

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

PATRÍCIA DE LIMA FERREIRA

**TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE: um sofrimento infantil**

**PATOS DE MINAS
2010**

PATRÍCIA DE LIMA FERREIRA

**TRANSTORNO DO DEFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE: um sofrimento infantil**

Monografia apresentada a Faculdade de Patos de Minas como requisito parcial para conclusão do curso de Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Esp. Vânia Cristina Alves Cunha

**PATOS DE MINAS
2010**

616-008.61	FERREIRA, Patrícia de lima
F382t	<p>Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: um sofrimento infantil/Patrícia de Lima Ferreira – Orientadora: professora especialista Vânia Cristina Alves Cunha. Patos de Minas: [s.n.], 2010 47.p.</p>
	<p>Monografia de Graduação – Faculdade Patos de Minas - FPM Curso de Bacharel em Enfermagem</p>
	<p>1.TDAH 2.Tratamento 3.Assistência de enfermagem. Patrícia de Lima Ferreira II.Título</p>

Fonte: Faculdade Patos de Minas - FPM. Biblioteca.

FACULDADE PATOS DE MINAS
PATRÍCIA DE LIMA FERRIRA

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE: um sofrimento infantil

Monografia aprovada em _____ de _____ de _____ pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientadora: _____
Prof. Esp. Vânia Cristina Alves Cunha
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Examinador: _____
Prof. Esp. Gilmar Antoniassi Júnior
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Examinador: _____
Prof. Esp. Alessandro Freitas Amaral
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Dedico esse trabalho a todas as crianças portadoras do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) para que sejam acolhidos em sua vida como seres humanos dotados de características especiais que lhes transformem em batalhadores por uma vida equiparada das crianças normais.

AGRADECIMENTOS

Expresso meu agradecimento a Deus por sua presença constante em minha vida. Sem sua fiel proteção não teria chegado até aqui.

Aos meus pais, Antonio e Maura que são o alicerce da minha vida, pessoas a quem devo tudo o que conquistei, sempre me apoiaram e acreditaram na concretização do meu trabalho e nunca mediram esforços para que eu chegasse até aqui.

A meu irmão, Aluísio pela sua amizade e seu carinho, com quem sempre pude contar em todos os momentos de minha vida.

À minha avó Maria, por ter sempre me apoiado e acreditado em mim.

À minha colega Eloina, por ter me ajudado.

À minha orientadora Vânia Cristina, que nas minhas dúvidas ajudou-me a resolver todos os assuntos e dificuldades decorrentes deste trabalho.

Por fim, gostaria além de agradecer, pedir desculpas a uma pessoa muito especial, digna de todo o meu carinho, minha filha Isabela, pelas vezes que tive de ausentar-me, e anular momentos ao seu lado. Mas, compreenda que foi por um bom motivo e hoje me orgulho em dizer que nós conseguimos, pois foi por você que tive força e coragem para lutar e chegar ao fim dessa longa jornada.

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um dos transtornos de maior prevalência na infância. Há déficit cognitivo com diferenças importantes no desenvolvimento das crianças com TDAH, quando comparadas a crianças sem diagnóstico. A partir deste estudo foi descrito a dificuldade e sofrimento nas vidas das pessoas com TDAH. A metodologia utilizada foi de caráter descritivo qualitativo e exploratório por meio de revisão literária. Este pretende contribuir para o campo das pesquisas sobre o TDAH, que se define como um transtorno neurológico, de origem genética de longa duração, persistindo por toda vida e que tem início na infância, comprometendo o funcionamento da pessoa em várias partes de sua vida, se caracterizando por três diferentes grupos de alterações, que são a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade. Para se obter um diagnóstico preciso nas crianças portadoras de TDAH requer que esses sintomas estejam presentes em pelo menos dois ambientes distintos, em casa e na escola principalmente. Os profissionais que assistem a estas crianças devem estar atentos devido aos diversos sintomas que ela apresenta e também as causas ainda não são conhecidas. Estudos mostram que o risco de uma criança ter TDAH é maior em crianças em que os pais são portadores de algum transtorno mental. Para uma criança ser avaliada é importante observar os sinais de desatenção, impulsividade e de hiperatividade que ocorre normalmente em todas as crianças, não apenas nas portadoras de TDAH. É de suma importância para o tratamento da criança com TDAH que exista uma parceria entre os pais e a escola, obedecendo às orientações e adequações juntamente com um acompanhamento clínico, psiquiátrico, psicológico, psicopedagógico e uso da medicação caso seja necessário. A assistência de enfermagem e da equipe multiprofissional é essencial e visa proporcionar a conscientização dos familiares, bem como da criança adoecida sobre a importância do vínculo com seu tratamento.

Palavras-chave: TDAH. Tratamento. Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most prevalent disorders in childhood. There are important differences in cognitive development of children with ADHD compared to children without a diagnosis. From this study described the difficulty and suffering in the lives of people with ADHD. The methodology is descriptive and exploratory qualitative through literature review. This aims to contribute to the field of research on ADHD, which is defined as a neurological disorder of genetic origin of long duration, persisting throughout life and that begins in childhood, affecting the person's functioning in various parts of his life, been characterized by three different groups of amendments, which are inattention, hyperactivity and impulsivity. To obtain an accurate diagnosis in children with ADHD requires that these symptoms are present in at least two different environments, at home and at school mainly. The professionals who attend to these children should be aware that due to the different symptoms it presents and also the causes are not known. Studies show that the risk of a child having ADHD is higher among children whose parents are suffering from some mental disorder. For a child to be evaluated is important to notice signs of inattention, impulsivity and hyperactivity that normally occurs in all children, not just in those with ADHD. It is of utmost importance for the treatment of children with ADHD there is a partnership between parents and schools, following the guidelines and adjustments along with an accompanying clinical, psychiatric, psychological, educational psychology and use of medication if necessary. The nursing and multidisciplinary team is essential and aims to provide awareness of family and child sickened about the importance of the relationship with their treatment.

Keywords: ADHD. Treatment. Nursing care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Imagem típica de posição da criança hiperativa	17
Quadro 1	- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) para Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade	27
Figura 2	- Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência.....	39
Quadro 2	- Planos de Cuidados para Crianças com TDAH	41

LISTA DE TABELA

Tabela 1	- Crianças com maior probabilidade de vir a ter TDAH.....	20
----------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- CID-10 - Classificação Internacional das Doenças -10ª Revisão
- DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª revisão
- TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	14
2.1	Objetivo Geral	14
2.2	Objetivo específico	14
3	METODOLOGIA	15
4	TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE	16
4.1	Breve Histórico	16
4.2	Epidemiologia e etiologia	18
5	DIFICULDADES E COMPLICAÇÕES	23
5.1	Diagnóstico	25
6	TRATAMENTO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO TDAH	31
6.1	Orientações aos pais	33
6.2	Tratamento Medicamentoso	35
6.3	Assistência de enfermagem	38
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
	REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

Pessoas portadoras de dificuldades ou de alguma necessidade especial necessitam constantemente de atenção e apoio que possam ajudá-las a superar as barreiras que enfrentam no dia-a-dia e a se restabelecer no ambiente em que vivem.

A síndrome reconhecida atualmente como Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma das possibilidades diagnósticas quando o profissional encontra-se diante de queixas referentes ao comportamento fora da normalidade daquele esperado para a faixa etária e inteligência, e que acarrete prejuízo para o desenvolvimento da criança em diferentes domínios da integração social.

Atualmente está sendo muito falado de métodos sobre o uso do diagnóstico psiquiátrico para justificar problemas de aprendizagem, comportamento e das dificuldades dos pais para educarem seus filhos. O diagnóstico de TDAH é um bom exemplo.

O TDAH é um transtorno neurológico, com forte influência genética, que pode persistir até a vida adulta em algumas pessoas. Ele é caracterizado em três fatores, tais como a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade. Pode estar associado às conseqüências negativas, como dificuldades no desempenho escolar, entre uma das principais características da doença especial em crianças em que as queixas principais são no desempenho escolar.

Em geral a primeira reação é pensar que são crianças mal educadas e apresentam pais ausentes e com dificuldade de impor limites. É possível que essa impressão esteja correta, por isso deve-se investigar bem devido à possibilidade de ser um problema médico sugestivo de TDAH. Outros distúrbios podem ser apresentar os mesmos sintomas, assim em todos os casos é necessário que haja uma investigação cautelosa com o objetivo de diagnosticar corretamente o problema.

A prevalência da doença de TDAH deveria ser facilmente conhecida, mas é um transtorno que geralmente seu diagnóstico é realizado em conseqüência de um conjunto de sinais e sintomas referentes aos transtornos psiquiátricos que envolvem o pensamento, o comportamento e as atitudes da pessoa e/ou criança comprometida pela patologia. Um ponto importante a ser lembrado é que esse transtorno, apesar de comum, tem sua prevalência em função de precisão

diagnóstica. Na literatura, o TDAH é freqüentemente descrito de maneira não-objetiva quanto à sua delimitação e ao uso de critérios para realizar o diagnóstico, influenciando os dados da prevalência.

A hereditariedade é uma das maiores causas do TDAH, bem como os fatores de riscos associados a problemas mentais maternos, pré-natais, perinatais e os transtornos familiares.

O tratamento inicia-se com o reconhecimento do transtorno sendo uma condição crônica e com intervenções educacionais das crianças e de seus pais, e meios para controlar os efeitos adversos dessa condição que engloba aprendizagem, atuação na escola, interação social e familiar. Os portadores de TDAH apresentam a necessidade de realizarem abordagens comportamentais e medicamentosas. Para o sucesso de um tratamento é necessário que haja atendimento de uma equipe interdisciplinar que deve ser composta pelos professores da criança, o médico pediatra e psiquiatra; psicólogo; psicopedagogos; enfermeiro e entre outros.

O primeiro capítulo apontará o histórico da doença, descrevendo como uma criança se comporta e como ela vive mediante ao transtorno; o segundo capítulo menciona as possíveis complicações e as dificuldades da criança mediante a família e a sociedade e no terceiro capítulo, será apresentado o tratamento, as intervenções realizadas pela equipe multiprofissional e a assistência de enfermagem para as crianças com TDAH.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer melhor o sofrimento infantil dos portadores de TDAH.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer as dificuldades das crianças e de seus familiares.
- Conhecer sobre o tratamento do TDAH.
- O papel da enfermagem para a melhoria no tratamento das crianças com TDAH.

3 METODOLOGIA

A presente proposta foi realizada a partir de um estudo, onde foi mostrado uma dificuldade e sofrimento nas vidas das pessoas, de caráter qualitativo, exploratório por meio de revisão literária. Os materiais foram retirados, da internet, de livros, de monografias, de artigos e teses.

Os critérios escolhidos para a busca de seleção de materiais sobre o tema incluíram prioridade aos materiais que foram publicados no período de 2000 a 2010.

O assunto específico foi o primeiro critério de busca, e utilização das seguintes palavras: TDAH, dificuldades, tratamento e assistência da enfermagem.

O período de coleta e seleção dos dados e materiais realizou-se de fevereiro a setembro de 2010.

Após a coleta e seleção dos materiais, foi feita uma análise sobre o posicionamento e as concepções dos autores que foram discutidos na elaboração do texto deste trabalho.

4 TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: um sofrimento infantil

4.1 Breve histórico

De acordo com Louzã e Elkis (2007) o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) foi descrito há cem anos e três décadas. Acredita-se que a criança portadora desse transtorno intriga os pesquisadores mundialmente e que não há uma única condição clínica, mas várias subsíndromes que se acrescentam.

Hoje as crianças reconhecidas como portadoras de TDAH já foram classificadas sob várias formas: Déficit de Controle Moral, Síndrome da Inquietude, Lesão cerebral Mínima, Reação Hipercinética da Infância, Doença do Déficit de Atenção com e sem hiperatividade (VASCONCELOS et al, 2003 apud BRZOZOWSKI; CAPONI, 2009, p. 1166).

A percepção dos pais quanto à presença do TDAH pode aumentar sensivelmente dependendo do contato com crianças da mesma idade. Possivelmente essas crianças desde idades precoces mostram-se mais irritadiços, com choro fácil, sono agitados e vários despertares noturnos. A partir do primeiro ano de vida podem apresentar agitação psicomotora e necessitam serem vigiados constantemente, pois podem quebrar objetos com frequência e perder o interesse rapidamente por brinquedos ou situações (LOUZÃ; ELKIS; 2007).

Para Holmes (2006) as crianças portadoras de TDAH são incapazes de focalizar sua atenção durante qualquer tempo independente da duração e isto leva a uma variedade de comportamentos impulsivos. Descreve ainda que elas tendam sempre a correr, escalar e falar sem considerar o que é apropriado.

Para Lisboa (2006), crianças com TDAH atuam sem pensar podem interromper outras pessoas e quando contrariadas são capaz até de pegar o brinquedo de outra criança e/ou agredi-la fisicamente.

O TDAH é considerado o diagnóstico psiquiátrico mais comum na infância e se caracteriza por três categorias principais de sintomas que são desatenção, impulsividade e hiperatividade (PERERIRA et al. 2005).

Nos sintomas em que a criança apresenta desatenção, elas deixam de prestar atenção a detalhes e com grande frequência mostra dificuldades em manter atenção em tarefas, em atividades lúdicas, parecem nem ouvir quando lhe dirigem a palavra, não seguem instruções e não terminam seus deveres escolares, evitam e relutam a se envolver com tarefas que exijam esforço constante, perdem objetos com muita facilidade e facilmente são distraídas, com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2009).

Para Rohde e Halper (2004), as crianças hiperativas estão sempre em movimentação e parece não conseguir parar, ficarem quietas, tentam fazer várias coisas ao mesmo tempo. São agitadas, falam muito na escola não param na cadeira apresentam dificuldades de desenvolver atividades mais tranquilas e agitam sempre mãos e pés ou se remexem o tempo todo.



Figura 1– Imagem típica de posição criança hiperativa

Fonte: <http://www.centrodefonoaudiologia.com/tdah/>

Está descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2003) que com frequência estas crianças com TDAH podem se levantar da mesa durante as refeições, se agitarem enquanto assistem televisão ou enquanto fazem os deveres de casa, falam em excesso e podem fazer ruídos demasiados durante atividades tranquilas.

Holmes (2006) menciona que crianças com sintomas de nível de atividade muito alto estão constantemente em movimentos e agem como se fossem dirigidas por um motor de alta velocidade que nunca é desligado. Essas crianças são difíceis de manejar e uma ou duas delas podem rapidamente fazer uma sala de aula se parecer mais com um zoológico.

Os sintomas de impulsividade segundo Brzozowski e Caponi (2009) e Rohde e Halper,(2004) descreve que a criança impulsiva sempre oferece respostas precipitadas antes que as perguntas já tenham sido completadas, tem grande dificuldade de aguardar sua vez e sempre interrompe conversas ou brincadeiras.

Conforme o Diagnostico e estatístico de Saúde mental, quarta revisão (DSM-IV-TR 2003) os indivíduos que apresentam esse transtorno tipicamente realizam comentários inadequados, não obedecem a instruções, iniciam conversas em momentos inoportunos, fazem interrupções em assuntos alheios, pegam coisas que não deveriam tocar e fazem palhaçadas nos momentos mais impróprios. A impulsividade pode levar a acidentes como derrubar objetos, colidir com pessoas e/ou pegar numa panela quente. As crianças com esse tipo de transtorno também podem se envolver em atividades potencialmente perigosas, sem considerar as possíveis conseqüências de colocar-se repetidamente em posições precárias, em lugares altos e/ou andar de “skate” em um terreno extremamente irregular.

Crianças com esse transtorno estão sujeitas a alta taxa de perigos, pois elas não conseguem controlar-se agem por impulso e podem machucar outras pessoas.

Lisboa (2006) refere que o TDAH pode evoluir para um transtorno de conduta, fracasso acadêmico e profissional, depressão e problemas de relacionamento e podem desenvolver na adolescência e/ou idade adulta interesse por uso de drogas.

4.2 Epidemiologia e etiologia

As primeiras referências sobre a hiperatividade e desatenção em literatura estão descritas da metade do século XIX. Entretanto, a nomenclatura desse transtorno vem sofrendo mudanças contínuas. A cada dia aparecem mais crianças acometidas por este transtorno (ROHDE; HALPERN, 2004).

A prevalência para o TDAH variam intensamente avaliados em um mesmo país dependendo do contexto social entre inúmeras variáveis como raça, número de filhos, idade dos pais, nível cultural da família, transtornos psiquiátricos dos familiares, conduta agressiva dos pais, transtorno psiquiátrico da mãe, baixa renda e família desestruturada (GOLFETO; BARBOSA, 2003).

O TDAH afeta aproximadamente de 3% a 5% das crianças em idade escolar, o que representa até 2 milhões de crianças em média, uma em cada sala de aula. O TDAH, afeta pelo menos duas vezes mais meninos do que meninas e as meninas têm maior probabilidade de serem portadoras do TDAH do tipo desatento. Aparece em crianças antes dos sete anos e pode ocorrer em 10% das crianças de escola primária. Os estudos mostram que as crianças crescem e não mais apresentam o transtorno. Há muitos dos sintomas que permanecem até a idade adulta causando sonhos frustrados e angústias emocionais (LISBOA, 2006).

De acordo com Braga e Kunzler (2009) recentemente uma pesquisa sobre a prevalência reconheceu que 5% dos 29 menores com o TDAH podem apresentar o transtorno sem o adequado manejo. Essa condição afeta o desempenho do menor em casa e na escola e desenvolve relações conflituosas com a família e seus professores.

Há alguns anos atrás as crianças não eram diagnosticadas, se quer eram levadas ao médico psiquiatra. As crianças que apresentavam características de TDAH ficavam sem tratamento nenhum e não existia diagnóstico. Porém elas tinham outros nomes como, agitada demais, malcriada e crianças que perderam a vergonha. Até suas próprias mães não entendiam o que era TDAH, elas achavam que se tratava de criança deficiente. A principal causa estaria relacionada aos pais, pelo menos a um deles. As outras causas relacionadas poderiam ser traumas, de quando sofriam violência doméstica, ou até mesmo dificuldades da mãe durante a gestação. (URIBE; ROJAS, 2007).

É de grande importância conhecer as causas e origens das patologias, pois um tratamento eficaz de uma doença sempre será baseado no conhecimento de suas causas ajudando numa possível prevenção para o TDAH. Há uma busca pela causa, pois ainda não foi encontrada uma definitiva, mas se cogitam causas genéticas, nutricionais, desequilíbrio de neurotransmissores e outras (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2009).

Apesar do grande número de estudos, as causas do TDAH não são conhecidas, mesmo assim fatores genéticos e ambientais são possíveis causas desse transtorno. A contribuição genética é substancial, acredita-se que existem genes que sejam responsáveis por uma vulnerabilidade genética ao transtorno, na qual somam diversos agentes ambientais. Assim, o surgimento do TDAH e a evolução podem depender de cada gene como estão agindo e de que maneira cada um está contribuindo para a doença. Vários estudos já foram feitos com famílias com TDAH, nos quais mostraram uma significativa familiar muito grande para esse transtorno. O risco para TDAH é bem maior em crianças que os pais são afetados por algum transtorno em relação à população em que não se é constatado nenhum tipo de transtorno (ROHDE; HALPERN 2004).

Para Kaplan, Sadock e Greb (1997) existem evidências de uma base genética para esse transtorno que inclui a maior concordância em gêmeos monozigóticos do que em gêmeos dizigóticos. Os irmãos de crianças hiperativas têm cerca do dobro do risco para terem o transtorno do que a população em geral. Um irmão pode ter sintomas predominantemente hiperativos e os outros podem apresentar sintomas de desatenção.

Estudos sobre a relação de parentes biológicos principalmente parentes masculinos de crianças hiperativas, tenderam mais a ter sido hiperativos quando crianças do que os parentes adotivos de crianças hiperativas adotadas. Alguns destes resultados estão resumidos na tabela abaixo (HOLMES, 2006).

Tabela 1- Parentes biológicos de crianças com o TDAH tenderam mais a ter o transtorno quando crianças do que parentes adotivos.

	Parentes que tiveram o transtorno quando Crianças (%)		
	Biológicos	Adotivos	Controle
Pais	15,0	8,6	2,4
Mães	5,1	2,9	2,4
Tios	11,7	1,8	0,0
Tias	1,5	0,0	0,0

Fonte: MORRISON; STEWARD, 2006, P. 333.

Conforme Kaplan, Sadock e Greeb (1997) estudos em relação aos sugeriram depois do uso de vários medicamentos que exercem algum efeito sobre o transtorno. As drogas mais usadas nesse transtorno são os estimulantes, estes agem na dopamina quanto na noradrenalina levando a hipóteses de neurotransmissores que incluem uma possível alteração desses transmissores.

Estudos sobre neuroimagem estão sendo publicados nos últimos anos. Uma delas é a ressonância magnética que permite comparação de tamanho e volume de todo o cérebro ou de partes específicas, desde os primeiros exames mostram que crianças com TDAH apresentam diferenças significativas em áreas do lobo frontal em relação as que não tinham essa patologia. A partir daí muitos estudos demonstram que indivíduos afetados apresentam volume cerebral menor em relação a indivíduos sem a afecção (BRAGA ; KUNZLET, 2009).

Kaplan, Sabock e Greeb (1997) referem que ao usarem a tomografia para descobrir uma redução do fluxo sanguíneo cerebral e das taxas metabólicas nos lobos frontais de crianças com TDAH não estariam efetuando adequadamente o mecanismo inibidor nas estruturas inferiores. Para o mesmo autor fatores psicossociais podem estar relacionados com as crianças institucionalizadas que freqüentemente mostram-se ativas e têm fraca atenção. Esses são sinais que resultam da privação emocional prolongada e desaparecem quando esses fatores de privação são removidos como pela adoção ou colocação em um lar intermediário.

Lisboa (2006) menciona que algumas condições podem predispor uma criança ao TDAH como as complicações do parto, como toxemia, trauma crânioencefálico, baixo peso ao nascer, intoxicação por chumbo, exposição a drogas no período intra-uterino e condições neurológicas preexistentes como paralisia cerebral ou epilepsia.

Fatores além do genético também podem estar relacionados nesses déficits, a privação ambiental, exposições infecciosas que também contribuem para o prejuízo cognitivo da criança (SADOCK, 2007).

Muitos fatores ambientais podem estar relacionados com a causa do transtorno. Um fator enfatizado são os aditivos alimentares entre eles corantes, preservantes e aromatizantes. Para o autor a hiperatividade era uma reação alérgica e que tantas quantas 50% das crianças hiperativas poderiam ser retornadas aos níveis normais de funcionamento quando colocadas para fazerem dietas livre de

aditivos. Descreve ainda os efeitos dos aditivos alimentares não são tão poderosos como foram considerados historicamente, mas não ignora nenhum fator que explique até mesmo 5% de um TDAH (HOLMES, 2006).

5 DIFICULDADES E COMPLICAÇÕES

Brzowski e Caponi (2009) mencionam que devido o pai na maioria das vezes trabalhar fora, a mãe torna-se responsável em cuidar da criança, o que gera ausência do pai na vida do filho. Muitas vezes o pai não aceita dividir os problemas que o filho apresenta. Além disso, as famílias com filhos portadores de TDAH não recebem assistência ampla de núcleo social e de seus familiares. A primeira pessoa que possivelmente sente as conseqüências do TDAH não é a criança, mas sim a mãe por estar muito próxima à criança a mãe aos poucos vai sentindo as diferenças e as dificuldades pela mudança do comportamento da criança.

Conforme o autor supracitado essas categorias de doença apresentam conjuntos de sintomas similares que descrevem algumas características consideradas acontecimentos gerados na infância. Alguns dos sintomas mais comuns a todos esses nomes são descritos como baixo desempenho na escola, extroversão extrema, comportamentos violentos, incapacidade de completar tarefas e esquecimento. As crianças que conseguem se relacionar com outras pessoas elas se mostra diferentes na maneira como se expressam verbalmente ou nas próprias atitudes mesmo não sendo violentas são agitadas, falam muito, não param e estão sempre ligadas.

Ao longo do desenvolvimento da criança com TDAH as complicações mais comuns estão relacionadas à difíceis relacionamentos com familiares e colegas, desenvolvimento de ansiedade, depressão, baixa alta estima, problemas de conduta e delinqüência, experimentação e abuso de drogas precoces, acidentes de carro e multas por excesso de velocidade. Pode ainda haver dificuldades de relacionamento na vida adulta, no casamento e no trabalho (ROHDE; HALPERN 2004).

Conforme Braga, Hua e kunzler (2009), o TDAH é um caso clínico de alta prevalência de co-morbidade. Estas são as mais comuns como transtornos de aprendizagem (25% a 50%); ansiedade (37%); depressão (28%); transtorno bipolar (12%); transtorno opositivo desafiante (40% a 59%); transtorno de conduta (14% a 43%); transtorno de uso de substâncias psicoativas (5% a 40%). Os mesmos autores relatam ainda que os estudantes com esse tipo de transtorno estão em risco de terem baixo desempenho acadêmico, possibilidade de repetir alguma série,

desistir durante o ensino médio, receber expulsão. Muitos deles necessitam freqüentar um ensino especial e a maioria deles nem chegam a se formar.

Pastura, Mattos e Araújo (2005), descrevem que para a criança ter um bom desempenho escolar existe diversos fatores, como as condições da escola entre elas estrutura física, capacidade pedagógica e qualificação dos professores. A família deve interagir com a escola e a presença dos pais é fundamental para essa interação. A dificuldade de aprendizado não é sinônimo de transtorno de aprendizado, o termo transtorno de aprendizagem é reservado aos transtornos de leitura como pessoas com dislexia ou expressão de escrita ou da matemática em que há diversas formas de se relacionar com a dificuldade de uma criança. Ela pode não conseguir se concentrar, se esquecer facilmente do que se foi ensinado.

O mesmo autor afirma que crianças com o TDAH apresentam dificuldades no desempenho escolar. Estudos realizados sobre essa questão foram analisados e foi observado o desempenho escolar de 140 crianças, sendo que mais de 50% necessitaram de aulas particulares e cerca de 30% foi alocada em classes especiais ou foi reprovada. Em outro estudo realizado em escola da cidade de Porto Alegre observou-se que 87% dos portadores de TDAH já tinham repetido a mesma série mais de uma vez, comparando a 30% dos não portadores.

Conforme Brzozowski e Caponi (2009) muitas crianças podem incorporar a incapacidade, e a doença considerando-se pouco inteligentes. Assim, elas são deixadas fora de sua normalidade. Elas são normais, mas com o passar do tempo, se não forem acompanhadas e tratadas podem se tornar muito mais doentes. Pode-se pensar que crianças com TDAH deixadas sem acompanhamento poderão se transformar em crianças doentes pelo transtorno e doentes por comprometimento corporal e ter mais dificuldades nos relacionamentos familiares e sociais deixando que o transtorno fique cada vez mais anormal.

Holmes (2006) apresenta um estudo realizado com as amostra específicas, tendo vários instrumentos utilizados, que permite as seguintes conclusões: Crianças com TDAH possuem indicadores de capacidade de produção e desempenho em índice menor do que as crianças sem este déficit. Crianças com TDAH apresentam indicadores de impulsividade e dificuldade de controle emocional em índice mais elevado do que as crianças sem este transtorno. Crianças portadoras de TDAH tendem a aumentar o nível de ansiedade, diante de situação de grandes

ansiedades, tornando-se mais apreensivas, tensas e inseguras do que as consideradas normais. Por essas crianças estarem nessas situações de dificuldades, agitação, e por não conseguirem parar quietas, isto pode gerar nela um desconforto enorme e é claro que ficam cada vez mais ansiosas.

5.1 Diagnóstico

Para Calimam 2008, as dificuldades em traçar as distinções entre a criança desatenta, a criança impulsiva e a criança hiperativa normal e a anormal são ainda maiores quando se considera os sintomas do TDAH e seus inúmeros comprometimentos. Para melhor compreender as crianças portadoras de TDAH é necessário conhecer como funciona o seu desenvolvimento, as características apresentadas como consequência desse distúrbio e como ela se diferencia das crianças consideradas normais. A criança tem aparência normal, não há nenhum sinal exterior de que algo esteja fisicamente errado com o sistema nervoso central ou com seu cérebro, ela pode ter uma inteligência normal o que dificulta o diagnóstico.

De acordo com Pereira, Araújo e Mattos (2005) normalmente o diagnóstico é feito na faixa etária escolar. É uma época em que os sintomas de hiperatividade e desatenção freqüentemente não deixam que as crianças fiquem em condições favoráveis para aprenderem.

Para uma criança ser avaliada como sendo portadora do TDAH é importante se ter em mente que certo grau de desatenção e hiperatividade ocorre normalmente nas pessoas (BONOTO, 2008).

Segundo Brzozowski e Caponi (2009) o diagnóstico é feito por classificações quando lhe é atribuído certo número de características que a criança não apresentava, ele é feito por meio de um conjunto de sintomas apresentados pela criança onde será traduzido e interpretado pelo profissional médico.

O diagnóstico é formulado com a história clínica, a qual se observa o comportamento atual da criança e o relato dos pais e dos professores sobre o funcionamento da criança nos variados ambientes em que ela vive. Não se baseia

em exames complementares, mas em critérios claros e bem definidos (BRAGA; HUA e KUNZLER, 2009).

Para Caliman (1998) as controvérsias em torno do diagnóstico do TDAH nascem inicialmente de sua face interna. Os sintomas que determinam o transtorno (desatenção, impulsividade e hiperatividade) são em menor grau traços comuns da natureza humana. Todo indivíduo é, em certa medida, um pouco desatento, impulsivo, desorganizado e nem sempre conclui as tarefas almejadas, principalmente quando o sujeito em questão é uma criança de seis ou sete anos de idade.

Segundo o autor supracitado, para os teóricos do TDAH do campo neuropsiquiátrico, o que diferencia a patologia da atenção e do autocontrole da normalidade e de superação positiva do normal não é uma mudança qualitativa e sim, temporal e de intensidade. Este é um aspecto extremamente controverso na definição do TDAH do qual para que o diagnóstico seja definido, seus sintomas devem ser quantitativamente anormais o que os torna significativos e de grande intensidade.

Conforme Knapp (2004) os critérios para classificar o TDAH são provenientes de sistemas classificatórios como a Classificação Internacional das Doenças – décima revisão (CID-10) ou Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – quarta revisão (DSM-IV), independente do sistema classificatório as crianças com esse transtorno são visivelmente reconhecidas em consultórios, colégios e em casa.

De acordo com a CID - 10 (1993) esse transtorno é denominado de Transtornos Hiperativos (F-90) e subdividido em transtorno de conduta Hiperativa (F- 90.1) e transtorno Hiperativo não específico (F-90.9). Esse grupo de transtorno é caracterizado por início precoce, com um comportamento hiperativo, desatenção e falta de envolvimento persistente nas tarefas e conduta evasiva nas situações e persistência no tempo destas características de comportamento.

Para classificar o Transtorno Hiperativo segundo a CID - 10, é fundamental a criança ter a atenção comprometida (que é manifestada por interromper tarefas prematuramente e por deixar atividades inacabadas) e hiperatividade (que implica em inquietação excessiva, em especial em situações que requerem calma). Ambas são necessárias e devem ser evidentes em mais de uma situação, como em casa e na clínica.

De acordo com Pereira, Araújo e Mattos (2005) o DSM-IV estabelece a necessidade de pelo menos seis sintomas de desatenção ou seis de hiperatividade e impulsividade para o diagnóstico de TDAH como está descrito abaixo.

Desatenção

Falha para prestar atenção a detalhes

Dificuldades para manter atenção sustentada nas tarefas

Freqüentemente parece não escutar quando se fala diretamente com ele (a)

Freqüentemente não segue instruções ou falha na finalização de tarefas

Tem dificuldade para organizar tarefas ou atividade

Freqüentemente perde coisas necessárias para a realização de tarefas

É facilmente distraído por estímulos externos

É freqüentemente esquecido em atividades diárias

Hiperatividade

Mexe os membros com freqüência ou se move na cadeira

Levanta-se da cadeira na sala de aula ou em outros locais onde é esperado que permaneça sentado

Corre ou sobe excessivamente nas coisas

Tem dificuldades para brincar calmamente

Está freqüentemente "a ponto de" e parece "ligado em um motor"

Fala excessivamente

Impulsividade

Explode em respostas antes das questões serem completadas

Tem dificuldades em esperar a sua vez

Freqüentemente interrompe os outro

Quadro 1 – Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade TDAH.

Fonte: PEREIRA; ARAÚJO; MATTOS, 2005, p. 392.

De acordo com Barbosa (2001), o aspecto mais importante do processo do diagnóstico é um cuidadoso histórico clínico. A avaliação desse transtorno inclui freqüentemente um levantamento social e emocional da criança. Para obter um diagnóstico preciso é necessário observar o histórico familiar, o desenvolvimento da família e da criança, pois são fundamentais as informações dos problemas que já tiveram quais os métodos utilizados para impor disciplina e quais os sinais precoces de temperamento da criança. A inteligência é um fator de extrema importância, pois as crianças podem apresentar problemas de hiperatividade, impulsividade e desatenção como resultado de frustrações. O diagnóstico também pode envolver avaliações complementares com outros profissionais, como uma avaliação auditiva e visual, devido algumas dificuldades poderem ocorrer déficits sensoriais. Deve-se recorrer à escola em busca de auxílio dos educadores para avaliar a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade. É também necessário ter uma avaliação neurológica, psicológica e psicopedagógica para formulação de um diagnóstico correto.

No que se refere na realização do diagnóstico do TDAH é necessário contextualizar os sintomas na história de vida da criança. Algumas dicas que direcionam a presença do transtorno são.

- [...] 1. Duração dos sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade, crianças com TDAH apresentam uma história de vida desde a idade pré escolar com a presença de sintomas, ou um período de diversos meses de sintomatologia intensa.
2. Freqüência e intensidade dos sintomas.
3. Persistência dos sintomas em vários locais e ao longo do tempo como: escola e casa e manter-se constantes ao longo do período avaliado. Sintomas que ocorrem apenas em casa ou somente na escola devem alertar o clínico para a possibilidade de que a desatenção, hiperatividade ou impulsividade sejam apenas sintomas de uma situação familiar caótica ou de um sistema de ensino inadequado.
4. Entendimento do significado do sintoma. Para o diagnóstico de TDAH, é necessária uma avaliação cuidadosa de cada sintoma e não somente a listagem de sintomas. Por exemplo, uma criança pode ter dificuldades de seguir instruções por um comportamento de oposição e desafio aos pais e professores, caracterizando muito mais um sintoma de transtorno desafiador de oposição do que TDAH (KNAPP; LYKOWSKI; CARIM, 2004, P. 361).

Conforme Rohde e Halpern (2004) nos consultórios pediátricos uma das queixas mais comuns é a falta de concentração ou a hiperatividade apenas na escola, o que indica mais uma dificuldade de aprendizado do que um transtorno da

atenção. O médico deve estar em alerta para a história perinatal, em que várias pesquisas apontam para uma maior prevalência desse transtorno em crianças pré-termo e de baixo peso ao nascer. A identificação do grupo de risco tem grande importância para a identificação precoce de sinais e sintomas que possam orientar para um possível diagnóstico de TDAH.

Quando o médico for fazer a avaliação da criança para estabelecer o diagnóstico, ele deve extrair o histórico em uma entrevista utilizando perguntas abertas que focalizam comportamentos específicos ou deve usar escalas específicas para avaliação do TDAH que são sensíveis e específicas para chegar ao diagnóstico. Entre as escalas disponíveis encontram-se os questionários de Conners e os formulários de Vanderbilt são dois questionários comumente utilizados com os professores e pais (KLIEGMAN, R. et al. 2006).

Para auxiliar professores que suspeitam de um aluno ser hiperativo, é sugerido que este seja convidado a responder um questionário com as seguintes questões:

a) comparada aos colegas de sala é agitada? b) acompanha o ritmo da classe? c) expressa-se claramente? d) se distrai com qualquer coisa? e) perde ou esquece objetos? f) presta atenção por muito tempo numa explicação? g) não termina a tarefa que começa? h) age sem prudência? i) irrita os colegas?. Se a criança fosse hiperativa as prováveis respostas seriam a) sim. b) não consegue acompanhar. c) não. d) sim, com muita facilidade. e) sim. f) não, interrompe ou se distrai. g) sim, com frequência. h) sim (BONOTO, 2008, P. 77).

No que se refere sobre a fonte da coleta, sabe-se que existe baixa concordância entre informações (criança, pais e professores). Os pais parecem ser bons informantes, os professores tendem a super informar os sintomas principalmente quando há presença de outro transtorno do comportamento associado. Deve ser realizada uma entrevista adequada ao nível de desenvolvimento da criança em que deve ser avaliada sua percepção sobre a presença dos sintomas. A ausência de sintomas da criança no consultório médico não exclui o diagnóstico. As crianças com TDAH são capazes de controlar os sintomas com esforço voluntário. Por isso muitas vezes conseguem ficar horas na frente do computador, mas não mais que poucos minutos na frente de um livro em casa ou na sala de aula (KNAPP, 2004).

De acordo com Rohde e Halpern (2004) durante a avaliação do pediatra ele não deve perder de vista o aspecto do desenvolvimento da criança, que vai além da vulnerabilidade biológica para o TDAH. As interações da criança com o meio social e familiar podem ajudar de forma decisiva para o diagnóstico, além de ser determinantes da qualidade e do sucesso da intervenção.

6 TRATAMENTO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO TDAH

O tratamento para o TDAH tem início com o reconhecimento do transtorno, sendo que este é uma condição crônica e com intervenções educacionais das crianças e de seus pais, em que deve haver meios de intervenções para controlar os efeitos adversos dessa condição que engloba aprendizagem, atuação na escola, interação sociais e familiares. Os portadores de TDAH contam com abordagens comportamentais e medicamentosas. As abordagens comportamentais são eficazes para proporcionar estrutura, rotina e metas de comportamentos adequados. Algumas crianças contam com aconselhamento social especializado ou são submetidas a tratamento em saúde mental para ajudá-las a modificar seu comportamento ou preservar sua auto-estima (KLIEGMAN et al., 2006)

As auto-estimas dessas crianças estão rebaixadas, devido o isolamento social que elas acabam apresentando por causa da maneira como elas tentam estabelecer as suas relações, lembrando que a maior parte de suas atitudes e ações são vistas como inadequadas. E tudo isso, ainda é acentuado pelas frustrações que elas têm por não conseguirem realizar atividades escolares com os colegas (SILVA; SOUZA, (2005).

Holmes (2001) relata que as abordagens psicológicas giram em torno de ensinar às crianças procedimentos de auto-instrução que são projetados para ajudá-las a focalizar sua atenção e melhorar o autocontrole.

A educação escolar é essencial para o desenvolvimento emocional e cognitivo das crianças, o professor deve conhecer as características do transtorno, bem como buscar uma melhor adequação dos recursos pedagógicos durante as aulas, com o objetivo de diminuir as tensões entre os atores desse processo. A escola e a família devem trabalhar em conjunto com os portadores de TDAH auxiliando esses em seu tratamento (BONOTO, 2008).

Silva e Souza (2002), afirmam que a partir do momento em que a criança começa a freqüentar a escola é observado o transtorno. Uma explicação seria pela dificuldade que a criança demonstra em realizar algumas tarefas solicitadas pela professora. A escola tem um papel essencial para o desenvolvimento global da

criança. As crianças portadoras de TDAH precisam ter o convívio social com os colegas da mesma idade, aprender a lidar com regras, com a estrutura e com os limites de uma educação organizada em pequena escala. A escola representa a sociedade em que irão viver quando chegarem à idade adulta.

No momento em que uma criança for diagnosticada com o TDAH, o professor deve ser orientado a dispor de um atendimento diferenciado. Ele deve avaliar seus pontos fortes e as dificuldades que a criança apresenta para a realização do atendimento especial. É primordial que o professor tenha conhecimento das necessidades da criança, das dificuldades de concentração que este apresenta por tempo prolongado, assim como das limitações para realizar as tarefas propostas. (BONOTO, 2008).

Conforme Rohde e Halpern (2004) os professores devem ser instruídos para a necessidade de uma sala de aula que tenha menor número de alunos. Os alunos devem sentar-se o mais próximo do professor, distante da janela e devem ser retirados objetos da sala que possam desviar a atenção do aluno. Durante as atividades realizadas devesse ter intervalos maiores e o aluno deverá receber o máximo de atendimento individualizado.

Para Rief (1993) a criança com TDAH não deverá receber críticas em excesso, em algumas atividades ela não será capaz de sintetizar estas críticas o que poderá fragilizar sua auto-estima. A criança deverá ser sempre incentivada com frases como: “se você não compreender, peça para que eu explique outra vez.” O professor não deve concordar com o comportamento sem limite da criança, aos poucos ela deve entender que não pode aborrecer os colegas, falar em hora errada e levantar-se constantemente. Caso seja necessário, deverão ser planejadas avaliações especiais e os deveres de casa merecem atenção diferenciada.

Uma das dificuldades enfrentadas pelo aluno com TDAH e sua família é a realização do dever de casa. Ao passar uma lição de casa, os professores devem lembrar que o tempo que um estudante com TDAH leva para fazer essa tarefa pode ser de três a quatro vezes maior que seus colegas, é necessário fazer adequações para que a quantidade de trabalho não exceda o limite da possibilidade. (RIEF,1993, s.p. apud BONOTO, 2008, p. 78).

De acordo com o autor supracitado é essencial deixar claro para a criança que a tarefa de casa mostra como finalidade de reforçar e exercitar o que foi

explicado em sala de aula e jamais usá-lo como castigo ou como consequência de mau comportamento na escola.

Para Teixeira (2008) os professores devem ter atitudes de encorajamento com essas crianças, elas desanimam com frequência. É importante que a criança se sinta valorizada, tenha responsabilidades, sendo essencial o início de tarefas simples em seguida adaptando para as mais difíceis. A comunicação com os pais é imprescindível, pois eles sabem o que funciona melhor para seus filhos. “As instruções a serem dadas, devem ser claras e transmitidas uma de cada vez, proporcionar organização e constância como regra bem definidas, sempre a mesma arrumação das carteiras, entre outras”. As crianças com esse transtorno não compreendem demonstrações de autoridade, é necessário criar um ambiente acolhedor pelo professor e por parte dos colegas, caso contrário podem tornar-se mais desobedientes. É melhor identificar ações preventivas e evitar o confronto.

Durante determinados momentos, crianças com o TDAH necessitam de reforço de conteúdo em algumas disciplinas. Isso acontece porque elas já apresentam lacunas no aprendizado no momento do diagnóstico, em outros momentos é necessário um acompanhamento psicopedagógico com enfoque no aprendizado como, por exemplo, nos casos ligados à organização e ao planejamento do tempo das atividades. O tratamento reeducativo psicomotor pode ser indicado para melhorar o controle do movimento (ROHDE; HALPERN, 2004).

6.1 Orientações aos pais

De acordo com Teixeira (2008), a criatividade dos pais tem grande relevância nesse contexto. Ao tentar resolver os problemas, eles devem ser orientados quanto à atitudes cautelosas que visam estas crianças com TDAH modificar o comportamento. Muitos pais querem resolver tudo de uma só vez, mas não é dessa forma. Resolver as dificuldades desse modo só levará a um desgaste familiar com pouco resultado. A criança conduzirá para o lado de que estaria sempre sendo chamado a atenção para as coisas erradas, o que leva à um sentimento de frustração. Faz-se necessário ter paciência para conseguir que a criança mude seu comportamento.

Bonoto (2008) observa e descreve que ser mãe de uma criança hiperativa não é fácil, ter que conviver com uma criança que não atende ao que é ensinado, está sempre derrubando as coisas, é difícil não ficar irritada. O importante é que os pais consigam prever com precisão o comportamento do filho hiperativo diante de situações com problemas, evitando o conflito. É necessário que os pais falem o mais suavemente com seus filhos, devido à criança hiperativa ter um humor flutuante que proporciona discussões com os pais por qualquer motivo. Os pais devem procurar refletir sobre como seu filho pode estar se sentindo quando não consegue corresponder às suas expectativas e o seu comportamento leva muitas vezes os pais a reagirem bruscamente o que dificulta a interação familiar, pois geralmente os pais são modelos para seus filhos. Esses precisam ser orientados quanto aos sintomas que os filhos apresentam com intuito que eles aprendam a lidar com as dificuldades dos filhos. É preciso que eles conheçam as melhores estratégias para poderem auxiliar seus filhos na organização e no planejamento das atividades diárias.

Silva e Souza (2005) relatam que é importante ressaltar a possibilidade do sentimento de negação que estes pais e familiares podem apresentar diante das dificuldades e limitações que estas crianças possam manifestar. Aconselhar a família é essencial para ajudarem os pais a compreender as fontes de ansiedade que a criança manifesta. Dessa forma, o apoio psicológico em ocasiões desagradáveis é crucial por parte dos familiares.

Essas crianças precisam de um ambiente calmo e sem maiores estímulos visual para estudarem. O estudo deve ser algo que a criança sinta prazer em realizar um planejamento de estudo deverá ser feito. Sugere-se que seja semanal e não mensal para que se possa reavaliar e modificar com freqüência. A duração do tempo de estudo deverá ser estabelecida lembrando que a criança necessita de um tempo para diversões. Os pais devem estabelecer regras e limites dentro de casa para avaliar as tarefas executadas mais pela qualidade e menos pela quantidade. O importante é que os conceitos sejam aprendidos (TEIXEIRA, 2008).

De acordo com Bonoto (2008) em relação à criança hiperativa, os pais devem ser instruídos a terem cuidados complementares para diminuir as dificuldades comportamentais dos hiperativos como uma alimentação livre de substâncias como corantes, conservantes, cafeína e chocolate. Os pais devem evitar que seus filhos ingiram em maiores quantidades alimentos que contém salicilatos, como amêndoa,

cereja, uva, laranja e pimenta devida eles contribuem para a hiperatividade. As crianças devem ter horários definidos para alimentação, para dormir, para realizarem tarefas escolares e para diversões. Esses devem ser estimulados à participar de projetos que favoreçam sua concentração como fixar fotos em álbum familiar, álbum de figurinhas, sendo necessário auxílio para que ele termine. Dessa forma, supõe-se que quando a criança finaliza o projeto ele terá sensação de competência e como resultado terá sua auto-estima aumentada.

6.2 - Tratamento medicamentoso

Para Rode e Halpern (2004), recentemente o subcomitê sobre TDAH da Academia Americana de Pediatria divulgou diretrizes que ajudaram o pediatra clínico à lidar no tratamento do transtorno, no qual abordou cinco princípios básicos.

- 1) O pediatra deve estabelecer um programa de tratamento que reconheça o TDAH como uma condição crônica.
- 2) O pediatra, em conjunto com os pais, a criança e a escola, deve especificar os objetivos a serem alcançados em termos de evolução do tratamento para guiar o manejo.
- 3) O pediatra deve recomendar o uso de medicação estimulante e/ou tratamento comportamental quando apropriada para melhorar sintomas-alvo em crianças com TDAH.
- 4) Quando o manejo selecionado não atingir os objetivos propostos, o pediatra deve reavaliar o diagnóstico original, verificar se foram usados todos os tratamentos apropriados, a aderência a tratamento e a presença de comorbidades.
- 5) O pediatra deve sistematicamente prover um retorno para a criança com TDAH, monitorando objetivos propostos e eventos adversos através de informações obtidas com a criança, a família e a escola (RODE; HALPERN, 2004, p. 6)

A abordagem nas intervenções psicofarmacológicas no tratamento do TDAH em geral envolve a administração de drogas, ao contrário do que se poderia esperar, as drogas que são utilizadas para acalmar crianças hiperativas são na realidade estimulantes. Os medicamentos exercem um efeito paradoxal, “as drogas parecem funcionar porque estimulam atividade nas áreas inibidoras do cérebro e esta atividade então reduz o comportamento motor e a distratibilidade” (HOLMES, 2001).

Conforme descreve Williams e Wilkins (2006), os estimulantes que mais tem sido usado efetivamente para controlar os sintomas desse transtorno são

dextroanfetamina (Dexadrina), metilfenidato (Ritalina) e pemolina (Cylert). Em muitos pacientes esses medicamentos diminuem drasticamente a hiperatividade e melhoram sua capacidade de concentração, aprendizado e trabalho.

De acordo com Holmes (2006) com relação ao uso das drogas inicialmente deve-se ter cuidado para não usar o medicamento, a menos que elas sejam realmente necessárias. Investigações de professores e pais apontam que eles consideram aproximadamente 50% de todas as crianças como inquietas, distraídas, mas é improvável que todas tenham o TDAH. Seria desnecessário medicá-las e muito menos usar a droga como um substituto para cuidados parenterais apropriados e disciplina na escola.

A droga de primeira escolha é o Metilfenidato sendo um medicamento de curta ação, geralmente ele é usado com o intuito de agir durante as horas da escola, com a pretensão de que as crianças possam realizar as tarefas e ficarem dentro das salas de aula (ROHDE; HALPERN, 2004).

De acordo com os autores supracitados a dose terapêutica normalmente se situa na faixa de 20 a 60 mg/dia, a meia vida do medicamento é curta em torno de 3 a 4 horas. Pode-se utilizar o esquema de administração de três doses por dia. Recomenda-se uma última dose ao final da tarde por ser importante naqueles pacientes com tarefas que necessitem demanda atencional no final da tarde. Alguns pacientes não toleram a terceira dose, pois pode haver manifestação de insônia e esses podem ser candidatos a receberem a medicação somente duas vezes ao dia.

Kliegman et al. (2006), relatam que a redução de apetite, insônia, cefaléia e dores abdominais são os principais efeitos colaterais do metilfenidato, esses efeitos adversos podem ser normalmente controlados pelo ajuste cauteloso da dose e do horário de administração do medicamento.

Quando a criança manifestar insônia deve-se evitar o uso da medicação muito perto ao horário em que ela for deitar-se. Também deverá administrar doses mais altas pela manhã e menores próximo ao final do dia. Paralelamente pode ocorrer diminuição do apetite, e dor abdominal, o que pode comprometer a ingestão alimentar. Pode não ser fácil controlar, contudo devem-se orientar os pais a oferecer o medicamento durante as refeições e verificar a possibilidade do médico reduzir a dosagem do medicamento temporariamente. É essencial reafirmar a natureza temporária do efeito colateral aos pais que procuram assistência sem saber mais o que fazer para que seus filhos voltem a se alimentar corretamente. A cefaléia

quando presente deve ser tratada com o uso de analgésicos (PASTURA; MATTOS, 2004).

Em pacientes que apresentam histórias de tiques motores, deve-se ter cuidado, já que em alguns casos o metilfenidato pode gerar uma exacerbação do transtorno do tique. Esse medicamento está associado com supressão do crescimento, mas os pacientes tendem a compensar o crescimento quando são autorizadas a fazerem feriados do medicamento durante as férias de verão ou em fins de semana (KAPLAN; SADOCK; GREEB, 1997).

Os efeitos colaterais em longo prazo de maior importância do metilfenidato incluem dependência, efeitos cardiovasculares e possível redução da estatura. O risco de abuso pelo paciente é considerado raro, mas há relato de uso indevido por parte de familiares e amigos. Estudos realizados descrevem as principais manifestações clínicas causadas pela overdose do medicamento, tais como agitação, alucinações, letargia, hipertensão e crise convulsiva. As alucinações podem ser tratadas com antipsicóticos. A lavagem gástrica pode ser feita no caso de ingestão oral alta e bloqueadores do canal de cálcio para a hipertensão. Os efeitos cardiovasculares do metilfenidato são passageiros, logo após o uso do medicamento observa-se uma pequena elevação da pressão arterial, da frequência cardíaca e da frequência respiratória, visto que tais alterações não permanecem ao longo do tempo.

Conforme KLIEGMAN et al. (2006) os medicamentos não-estimulantes como os antidepressivos tricíclicos e a bupropiona podem ter bons resultados em pacientes que não tenham reagido bem a medicamentos estimulantes, mas devem ser prescritos por profissional de saúde, exclusivamente o médico. A clonitidina também pode ser útil em crianças com TDAH, principalmente para aquelas que apresentam distúrbios do sono.

Os antidepressivos tricíclicos são prescritos na presença de co-morbidades com tiques ou com enurese. Para o uso, deve-se seguir o protocolo de monitorização que incluem a realização do eletrocardiograma e a verificação da frequência cardíaca durante a terapia medicamentosa. O tratamento medicamento apresenta um efeito protetor em até 50% dos casos em crianças e adolescentes contra o abuso de álcool e drogas (BRAGA; HUA; KUNZLER, 2009).

Pastura e Mattos (2004) abordam algumas estratégias para a administração dos efeitos colaterais que englobam observá-lo para averiguar se houve o efeito

adverso do medicamento ou se é por outra condição, como por exemplo, dor abdominal devido à uma verminose. Caso a criança manifeste falta de apetite, o uso de metilfenidato deverá ser de curta ação, o que poderá facilitar o manejo do tempo de ação do medicamento.

6.3 - Assistência de Enfermagem

O papel do enfermeiro diante da sociedade é primordial e visa contribuir para que o paciente reencontre o equilíbrio dinâmico. A enfermagem na assistência à pessoas com transtorno mental deve reunir algumas características como prestar cuidados globais e não somente de aspectos instrumentais sendo preciso avaliar os aspectos psicossociais e espirituais. A participação da rotina diária dos pacientes a observação e coleta de dados para o diagnóstico, tratamento e reabilitação do indivíduo, é uma das principais atribuições do enfermeiro. A enfermagem consiste em cuidar do indivíduo doente ou sadio e deve ajudá-lo na execução das atividades diárias (MACHADO et al. 2005).

A enfermagem é de grande relevância no atendimento e tratamento a crianças e adolescentes que apresentam transtornos mentais. De acordo com o Ministério da Saúde a Portaria nº 336/GM, confere ao CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial tipo infantil) em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Incluem nessa classificação os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2004).

De acordo com Oliveira (2009), o CAPSi é considerado uma organização composta por uma equipe multiprofissional, a qual trabalha com o objetivo de tratar de forma mais humanizada os indivíduos com transtornos mentais.

A equipe do CAPSi deve ser constituída por um médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e cinco profissionais de nível médico:

técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.(BRASIL, 2004).

O papel do enfermeiro no CAPSi é integrar-se à equipe para o atendimento multiprofissional das crianças portadoras de TDAH e visa o acolhimento, a consulta de enfermagem e o acompanhamento do tratamento auxiliando principalmente a família com a administração da medicação e as orientações quanto aos efeitos adversos.

A assistência prestada no CAPSi engloba atendimento individual, grupal, familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades sócio culturais e esportivas, Elas devem ser direcionadas para a faixa etária a quem se destina atender. Assim, por exemplo, as atividades de inserção social devem privilegiar aquelas relacionadas à escola (BRASIL, 2004).



Figura 2 - Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência

Fonte: <http://www.centrofonaudiologia.com/tdah/>

De acordo com Williams e Wilkins (2006) a assistência de enfermagem a criança com TDAH, deve ser uma relação de confiança e aceitação. A criança deverá ser encorajada a falar de suas dificuldades e sentimentos, manter um ambiente seguro e calmo que diminua ao máximo a estimulação e as distrações para que elas consigam permanecer em controle. A impulsividade da criança deve ser aliviada. A enfermagem orienta a criança sobre aprender a esperar, aguardar na fila e a obedecer as regras. Deve-se trabalhar com as crianças para dividir as tarefas em etapas passíveis de serem executadas de modo que ela tenha maiores chances de terminá-las com sucesso.

De acordo com o autor supracitado as orientações de enfermagem na administração do Metilfenidato, incluem.

- *Dar durante as refeições para reduzir a um mínimo a anorexia.
- *Administrar pelo menos 6 horas antes da hora de dormir.
- *Monitorar os parâmetros de crescimento.
- *Monitorar os sinais vitais.
- * Monitorar quanto a tiques.
- *Monitorar quanto a depressão.
- *Estar ciente de que as drogas estimulantes têm grande potencial de abuso.(WILLIAMS; WILKINS, 2006, P. 61).

Os pais devem ser orientados à evitar medicações vendidas sem receita médica durante o período que a criança estiver recebendo drogas estimulantes. A enfermagem deve assegurar que os pais saibam que a droga não deve ser retirada repentinamente. A retirada deve ser gradual e sob a orientação do médico. Em crianças com distúrbios do comportamento, sugere-se tentar um feriado medicamentoso periodicamente, sob a orientação do médico, para verificar a eficácia da medicação e a necessidade de permanência. A enfermagem avalia o estado mental da criança quanto a alterações do humor, nível de atividade, grau de estimulação e agressividade, contribui para manter o ambiente o mais tranquilo possível para desencorajar a estimulação excessiva (TOWNSEND, 2002).

Conforme o autor supracitado Townsend et al, (2002) as crianças hiperativas apresentam dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias e resistência em obedecer a normas sociais. Elas apresentam um risco de lesão relacionado ao comportamento impulsivo e propenso a acidentes e a incapacidade de perceber danos a si próprios. Os mesmos autores citam alguns diagnósticos de enfermagem e prescrição que orientam as intervenções que podem ser feitas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: RISCO DE LESÃO**RELACIONADO A:** Comportamento impulsivo e propenso a acidentes e à incapacidade de perceber os danos à própria pessoa

Critério dos Objetivos	Prescrição de Enfermagem	Justificativa
Cliente estará livre de lesões	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assegurar que o cliente tenha um ambiente seguro. Remover objetos da área imediata em que o cliente poderia se ferir em consequência de movimentos hiperativos ao acaso. 2. Identificar os comportamentos deliberados que colocam a criança em riscos de lesões. Instituir consequências para a repetição do comportamento. 3. Caso haja um risco de lesão associado a atividades terapêuticas específicas, proporcionar supervisão e ajuda adequadas ou limitar a participação do cliente caso não seja possível a supervisão adequada. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Objetos que são apropriados para a vida cotidiana podem ser perigosos para crianças cujas atividades motoras estão fora do controle. 2. O comportamento pode ser modificado pelo reforço negativo. 3. A segurança do cliente é uma prioridade da enfermagem.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: INTERAÇÃO SOCIAL ALTERADA**RELACIONADO A:** Comportamento invasivo e imaturo

Critério dos Objetivos	Prescrições de Enfermagem	Justificativa
Cliente observará limites estabelecidos para o comportamento invasivo e demonstrará capacidade de interagir de modo apropriado com os outros	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desenvolver uma relação de confiança com a criança. Transmitir aceitação da criança separadamente ao comportamento inaceitável. 2. Discutir com o cliente quais são os comportamentos aceitáveis e quais não são. Descrever de maneira simples e direta as consequências do comportamento inaceitável. Dar seqüência. 3. Proporcionar ao cliente situações de grupo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. A aceitação incondicional aumenta os sentimentos de dignidade pessoal. 2. O reforço negativo pode alterar comportamentos indesejáveis. 3. Um comportamento social apropriado é freqüentemente aprendido a partir do <i>feedback</i> positivo e negativo dos colegas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: DISTURBIO DA AUTO-ESTIMA**RELACIONADO A:** Sistema familiar disfuncional

Critério dos Objetivos	Prescrições de Enfermagem	Justificativa
Cliente demonstrará sentimentos de dignidade pessoal mais fortes, verbalizando declarações positivas sobre si mesmo e apresentando menos comportamentos de exigência.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assegurar que os objetivos sejam realistas. 2. Planejar atividades que dêem oportunidade para o sucesso 3. Transmitir aceitação incondicional e consideração positiva. 4. Proporcionar reconhecimento dos esforços bem-sucedidos e reforço positivo às tentativas feitas. Dar <i>feedback</i> positivo imediato para o comportamento aceitável. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Objetivos não realistas conduzem o cliente ao fracasso, o que diminui a auto-estima. 2. O sucesso aumenta a auto-estima 3. A afirmação do cliente como um ser humano digno pode aumentar a auto-estima. 4. O reforço positivo aumenta a auto-estima e pode aumentar os comportamentos desejados.

Quadro 2- Planos de cuidados para crianças com DTAH**Fonte:** TOWNSEND, 2002, p. 289

Nesse contexto a enfermagem deve desenvolver ações que visem assegurar a auto-estima da criança. Faz-se necessário orientar à família, sobre as características do transtorno e do tratamento, promovendo um entendimento e uma melhor aceitação da patologia dentro da saúde mental. São ações úteis por permitir uma melhor qualidade de vida do portador de TDAH e seus familiares.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TDAH é muito freqüente na população mundial, independentemente de raça, cultura e classe social. Na psiquiatria infantil, o TDAH corresponde à maior causa de procura dos atendimentos psiquiátricos.

O diagnóstico do TDAH é clínico e, na maioria das vezes é necessária uma abordagem multidisciplinar, com avaliação neuropsicológica e psicopedagógica. Uma das dificuldades do diagnóstico está na freqüente discordância sobre a intensidade dos sintomas. A utilização de escalas e questionários de avaliações é fundamental para auxiliar as investigações para o diagnóstico e a resposta ao tratamento e a evolução.

Quando o TDAH é diagnosticado em uma criança, é importante iniciar o tratamento o mais rápido possível, tendo em vista que a persistência dos sintomas pode causar grave comprometimento ao aprendizado, à auto-estima e aos relacionamentos familiares e sociais.

As co-morbidades são outras graves conseqüências do não-tratamento adequado do TDAH, o que aumenta o risco da criança apresentar outros transtornos psiquiátricos, como transtorno de ansiedade, depressão, conduta de humor e abuso de álcool e outras drogas.

A assistência nas intervenções psicofarmacológicas no tratamento do TDAH em geral envolve a administração de medicamentos que são utilizadas para acalmar as crianças hiperativas, mas na realidade são estimulantes. As medicações parecem funcionar porque estimulam a atividade nas áreas inibidoras do cérebro e esta atividade então reduz o comportamento motor e a distratibilidade das crianças. Esta, conhecida pelo nome genérico de metilfenidato continua sendo a medicação de primeira escolha para o tratamento do TDAH. Atualmente, existem inúmeros ensaios clínicos conduzidos com metodologia de excelência comprovando a eficácia e a segurança da utilização do metilfenidato para o tratamento do TDAH, apesar de serem relatados os efeitos colaterais principais, a insônia e a diminuição de apetite.

A enfermagem atua principalmente no atendimento e tratamento às crianças e adolescentes que apresentam TDAH oferecendo orientações aos pais, em relação ao uso de medicação, como usar e como lidar com os efeitos que essa medicação pode vir a ter. Ainda deve se atentar para algumas atribuições como prestar

cuidados globais e não somente de aspectos instrumentais, incluindo os cuidados psicossociais e espirituais, participar da rotina diária dos pacientes permitindo uma melhor observação, entrevista/consulta de enfermagem que contribua para o diagnóstico, tratamento e reabilitação psicossocial da criança.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIÁTRIA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Tradução de Cláudia Dornelles. 4. ed. REVIS. Porto Alegre: Artmed, 2005. P. 112-119.

ASSUNÇÃO, J. F.; KUCGNSKI, E. *Psiquiatria da Infância e Adolescência*. LOUZÃ, N. M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria Básica**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2007. cap. 28, p. 429-436.

BONOTO, S. L. C. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: um estudo da influência deste fator na aprendizagem na vida social. **Ensino e Pesquisa**. v. 1, n. 5. 2008. Disponível em < <http://www.ieps.org.br/trans.pdf> >. Acesso em: 18 mar. 2010.

BRAGA, A. R. M.; HUA. Y.; KUNZLER, L. S. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: por que é preciso compreender esse diagnóstico?. **Brasília Med**. Brasília, v. 46, n. 2, p. 150-154. 2009. Disponível em <[http://www.ambr.com.br/rb/arquivos/10_hiperatividade_BSB_MED_46\(2\)_2009.pdf](http://www.ambr.com.br/rb/arquivos/10_hiperatividade_BSB_MED_46(2)_2009.pdf)> Acesso em: 13 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. 1. ed. Brasília, DF, 2004.

BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: classificação e classificados. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1165-1187, 2009.

CALIMAN, L. V. O TDAH: Entre as funções, disfunções e otimização da atenção. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v.13, n.3, p.559-566, jul/set. 2008.

CAMARGO Jr, W.; HOUNIE, A. G. Manual clínico do Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.29, n.1, p.96-98, 2007.

HOLMES, S. D.; COSTA,S. Transtorno da primeira infância,da infância e da adolescência. **Psicologia dos Transtornos Mentais**. São Paulo, Artimed, 2001,cap.16, p. 331-335.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREEB, J. A. Transtorno de déficit de atenção. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** Tradução de Dayse Batista. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997. cap. 39, p. 989-993.

KLIEGMAN, R. M. et al. Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. **Princípios de Pediatria.** Tradução de Ângela Alvarez Matheus. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. cap.13, p. 67-70.

KNAPP, P. Crianças e Adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Tradução de Daniel Bueno. In:_____. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica** Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 2, p. 359-371.

MACHADO, I. H. et al. **Saúde Mental: O cuidar no centro de atenção psicossocial.** 2005. 38 f. Monografia (graduação em enfermagem) - Centro Universitário do Triângulo, Uberlândia, 2005.

OLIVEIRA, V. M. P. **O Trabalho em Equipe no Centro de Atenção Psicossocial-CAPS.** 20 f. Trabalho de conclusão de curso (pós- Graduação em Saúde Pública e da Família) – Sociedade de Ensino Superior de Patos de Minas, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução e prefácio de Dorgival Caetano. São Paulo: Artmed, 1992.

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

PASTURA, G.; MATTOS, P. Efeitos colaterais do metilfenidato. **Revista Psiquiátrica Clínica.** Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.100-104, 2004.

PEREIRA, H.; ARAUJO, A. P. Q. C.; MATTOS, P. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à co-morbidade com distúrbios da atividade motora. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil.** Recife, v. 5, n. 4, p. 391-402, out./dez. 2005. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27757.pdf >. Acesso em: 18 ago. 2010.

ROHDE, L. A.; HALPER, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, 2004. v.80, n.2 (supl), p.61-69.

SILVA, R.A.; SOUZA, L.A.P. Aspectos lingüísticos e sociais relacionado ao transtorno de déficit de atenção /hiperatividade. **Revista CEFAC**. São Paulo, v.7, n.3, p.295-299, jul.-set, 2005 .

TEIXEIRA, V. S. S. L. Entendendo os portadores do TDAH. 38 f. Trabalho de conclusão de curso (especialista em distúrbio de aprendizagem) – Centro de Referência em Distúrbios de Aprendizagem, São Paulo, 2008.

TOWNSEND, M. C. Distúrbios Geralmente Diagnosticados Originalmente no Período Neonatal, Infância ou Adolescência. Tradução de Fernando Diniz Mundim. In: _____. **Enfermagem Psiquiátrica**: conceitos de cuidados. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 22, p. 284-291.

WILLIAMS, L.; WILKINS. Transtornos de crianças e adolescentes. Tradução de Fernando Diniz Mundim. In: _____. **Enfermagem Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, Cap. 2, p. 55-61. (Série Incrivelmente Fácil).