

## Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

*Maria Aparecida Michiatti Garzella Girardi<sup>1</sup>  
Juliana de Alcântara Silveira Rubio<sup>2</sup>*

### **Resumo**

Neste referido trabalho sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) destacam-se as características desse quadro na infância: desatenção, hiperatividade e impulsividade, afetando o meio familiar e o desempenho acadêmico. Aborda-se também o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, pois é sempre necessário contextualizar os sintomas relacionados à vida da criança; estes fatores irão auxiliar na descoberta das causas e no tratamento que é realizado por meio de medicação, terapia e intervenções.

**Palavras-chave:** Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).

### **1. Introdução**

A proposta do presente trabalho é tecer considerações sobre a definição do Transtorno de Déficit de Atenção/hiperatividade (TDAH), termo este usado com frequência para as crianças “agitadas”.

Desde o nascer até enveredar o universo adulto, um indivíduo passa por distintas fases, as principais características são relacionadas ao desenvolvimento motor, cognitivo, físico, psicológico, social. A forma segmentada como se constrói cada sujeito abre margem para a delimitação dos padrões normais e daqueles que dão conta de atrasos, deficiências, limitações.

Majoritariamente identificada no período escolar, a hiperatividade infantil ou Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, consiste em um distúrbio cujo sintoma comumente fomenta certo atraso no desenvolvimento infantil, especialmente evidenciado o relacionamento com grupos/pares e o aprendizado escolar. Como principais características do Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH), podem ser destacadas aquelas concernentes à dificuldade de atenção, hiperatividade e

---

<sup>1</sup> Pós-graduanda em Psicopedagogia pela Universidade Nove de Julho. UNINOVE.

<sup>2</sup> Mestre em Educação pela UNESP-Marília. Professora Orientadora.

impulsividade, que muitas discrepâncias conferem entre o portador do transtorno e as crianças dentro dos padrões de normalidade. Conhecer e entender o comportamento dessas crianças é fundamental para que ocorram mudanças e redirecionamento de vida. Alguns acreditam que os problemas da criança com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade são emocionais, frutos de conflitos em casa e que a medicação é a única solução, dado que é transtorno biológico. O trabalho cooperativo e solidário entre as crianças e professores é fundamental para que os preconceitos sejam eliminados, dando oportunidade de realização pessoal a todos aqueles que precisam de apoio, compreensão e carinho.

## **2. Desenvolvimento**

De acordo com Barckey (2002), define-se o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade como um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida e se caracteriza por sintomas de desatenção, agitação e impulsividade. Ele é chamado às vezes Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA). A hiperatividade e o déficit de atenção é um problema mais comumente e se baseia nos sintomas de desatenção (pessoa muito distraída) e hiperatividade (pessoa muito ativa, por vezes agitada, bem além do comum).

Segundo Barkley (apud Benzick 2002), o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade é uma patologia que afeta o desenvolvimento do autocontrole e essencialmente caracterizada pela dificuldade de manter atenção, por agitação e ansiedade, que muitas vezes podem configurar hiperatividade e impulsividade. Tem sua origem em uma condição orgânica, relacionada a uma estrutura cerebral chamada lobo pré-frontal. Quando esta estrutura cortical tem seu funcionamento comprometido, a pessoa passa a ter vários problemas, entre eles dificuldade de focar a atenção (ibidem).

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade deriva de um funcionamento alterado no sistema neurobiológico cerebral; substâncias químicas produzidas pelo cérebro, chamadas de neurotransmissores, apresentam-se alteradas quantitativamente e/ou qualitativamente no interior dos sistemas cerebrais, responsáveis pelas funções da atenção, impulsividade e atividade física e mental no comportamento humano. Os neurotransmissores mais participativos, nesse processo de desregulação no funcionamento do lobo frontal, seriam as catecolaminas, que incluem a noradrenalina e a dopamina. Estudos recentes apontam para a participação de outros neurotransmissores

no funcionamento do cérebro, como a serotonina, coadjuvante no processo de organização cerebral. A ação reguladora do comportamento humano é feita pelo lobo frontal, cujo caráter inibitório, é responsável por frear os pensamentos, impulsos e velocidades das atividades físicas e mentais. Por receber menor aporte sanguíneo e menos glicose, apresenta diminuição de energia e metabolismo. Com isso o cérebro passa a receber uma enorme quantidade de informações e impulsos numa velocidade bem acima da média, ocasionando uma grande desorganização interna. A forma como o lobo frontal regula o comportamento, ocorre pelo exercício das seguintes funções: fazer manutenção dos impulsos sob controle, planejar ações futuras, filtrar impulsos irrelevantes, acionar as reações de luta e fuga, controlar emoções, caráter inibitório, regular o grau de disposição física e mental, dentre outros impulsos.

### **3. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**

Segundo Barkley (2002), o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade tem múltiplas causas. O conhecimento das causas influencia o cérebro e o comportamento tem progredido dramaticamente desde a metade dos anos oitenta. Os experimentos necessários para dar evidências diretas e conclusivas de o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade ser, por exemplo, causado por danos na porção frontal do cérebro de uma criança em desenvolvimento são simplesmente impensáveis. Os cientistas não utilizam o cérebro das crianças apenas para verificar o que acontece. Portanto, os cientistas do comportamento que desejarem estudar as causas biológicas do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade estarão frequentemente buscando informações altamente sugestivas para uma causa que não poderá nunca ser comprovada com absoluta certeza.

Existem várias fontes de estudo Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade os que mostram uma relação constante entre um potencial agente causador e o ou seus problemas de comportamento característicos. Um exemplo, mães que fumam durante a gravidez apresentam associado um crescente risco de hiperatividade e falta de atenção no produto dessa gravidez. O fato de dois eventos ou condições ocorrerem juntos, entretanto, não prova que um cause o outro. É meramente sugestivo.

Outras fontes são estudos de acidentes naturais envolvendo a causa na qual estamos interessados. Por exemplo, quando nos interessa o papel das lesões cerebrais no

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, o devemos estudar crianças que sofreram doenças que afetam o cérebro ou crianças com cortes profundos na cabeça ou outras lesões neurológicas. Esse tipo de evidência é mais forte, pois podemos observar que o acidente (lesão cerebral) altera a criança (criança com comportamento de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade), embora não seja ainda prova definitiva que tal lesão cerebral tenha causado o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Outros fatores associados a lesões podem ser os reais culpados e devemos lembrar que a maioria das crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade não apresentam evidência alguma de lesão cerebral.

Uma terceira fonte de evidência surge em estudos nos quais o agente causador é determinado diretamente em animais. Porém não em outros experimentos reais.

Para Barckey (2002), o que parece estar alterado nesta região cerebral é o funcionamento de um sistema de substâncias químicas chamadas neurotransmissoras (principalmente dopamina e noradrenalina), que passam informação entre as células nervosas (neurônios). Existem causas que foram investigadas para estas alterações nos neurotransmissores da região frontal e suas conexões, que relatamos a seguir:

Hereditariedade: os genes parecem ser responsáveis não pelo transtorno em si, mas por uma predisposição ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. A participação de genes foi suspeitada, inicialmente, a partir de observações de que nas famílias de portadores de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade a presença de parentes também afetados com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade era mais frequente do que nas famílias que não tinham crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Substâncias ingeridas na gravidez: tem-se observado que a nicotina e o álcool quando ingeridos durante a gravidez podem causar alterações em algumas partes do cérebro do bebê, incluindo-se aí a região frontal orbital. Sofrimento fetal: alguns estudos mostram que mulheres que tiveram problemas no parto que acabaram causando sofrimento fetal tinham mais chance de terem filhos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Exposição a chumbo: crianças pequenas que sofreram intoxicação por chumbo podem apresentar sintomas semelhantes aos do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Problemas Familiares: algumas teorias sugeriam que problemas familiares (alto grau de discórdia conjugal, baixa instrução da mãe, famílias com apenas um dos pais, funcionamento familiar

caótico e famílias com nível socioeconômico mais baixo) poderiam ser a causa do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade nas crianças.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade pode ser classificado em três tipos distintos, segundo DuPaul (2007) os seguintes: com predomínio de sintomas de desatenção (prejuízo acadêmico); com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade (rejeição e impopularidade) e combinado (prejuízo acadêmico e sintomas de conduta, de oposição e desafio).

O autor citado aponta os tipos de: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Transtorno de Déficit de Atenção do Tipo Predominantemente Desatento: deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras, não escuta quando lhe dirigem a palavra, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante. O Transtorno de Déficit de Atenção do Tipo Predominantemente Hiperativo - Impulsivo: agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira, não consegue ficar sentado, tem dificuldade em brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer, dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas, tem dificuldade para aguardar a sua vez, interrompe ou se mete em assuntos de outros, está sempre “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”.

Benczik (2002) cita a definição do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade do DSM-IV como um problema de saúde mental. Considerando-o como um distúrbio bidimensional, que envolve a atenção e a hiperatividade/impulsividade. Tem um grande impacto na vida familiar, escolar e social da criança. A característica essencial é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais frequente e severo do que aquele tipicamente observado em crianças de mesma idade que estão no nível equivalente de desenvolvimento.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, segundo Barkley (2000) (apud Benczick, 2002) indica algumas características, por meio de pesquisas realizadas por Furman, Goodyear & Hynd (apud Benczick, 2002) pode perceber-se que crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade sem hiperatividade apresentaram algumas características, a saber: um tempo cognitivo mais lento, eram mais autoconscientes, um maior retraimento social e uma maior de incidência de transtorno de aprendizagem. Em contrapartida, as crianças com Transtorno de Déficit de

Atenção/Hiperatividade com hiperatividade demonstraram ter mais problemas de conduta associado Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Sabe-se, portanto, que Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade o compromete de modo marcante a vida da criança e dos adultos que a cercam, pois é uma condição que promove dificuldades, como controle de impulsos, concentração, memória, organização, planejamento e autonomia. E envolve uma grande pluralidade de dimensões implicadas, tais como comportamentais, intelectuais, sociais e emocionais.

A partir da visão de Benczik (2002) a criança com sintoma de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade apresenta características específicas como: déficit de atenção, hiperatividade e a impulsividade, traduzindo um grau inadequado de desenvolvimento e resultando num comprometimento significativo das funções sociais, das relações familiares, das realizações nos estudos e nas atividades profissionais.

Os sintomas surgem antes dos sete anos de idade e persistem por pelo menos seis meses, em dois ou mais ambientes (casa, escola, locais de lazer). A hiperatividade geralmente é notada antes dos sete anos, o que pode não acontecer com a falta de atenção, pois só após esta idade a criança é solicitada a participar de atividades mais estruturadas que requerem um uso maior da atenção.

Os sintomas da Desatenção são estabelecidos pela presença de características a seguir: hábito de se distrair facilmente com estímulos exteriores, de ser muito desligado "nas atividades cotidianas", têm hábito de perder objetos necessários às tarefas ou atividades (brinquedos, material escolar e ferramenta). Nas situações sociais, a atenção é marcada por frequentes mudanças de assunto, falta de atenção sobre o que os outros dizem distração durante as conversas e em relação a detalhes ou regras em jogos ou atividades.

Os sintomas de Hiperatividade/Impulsividade são: hábito de se contorcer nos assentos e ter as mãos e os pés inquietos, sair da carteira na sala de aula, ou em outras situações em que se espera que permaneça sentado, fala excessiva, tem dificuldade em brincar ou de se envolver em atividades de lazer mais tranquilas, é sempre muito ativo. Na adolescência e na fase adulta, os sintomas de hiperatividade assumem a forma de sensações de inquietação e dificuldade para envolver-se em atividades tranquilas, sedentárias e rotineiras.

Na Impulsividade, os sintomas são: hábito de falar abruptamente ou de responder antes que as perguntas sejam terminadas, dificuldade de esperar a sua vez,

tem o hábito de interromper, ou de se intrometer em experiências alheias (conversas ou jogos). Estes sintomas acima mencionados parecem intensificar-se mais nitidamente em situações em grupo.

Segundo Phelan (2005) o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um processo de múltiplas facetas. Diversos problemas biológicos e psicológicos podem contribuir para a manifestação de sintomas similares apresentados por pessoas com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Por exemplo: a falta de atenção é uma das características do processo de depressão. Impulsividade é uma descrição típica de delinquência.

É necessária uma avaliação ampla. Não se pode deixar de considerar e avaliar outras causas para o problema. É preciso estar atento à presença de distúrbios concomitantes (comorbidades). O aspecto mais importante do processo de diagnóstico é um cuidadoso histórico clínico e desenvolvimental. A avaliação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade inclui, frequentemente, um levantamento do funcionamento intelectual, acadêmico, social e emocional. O exame médico também é importante para esclarecer possíveis causas de sintomas semelhantes aos do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (por exemplo: reação adversa à medicação, problema de tireóide, etc.). O processo de diagnóstico deve incluir dados recolhidos com professores e outros adultos que de alguma maneira, interagem de maneira rotineira com a pessoa que está sendo avaliada. Embora se tenha tornado prática popular testar algumas habilidades como resolução de problemas, trabalhos de computação e outras, a validade dessa prática bem como sua contribuição adicional a um diagnóstico correto, continuam a ser analisadas pelos pesquisadores.

#### **4. Considerações Finais**

Além da importância de se considerar os tipos, as características e os sintomas dos portadores do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, torna-se necessário um acompanhamento específico e um tratamento adequado.

Na visão de Mattos (2005) antes de qualquer tratamento, um exame físico deve ser feito para descartar outras causas para o comportamento da criança (infecção crônica do ouvido médio, sinusite, problemas visuais ou auditivos, ou outros problemas neurológicos).

Existem tratamentos alternativos como o fitoterápico e homeopático que têm demonstrando eficácia no tratamento da hiperatividade.

O tratamento de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade exige um esforço coordenado entre os profissionais das áreas médicas, saúde mental e psicológica, em conjunto com os pais. Esta combinação de tratamento oferecido por diversas fontes é denominada de intervenção multidisciplinar. Um tratamento com esse tipo de abordagem inclui: treinamento dos pais quanto à verdadeira natureza do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, um desenvolvimento de estratégias de controle efetivo de comportamento, programa pedagógico adequado, aconselhamento individual e familiar, quando necessário para evitar o aumento de conflitos na família e uso de medicação quando necessário.

Aumenta a cada dia o reconhecimento da eficiência dos tratamentos na redução dos sintomas imediatos apresentados por pessoas com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Os pesquisadores acreditam que somente reduzir os sintomas da criança com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade não traz resultados satisfatórios em longo prazo. Assim, aumenta a consciência de que os fatores que predisõem todas as crianças a uma vida bem sucedida são especialmente importantes para as crianças que apresentam problemas relacionados a distúrbios como o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Há uma maior aceitação da necessidade de equilibrar a balança para as pessoas com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Portanto, os tratamentos são aplicados para permitir alívio dos sintomas enquanto se trabalha no sentido de assistir a pessoa a construir uma vida bem sucedida.

### **Referências Bibliográficas**

BARKLEY, Russel. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo e autorizado para pais, professores e profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2002, 327p.

BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni. **Transtorno de déficit de Atenção/hiperatividade: Atualização diagnóstica e terapêutica**. 2ª ed., São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 110p.

DUPAUL, George, STONER Gary. **TDAH nas escolas-estratégias de avaliação e intervenção**. São Paulo: M. Books, 2007, 260p.

MATTOS, Paulo. **No mundo da lua**. 4ª ed., São Paulo: Lemos, 95p.

**PHELAN, Thomas W. TDA/TDAH. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, sintomas, diagnósticos e tratamento.** São Paulo: M. Books, 2005, 181p.