

# PSICOLOGIA

## TRANSTORNOS DE ATENÇÃO: CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICE DE ATENÇÃO E HIPERACTIVIDADE EM CRIANÇAS.

MÁRIO JÚNIOR<sup>1</sup>

**Resumo:** O Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América (U.S. Department of Health And Human Services), (2012), refere que o défice de atenção e a hiperactividade é dos transtornos cerebrais mais comuns na infância, podendo prevalecer até à idade adulta. Mencionam ainda que sintomas como a dificuldade em manter a concentração e controlar o comportamento podem dificultar o sucesso académico, assim como comprometer relações interpessoais e a realização de tarefas domésticas.

A recolha de informação em relação a esta temática pode vir a ser crucial no desenvolvimento do sistema educativo de Angola, pela consciencialização da possível interferência destes agentes no sucesso educativo das nossas crianças. A partir do momento em que a informação existente acerca desta condição estiver adequadamente divulgada entre os agentes de ensino, poder-se-á tornar mais eficiente a implementação de medidas aconselhadas à terapia do défice de atenção e da hiperactividade. Tendo conhecimento do insucesso escolar de algumas crianças, que poderá ter como origem a existência de um transtorno de atenção e hiperactividade, revela-se clara a necessidade de se agregarem meios que contrariem essa influência.

Pode definir-se atenção como sendo o processo pelo qual se dirigem os recursos mentais sobre determinados estímulos do meio considerados mais relevantes, em oposição a outros. Num contexto de ensino-aprendizagem, a direcção da atenção para os conteúdos

---

<sup>1</sup> *Coordenador e Docente do curso de Psicologia no Instituto Superior Politécnico Sol Nascente*

programáticos revela-se essencial, no entanto, a explicação da origem da desatenção nas escolas não passa unicamente pelos transtornos de défice de atenção e hiperactividade. É, portanto, essencial saber distinguir quando estamos perante uma situação de TDAH ou quando a desatenção observada se refere apenas ao desinteresse da criança pelos conhecimentos que se tentam transmitir.

Como tal, é objectivo deste artigo reunir informações pertinentes e oferecer um guia de identificação de casos de crianças que sofrem destes transtornos e de estratégias de *coping* dos mesmos. Por estratégias de *coping* entendem-se as alterações de comportamento a tomar na tentativa de se lidar com situações de dano, ameaça ou desafio. Neste contexto, a implementação destas estratégias deve passar não só pelos agentes de ensino como também pelos encarregados de educação e pelas próprias crianças.

**Palavras-Chave:** Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperactividade; sucesso educativo; *Coping*.

**Abstract:** The United States Department of Health and Human Services (U.S. Department of Health And Human Services) (2012), states that attention deficit and hyperactivity is the most common brain disorders in childhood and may prevail into adulthood. It does mention that symptoms such as difficulty in maintaining concentration and control behavior can hinder academic success, as well as interpersonal relationships and do household chores.

The collection of information may prove to be crucial in the development of the education system in Angola, the awareness of the possible interference of these agents in the educational success of our children. From the moment the existing information about the condition is properly disseminated among the agents of education, it will become more efficient the implementation of the recommended measures of attention deficit hyperactivity therapy. The knowledge of school failure for some children, makes clear the need to achieve means that can battle its influence.

Attention is the process by which direct mental resources on certain stimuli from the environment are more relevant, as opposed to others. In a context of teaching and learning, the direction of attention to the contents is essential, however, the explanation of the origin of inattention in schools does not pass only by attention deficit disorders and hyperactivity. It is therefore essential to distinguish when we are facing a situation of

ADHD or inattention observed when only refers to the disinterest of children by the contents.

So, the goal of this article is to gather relevant information and provide a guide to identify cases of children who suffer from these disorders and coping strategies. Coping strategies are the behavior changes to take in an attempt to deal with situations of harm, threat or challenge. In this context, the implementation of these strategies must pass not only by the teaching staff but also by parents and by the children themselves.

**Keywords:** Attention Deficit and Hyperactivity Disorder; Educational Success; Coping.

### Introdução

“No contexto escolar, a hiperactividade e/ou défice de atenção apresenta-se como justificativa corrente para o fracasso escolar de um número expressivo de crianças, atribuindo-se a elas a responsabilidade por não aprender e isentando de análise o contexto escolar e social em que estão inseridas” (Eidt: 2004; Eidt & Tuleski: 2010).

Tem sido descrita, em alguma literatura existente acerca do tema, a crescente identificação de crianças que possuem TDAH (Eidt & Tuleski, 2010; Jou, Amaral, Pavan, Schaefer, & Zimmer2010). O crescendo diagnóstico de crianças com este transtorno não significa necessariamente um aumento na prevalência do mesmo, havendo a possibilidade de estarmos perante casos erroneamente diagnosticados, dada existente ambiguidade no que se refere à definição e diagnóstico do TDAH.

Neste âmbito, os professores são, frequentemente, a primeira fonte de informação na determinação do TDAH. Desta forma, as percepções e o conhecimento dos professores acerca do tema são de extrema importância, não só na adequada sinalização dos possíveis casos como também na determinação de estratégias a adoptar na área educacional. Jou, Amaral, Pavan, Schaefer, & Zimmer, (2010) referem que o conhecimento dos professores acerca do transtorno é escasso e o apoio oferecido pelas escolas nessa área é fraco.

Neste contexto, é objectivo deste artigo comportar algumas apreciações gerais relativas ao TDAH, nomeadamente em crianças. Pretende-se, com a exposição do mesmo, que a prática educativa seja favorecida a partir do conhecimento dos factores que determinam a existência deste transtorno de atenção, permitindo a adequada identificação dos mesmos. De realçar, ainda, a importância das estratégias a privilegiar, pelos agentes responsáveis pela prática educativa, quando deparados com estas situações.

## **A Atenção**

A atenção é uma função mental que, de acordo com Luria, (1981) cit. por Gonçalves & Melo, (2009), tem um carácter direccional e selectivo, permitindo a manutenção da vigilância do que nos rodeia, a resposta aos estímulos relevantes e a inibição dos restantes estímulos que, no momento, não têm tanto interesse.

Da capacidade de atenção distinguem-se duas propriedades: a tenacidade e a vigilância. A tenacidade refere-se à capacidade de manutenção da atenção orientada de modo permanente em determinado sentido, focando um ponto definido e preciso, enquanto a vigilância se define como a possibilidade de desviar a atenção para vários objectos, especialmente para estímulos do meio exterior.

## **Patologias da Atenção**

No que se refere às patologias decorrentes do processo de atenção, podem se distinguir a hipoprosexia, a aprosexia, a hiperprosexia, a distracção e a distrabilidade.

A hipoprosexia resulta da diminuição global de prestar atenção, sendo a alteração observada com mais frequência. Verifica-se perda da capacidade de concentração, com o aumento da fadiga, dificultando a percepção e compreensão de estímulos ambientais. Observa-se ainda dificuldade e imprecisão das lembranças e nas restantes actividades psíquicas complexas. Este quadro patológico está presente em casos de bloqueio emocional e processos regressivos, tais como: depressão, afadiga e a debilidade. (Tanaka, 2007)

Segundo Castro, (2007) cit. por Tanaka, (2007), a hipoprosexia pode também ser observada em estados infecciosos, embriaguez alcoólica, psicoses tóxicas, esquizofrenia, para além da depressão.

No que se refere à aprosexia, é definida por Tanaka, (2007) como sendo a total supressão da capacidade de atenção, por mais fortes e variados que sejam os estímulos que se utilizem. O mesmo autor define hiperprosexia como “um estado da atenção exacerbada, na qual há uma tendência incoercível a obstinar-se a se manter indefinidamente sobre certos objectos com surpreendente infatigabilidade”.

Relativamente à distracção, pode considerar-se como a super concentração da atenção sobre determinados estímulos, ocorrendo a inibição dos restantes, havendo uma certa hiper tenacidade e hipo vigilância. (Tanaka, 2007) Em oposição à distracção, encontra-se a distrabilidade, na qual a atenção do indivíduo facilmente se mobiliza entre os diversos

estímulos existentes em seu redor, verificando-se uma “acentuada instabilidade e mobilidade da atenção voluntária” (Dalgalarrongo, 2000, cit. por Tanaka, 2007).

### **Transtorno de déficit de atenção e hiperactividade**

“As crianças com TDAH demonstram níveis de atenção inapropriados para a idade, são impulsivas e geralmente super activas, apresentam dificuldades para seguir regras e normas.”Benczik, (2000). Por esta razão, são usualmente consideradas como sendo mal educadas, desobedientes e inconvenientes.

Ao longo da recolha bibliográfica, verificou-se alguma dificuldade na definição exacta do que é o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperactividade (TDAH), no entanto vários autores apontam que as principais características observadas são a desatenção, a impulsividade e a hiperactividade (Fewell & Deutscher,2002; Vasconcelos et all, 2003; Rhode et all, 2004).

Dos possíveis agentes causadores do TDAH encontram-se os genes, factores ambientais, lesões cerebrais, açúcar (não consensual), aditivos alimentares, no entanto, o factor genético é o que parece ter maior influência. (U.S. Department of Health And Human Services, 2012)

Lino, (2005), refere ainda os factores biológicos como possível origem de TDAH, afirmando a interferência negativa de factores pré-natais, como o uso de drogas e álcool durante a gravidez ou complicações intra-uterinas e péri-natais no desenvolvimento global da criança. O mesmo autor menciona ainda a suspeita de que a TDAH leve à existência de uma disfunção do lóbulo frontal e das estruturas diencéfalo-mesenfálicas.

Emílio Salgueiro (1996) cit. por Lino, (2005), num estudo realizado concluiu as crianças com TDAH provém de famílias sobre protectoras, deprimidas, ansiosas, intrusivas e manipuladoras afirmando ainda que a criança desenvolve o TDAH pelas crises que existem na família, nomeadamente quando a criança já possui pré-disposição genética para o mesmo.

O diagnóstico desta condição é, frequentemente, confundido com outras condições mentais, tais como distúrbios de ansiedade, transtorno bipolar e depressão. (Fewell & Deutscher, 2002). Pela dificuldade de diagnóstico referida, reitera-se a necessidade de consulta de um especialista na área da psiquiatria, em caso de suspeita de existência da TDAH. No entanto, há sinais aos quais pais e professores devem atentar, ao longo do desenvolvimento das crianças.

De acordo com Lino, (2005), as manifestações do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperactividade (TDAH) são sinais de desenvolvimento inadequado do indivíduo face à sua idade mental e cronológica, nos domínios da atenção, impulsividade e actividade motora.

Como já foi referido, as principais características são a desatenção, a impulsividade e a hiperactividade, no entanto, estas são também características observadas em qualquer criança saudável. Para facilitar a identificação das crianças que têm TDAH, foi determinado um sistema de classificação, que definem um número mínimo de sintomas para o diagnóstico deste transtorno.

Segundo a quarta edição do Manual de Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM-IV), desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), define-se o diagnóstico do Transtorno de déficit de atenção/hiperactividade através dos seguintes critérios (Folquitto, 2009):

A. (1) ou (2)

1. Seis ou mais, dos seguintes sintomas de desatenção, persistiram pelo período mínimo de seis meses, num grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento.

Sintomas desatenção:

- i. Frequentemente, não prestar atenção a detalhes ou cometer erros por omissão em actividades escolares, de trabalho ou outras;
- ii. Dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades lúdicas, com frequência;
- iii. Regularmente, parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra;
- iv. Não segue as instruções e não termina os seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);
- v. Dificuldade, frequentemente, para organizar tarefas e actividades;
- vi. Evita, demonstra repulsa ou relutância, com frequência, no envolvimento em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
- vii. Normalmente perde coisas necessárias para a realização de tarefas ou actividades;
- viii. É facilmente distraído por estímulos exteriores à tarefa que executa;
- ix. Apresenta, com frequência, esquecimento em actividades diárias.

2. Seis ou mais sintomas de hiperactividade persistiram pelo período mínimo de seis meses, num grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Sintomas hiperactividade:

- i. Agita, com regularidade, as mãos ou os pés ou não está quieto na cadeira;
- ii. Abandona a sua cadeira na sala de aula ou noutras situações nas quais é esperado que permaneça sentado, com frequência;
- iii. Corre em demasia, com frequência, em situações impróprias;
- iv. Normalmente tem dificuldade em brincar ou realizar actividades de lazer silenciosamente;
- v. Está frequentemente irrequieto, ou age como se estivesse cheio de energia;
- vi. Fala em demasia, com frequência.

Sintomas impulsividade:

- i. Normalmente responde precipitadamente, antes da formulação completa da pergunta;
  - ii. Tem dificuldade em aguardar pela sua vez;
  - iii. Interrompe ou intromete-se, com frequência, em assuntos que não lhe dizem respeito;
- B. Alguns dos sintomas de hiperactividade-impulsividade ou desatenção causadores de comprometimento estavam presentes antes dos 7 anos de idade;
- C. Algum comprometimento causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos;
- D. Evidência clara de um comprometimento clinicamente importante no exercício social, académico ou ocupacional;
- E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o desenvolvimento de um Transtorno Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou Transtorno Psicótico, nem são melhor explicados por outro transtorno mental, como por exemplo o Transtorno de Humor ou o Transtorno de Ansiedade.

*Codificação com base no tipo:*

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperactividade, tipo combinado: Quando, durante os últimos seis meses, tanto o critério A1 como o critério A2 são observados;

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperactividade, tipo predominantemente desatento: Quando, nos últimos seis meses, apenas o critério A1 é satisfeito (entre os critérios A1 e A2);

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperactividade, tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo: Entre dos dois critérios (A1 e A2), apenas A2 é observado, nos últimos seis meses. Estima-se que de 3% a 5% das crianças em idade escolar sofrem de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperactividade (APA, 1994, cit. por Lino, 2005), sendo este transtorno mais comuns entre rapazes. (Lino, 2005). Também Jou, Amaral, Pavan, Schaefer & Zimmer (2010), num artigo acerca da prevalência da TDAH no ensino básico, afirmam que várias pesquisas de diferentes países mostram uma prevalência do transtorno entre 3% e 9%.

O tratamento da TDAH envolve a ingestão de fármacos e acompanhamento psicológico. Este acompanhamento privilegia estratégias que promovam, nas crianças, a aquisição de comportamentos sociais adequados. No entanto, também os pais e educadores podem ter um papel activo no tratamento destes distúrbios. Acções como promover a manutenção de uma rotina diária, organizar antecipadamente os itens escolares, definir claramente regras e manter-se fiel às mesmas e dar recompensa quando as normas são seguidas, são algumas das estratégias que podem ser adoptadas como forma de diminuição dos sintomas da TDAH. (U.S. Department of Health And Human Services, 2012)

Lino, (2005) indica um conjunto de estratégias de intervenção adequadas e com o intuito de melhorar a qualidade de vida destas crianças.

O mesmo autor refere que a estratégia primordial da intervenção psicopedagógica passa por informar o indivíduo com TDAH acerca da sua condição: o que é a TDAH, quais os sintomas e sinais, nomeadamente os que ele apresenta, tornando mais fácil a auto-avaliação.

Lino, (2005) defende ainda a criação de hábitos rotineiros, tais como:

- O estabelecimento de horários regulares de produtividade, de repouso, de actividades físicas e de um cronograma onde se situem as suas obrigações, projectos e lazer;



- A criação de uma agenda, onde o indivíduo anote tudo o que tem para fazer no dia seguinte e confira tudo no próprio dia, antes de iniciá-lo;
- Fazer uso de pequenos lembretes, anotações e listas.

“Todos estes hábitos articulados, ajudam o indivíduo com DDA, a sentir-se menos ansioso, mais útil, mais organizado e o mais importante a gostar dele próprio, com erros e virtudes.” (Lino, 2005)

## Conclusão

Com este artigo consegue-se perceber a importância da identificação adequada das crianças com TDAH. Os primeiros sinais de alerta são, frequentemente demonstrados na escola, tornando relevante o conhecimento adequado deste transtorno, por parte dos agentes educativos.

O TDAH pode ser uma das causas do insucesso escolar, no entanto, deve ter-se presente que os sintomas associados ao TDAH são também características presentes na maioria das crianças que não possuem qualquer tipo de transtorno, diferenciando-se apenas em relação ao grau e frequência de ocorrência dos mesmos, pelo que se define o diagnóstico como sendo ambíguo.

Após a correcta identificação e sinalização dos casos com TDAH, a adopção das estratégias definidas neste artigo poderão revelar-se como essenciais na diminuição e controlo dos sintomas associados a esta condição.

## Referências Bibliográficas

- Benczik, E. (2000). “O Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperactividade e as suas características” *Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperactividade*. Casa do Psicólogo. São Paulo. ISBN: 85-7396-074-4
- Eidt, N. & Tuleski, S. (2010). “Transtorno de Deficit de Atenção/ Hiperactividade e Psicologia Histórico-Cultural”. *Cadernos de Pesquisa*, v. 40, n. 139, p.121-146.
- Fewell & Deutscher, (2002) “Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Very Young Children: Early Signs and Interventions” *Infants And Young Children*.14(3): 24-32. Aspen Publishers, Inc

- Folquito, C. (2009). *Desenvolvimento Psicológico e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): a construção do pensamento operatório*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Gonçalves, A & Melo, R. (2009). “A base biológica da atenção”. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, Umuarama, v. 13, n. 1, p. 67-71, jan./abr.
- Jou, I., Amaral, B., Pavan, R., Schaefer, S. & Zimmer, M. (2010). “Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Um Olhar no Ensino Fundamental”. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (1), 29-36.
- Lino, T. (2005). “Distúrbio do Déficit de Atenção” Portal do Psicólogo. Disponível on-line em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0041.pdf>. Acedido em 03/04/2014
- Rhode et all, (2004) “Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas” *Revista de Psiquiatria Clínica*.31 (3). 124-131.
- Tanaka, P. (2007). “Atenção: reflexão sobre tipologias, desenvolvimento e seus estados patológicos sob o olhar psicopedagógico” Trabalho do curso de Formação em Psicopedagogia. Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo
- U.S. Department of Health And Human Services, (2012) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*.National Institutes of Health Publication no. 12-3572
- Vasconcelos et all, (2003) “Prevalência do Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade numa Escola Pública Primária” *Arquivos Neuropsiquiátricos*. 61 (1). 67-73.