da adaptação do questionário de Conner à realidade das escolas brasileira, esse questionário consistia em entrevista clínica, exame físico completo e exame psiquiátrico, seguindo roteiro de entrevista para o TDAH proposto pelo DSM-IV, que é a versão mais atual e completa do DSM. Após as adaptações, este método de classificação recebeu o prêmio TEA Ediciones, em 2001, na Espanha por ser um instrumento de fácil aplicação. Com isso, a Escala se tornou objeto de estudo em bolsas de iniciação científica e de trabalhos de mestrado no Brasil, justificando a prevalência da utilização desse método no diagnóstico do TDAH (POETA, et al., 2002).

A Escala de Farré e Narbona deve ser preenchida pelos professores e pais. Através dela é possível identificar a criança com o predomínio dos sintomas de hiperatividade, déficit de atenção, transtorno de conduta, hiperatividade com déficit de atenção e TDAH. Esta escala é composta por 20 questões fechadas sendo que as respostas a serem marcadas variam de 0 a 3 pontos, as quais o professor responde conforme a conduta freqüente do sujeito durante os últimos seis meses.

Essa escala foi elaborada a partir das experiências com a Escala de Connors, em que Farré e Narbona consideraram conveniente elaborar uma nova escala que mantivesse as qualidades das anteriores, adaptando-se aos novos conhecimentos (FARRÉ A, Narbona J. 2001). A análise fatorial dos índices de confiabilidade da referida escala em espanhol foi realizada no Departamento de Metodologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Barcelona. Distintos estudos realizados com a Escala de Connors mostraram a coerência dos itens que constituem os fatores de hiperatividade, desatenção e transtorno de conduta. Para os índices de fidedignidade, foram realizadas as correlações de cada item com seu fator, de cada item com seu total e de cada fator com o total.

Existem algumas normas de aplicação e correção da escala para calcular as pontuações diretas de cada sub-escala. Somam-se as questões correspondentes aos itens de cada uma delas (Hiperatividade/Impulsividade; Déficit de Atenção; e Transtorno de Conduta), de acordo com a escala, deve seguir os seguintes critérios para efetuar a avaliação:

- Predomínio de hiperatividade/impulsividade: Questões 1, 3, 5, 13 e 17. Resultado: somatório das respostas relativas às questões de Hiperatividade/Impulsividade maior ou igual a 10.
- Predomínio de Déficit de Atenção: Questões 2, 4, 7, 8 e 19. Resultado: somatório das respostas relativas às questões de Déficit de Atenção maior ou igual a 10.

- Predomínio de Transtorno de Conduta: Questões 6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18 e 20. Resultado: somatório das respostas relativas às questões de Transtorno de Conduta maior ou igual a 11.
- Se o somatório das respostas das questões de Hiperatividade/Impulsividade e Déficit de Atenção for maior ou igual a 18, considera-se a criança com predomínio de Hiperatividade com Déficit de Atenção.
- Se o somatório das respostas de todas as questões (Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade, Transtorno de Conduta) for maior ou igual a 30, considera-se a criança com TDAH (global).

Escala para Avaliação do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade					
nada		suficiente	muito		
0	1	2	3		
01	Tem excessiva inquietude motora.	0	1	2	3
02	Tem dificuldade de aprendizagem na escola.	0	1	2	3
03	Incomoda freqüentemente outras crianças.	0	1	2	3
04	Distrai-se facilmente, mostrando atenção escassa.	0	1	2	3
05	Exige satisfação imediata de seus desejos.	0	1	2	3
06	Tem dificuldade em atividades cooperativas.	0	1	2	3
07	Costuma estar nas nuvens, absorto.	0	1	2	3
08	Deixa por terminar as tarefas que iniciou.	0	1	2	3
09	Não é bem aceito pelo grupo.	0	1	2	3
10	Nega seus erros e joga a culpa nos outros.	0	1	2	3
11	Freqüentemente grita em situações inadequadas.	0	1	2	3
12	Responde com facilidade. É mal-educado e arrogante.	0	1	2	3
13	Mexe-se constantemente, intranquilo.	0	1	2	3
14	Discute e briga por qualquer coisa.	0	1	2	3
15	Tem explosões advindas de uma instabilidade no temperamento.	0	1	2	3
16	Falta noção de limite e de "jogo limpo".	0	1	2	3
17	É impulsivo e irritável.	0	1	2	3
18	Relaciona-se mal com a maioria de seus colegas.	0	1	2	3
19	Seus esforços são facilmente frustrados, é inconstante.	0	1	2	3
20	Não aceita as indicações do professor.	0	1	2	3

Fonte: Adaptado de Scahill e Schwab-Stonne, 2001.

Apesar da grande praticidade em obter o diagnóstico do TDAH, baseado na utilização da à escala citada acima, os próprios criadores da tabela, Farré e Narbona, afirmam que este não deve ser um único instrumento de avaliação, sendo que pode ser usado em uma primeira fase que permita ao avaliador elaborar hipóteses diagnósticas ou em uma fase mais avançada do diagnóstico (FARRÉ et al., 2001).

Tratamento do TDAH

O tratamento do TDAH inclui orientação da família e da escola, um suporte com terapia especializada e uso de medicamentos. Desta forma, em casa, os pais devem estabelecer normas de comportamento bem claras e definidas, evitar castigar excessivamente a criança, fornecer espaço físico com poucos fatores de distração para a execução dos deveres de casa, manter horários regrados (para refeições, para dormir, para os deveres, para a diversão) (MATTOS P, 2001). O tratamento do TDAH é multimodal, envolvendo intervenções psicossociais e psicofarmacológicas.

Em um grupo de pais de classe média com filhos em tratamento por TDAH, 64% a 66% acreditavam que a dieta e o açúcar tinham influência no comportamento hiperativo. Além disso, 38% dos pais acreditavam que o acompanhamento psicoterápico era o melhor tratamento para TDAH e 55% manifestaram hesitação em usar a medicação com base em informações sobre estimulantes veiculadas na imprensa leiga (BUSSING et al., 1998; DOSREIS et al., 2003).

O tratamento medicamentoso com estimulantes, antidepressivos ou clonidina, associado ao acompanhamento multidisciplinar, concorre para o melhor desempenho das crianças com TDAH na escola (SCHWEITZER, 2001). Os três medicamentos mais comumente prescritos foram Ritalina® (82%), Concerta® (41%) e Ritalina LA® (37%) (GOMES, 2007). Especialmente no tratamento com estimulantes, o controle motor e a capacidade de atenção puderam ser positivamente influenciados (KAPLAN, et al., 2002).

O tratamento medicamentoso estará indicado na ocorrência de disfunção social, acadêmica ou ocupacional importante (Hill P, Taylor E, 2001). Podem ser prescritos estimulantes (metilfenidato), antidepressivos ou clonidina, no tratamento do TDAH. A primeira opção será a do estimulante, seja sob forma habitual ou forma de ação prolongada, sempre que o TDAH predominar com desatenção.

O metilfenidato, comercialmente conhecido como Ritalina, é uma droga psicoestimulante utilizada no tratamento de crianças e adolescentes desde a década de 1930 (BRADLEY, 1938). O uso da Ritalina deve ser exclusivo para aqueles casos em que o diagnóstico não deixa dúvidas, visto que muitos outros casos ficam sem diagnóstico, o que, impossibilita a indicação do tratamento medicamentoso. Esse medicamento é considerado seguro e eficaz, visto que traz benefícios significativos em curto espaço de tempo, além de

difícilmente causar dependência, e não se acumula no organismo e o seu efeito dura em média 4 a 5 horas, com isso o tratamento poderá persistir enquanto os sintomas forem evidentes.

Tem se observado um uso excessivo de Ritalina, sendo esta prescrita também a sujeitos onde o transtorno não se apresenta de maneira definida. Ou seja, ela acaba sendo indicada e utilizada por pessoas que possuem apenas “traços” do transtorno, ou então por aquelas que apresentam características do transtorno, mas não foram diagnosticadas clinicamente de TDAH. O uso indiscriminado de metilfenidato caracteriza um problema de saúde pública, a despeito da falta de concordância entre os profissionais da área de saúde e educação acerca da existência ou não dessa “doença psíquica”, bem como da ausência de consenso sobre o uso de psicotrópicos em idade escolar (BOARINI, M. L. & BORGES, R. F.,2009).

O uso de estimulantes em crianças, considerado um marco histórico da psicofarmacologia infantil, surge com relatos de Charles Bradley, em 1937, sobre efeitos terapêuticos da anfetamina no tratamento de crianças com alterações no comportamento (CORREIA FILHO & PASTURA, 2003).

A pesquisa de Bradley e outras pesquisas que a sucederam, buscam fazer valer a etiologia biológica pelo resultado do tratamento. Como alertam Goldstein & Goldstein (1996), não se deve concluir um diagnóstico de TDAH simplesmente porque houve melhora dos sintomas pelo uso da medicação. Isso parece reverter o processo comumente aceito pela medicina, que consiste na busca de tratamento somente depois de muitos estudos que delimitam a etiologia e, conseqüentemente, o diagnóstico (MOYSÉS et al, 1992).

CONCLUSÃO

Tendo em vista os aspectos observados nas pesquisas relacionadas ao TDAH, verificamos que apesar da prevalência desse distúrbio ser significativa no ambiente escolar, existem métodos para que o transtorno seja mais facilmente diagnosticado, tais como a Escala de Farré. Assim os alunos são encaminhados a um acompanhamento psiquiátrico, diminuindo os problemas conseqüentes do TDAH, tais como, dificuldade de aprendizado, dislexia, dentre outras comorbidades que estão relacionados com os problemas de hiperatividade, déficit de atenção e impulsividade.

Percebe-se que a junção da eficácia dos métodos utilizados nas escolas para identificar o TDAH e o acompanhamento psiquiátrico facilita o diagnóstico correto da doença, evitando assim que crianças sejam expostas a tratamentos medicamentosos exclusivos para aqueles que possuem o transtorno.

Conclui-se assim, que é necessário maior preparo dos educadores para lidar com os métodos que possibilitam a identificação do TDAH nas escolas, ressaltando também que há necessidade de uma reflexão sobre a necessidade da criança ter um suporte por parte da família e da escolar para enfrentar as dificuldades provenientes do TDAH, preparando a criança para resolver seus problemas emocionais. Com isso é necessário prestar mais atenção em suas carências ao invés de reprimir a criança diante de suas dificuldades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2003) Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV - TR, Porto Alegre: Artmed Editora (4a. ed).

ARAÚJO, Alexandra; MATOS, Paulo; PASTURA, Giuseppe. **Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**. Disponível em: <http://www.tdah.org.br/images/stories/site/pdf/anexo5-tdah-e-desempenho-escolar.pdf>. Acesso em: 11 mar 2011.

ARGOLLO, Nayara. **Transtornos do déficit de atenção com hiperatividade: aspectos neurológicos**. Psicologia Escolar e Educação [online]. Dec. 2003, vol.7, n. 2 p.197-201. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&>. Acesso em: 21 de abril 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO. **Consenso Brasileiro de Especialistas sobre Diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção /Hiperatividade em adultos (TDAH)**. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br>>. Acesso em 23 de abril. 2011.

BARBIRATO, Fabio; GOMES, Marcelo; MATTOS, Paulo; PALMINI, André; ROHDE, Luis. **Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsi/v56n2/a04v56n2.pdf> . Acesso em: 15 mar. 2011.

BARBOSA GA. **Transtornos hipercinéticos**. Infanto 1995;3:12-9.

BARKLEY, R.A. - **Attention-deficit/hyperactivity disorder**. In: Mash EJ & Barkley RA (eds.) Child Psychopathology. Guilford, New York, pp. 63-112, 1996.

FACION, José. **Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade (T.D.A.H): Atualização Clínica**. Disponível em: <http://www.nead.uncnet.br/2009/revistas/psicologia/2/23.pdf>. Acesso em: 02 abri 2011.

FURMAN, Lydia Mary. Attention - **Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Does New Researd Support old concepts?** *Journal of Child Neurology*. V. 23, n7, p. 775-784, 2008.

Disponível em:

<http://online.sagepub.com>. Acesso em 20 mar. de 2011.

FREIRE, Antonio ; PONDÉ, Milena. **Estudo piloto da prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre crianças escolares na cidade de Salvador, Bahia, Brasil.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n2b/a20v632b.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2011.

GARFINKEL, Barry D.; CARSON, Gabrielle A.; WELLER, Elizabete B. **Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, 470p.

GUSMÃO, Marilia. **Comportamento infantil conhecido como hiperatividade: Consequência do mundo contemporâneo ou TDAH?** Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/FAEC-84JNUY/1/disserta__o_mar_lia_maria.pdf . Acesso em: 10 mar 2011.

KURODA, Juliana. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH.** Disponível em: <http://www.julianakuroda.med.br/>. Acesso em: 09 mar. 2011.

MESQUITA, Raquel. **A implicação do educador diante do TDAH: Repetição do Discurso médico ou construção educacional?** Disponível em: [http://opus.grude.ufmg.br/opus/opusanexos.nsf/4d078acf4b397b3f83256e86004d9d55/f7cbbb4cb46e85ff832576ba0068068b/\\$FILE/1000000758.pdf](http://opus.grude.ufmg.br/opus/opusanexos.nsf/4d078acf4b397b3f83256e86004d9d55/f7cbbb4cb46e85ff832576ba0068068b/$FILE/1000000758.pdf) . Acesso em: 10 mar. 2011.

POETA, Lisiane; ROSA, Francisco. **Estudo epidemiológico dos sintomas do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade e Transtornos de Comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n3/a04v26n3.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2011.

RIZO, Luciana. **Crianças Desatentas, Hiperativas e Impulsivas: Como lidar com essas crianças na Escola?** Disponível em: http://www.lucianarizo.com.br/artigos/criancas_escola.pdf . Acesso em: 11 mar 2011.

ROHDE LA, BUSNELLO EA, CHACHAMOVICH E, VIEIRA GM, PINZON V, KETZER CR. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: revisando conhecimentos.** Rev ABP-APAL 1998;20(4):166-78.

RODRIGUES, Ana. **A criança com TDAH é capaz de aprender?** Disponível em: <http://www.avm.edu.br/monopdf/6/ANA%20LUCIA%20MARIZ%20RODRIGUES.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2011.

STARLING, Daniela Siqueira Veloso. **TDAH – Diagnóstico e Tratamento Adequados?** 2003. 87 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Neurociências e Comportamento) Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte: 2003.

SCAHILL L, Schwab-Stone M. **Epidemiology of ADHD in school-age children.** In Stubbe D (org.). Attention-deficit/hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 2000;9:541-555.

SZOBOT, Claudia M a; et al. **Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.** Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol.23 supl.1, São Paulo: 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?lng_pt>. Acesso em 24 abril. 2011.

WERNER, Jairo ; VASCONCELOS, Marcio; SANTOS, Ítalo. **Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000100012. Acesso em: 14 mar. 2011.