



## **Sub-departamento de Educação Especial**

### **PERTURBAÇÃO DA HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA)**

A Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) é uma síndrome cada vez mais frequente na nossa sociedade. Cada vez mais os pais e professores questionam o comportamento da criança, levando-as a fazer uma despistagem. A pressão e o stress a que nos sujeitamos todos os dias, leva-nos a ser menos tolerantes, achando que cada acção da criança já é um problema. Desta forma, a falta de paciência e tolerância leva a que o nosso país, Portugal, se colocasse num dos primeiros países da Europa com mais casos de hiperactividade.

A PHDA é uma perturbação que atinge hoje em dia muitas crianças frequentemente por volta dos sete anos de idade. É um comportamento que ocorre tanto em casa como na escola, sendo difícil a sua avaliação, principalmente na idade adulta. A PHDA caracteriza-se essencialmente por uma actividade motora excessiva, falta de atenção e impulsividade (American Psychiatric Association, 1994), sendo para os pais e professores muito difícil de lidar com esta problemática.

#### **ETIOLOGIA**

A origem da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) é ainda uma incógnita. Existem vários indícios, e os avanços da tecnologia têm contribuído grandemente para tal, mas nenhum totalmente conclusivo. Não é difícil de compreender o porquê desta dificuldade, se tivermos em conta a multidimensionalidade desta perturbação.

Quanto muito, será possível determinar um conjunto de factores que contribuem para o desenvolvimento da PHDA (Lopes, 2003).

Existem inúmeras causas referidas para a PHDA na literatura. Entre as mais estudadas ou nomeadas encontram-se as lesões cerebrais, alterações no desenvolvimento do cérebro, alterações bioquímicas cerebrais, consumo de substâncias durante o período gestacional, factores hereditários, causas alimentares, sobredosagem vitamínica, desequilíbrio no sistema vestibular, estilo educativo parental e organização familiar e até, demasiada televisão (Lopes, 2003). Algumas das condições mencionadas (as últimas cinco referidas) podem contribuir para o despoletar e/ou o agravamento de determinadas características secundárias da perturbação como compor-



tamentos agressivos e de oposição mas não estão, com certeza, na origem da PHDA (Lopes, 2003).

Actualmente, acredita-se que a PHDA é causada essencialmente a partir de factores internos do indivíduo, nomeadamente em processos relacionados com o desenvolvimento do sistema nervoso central e que podem ter origem genética (hereditária).

## **CARACTERÍSTICAS PRIMÁRIAS DA PHDA**

A Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA), como já foi referido, exhibe três problemas fundamentais, défice de atenção, hiperactividade e impulsividade.

As características da **PHDA** surgem cedo na maioria das pessoas, logo na primeira infância.

O distúrbio é caracterizado por comportamentos persistentes, com duração de no mínimo seis meses, que se instalam definitivamente antes dos 7 anos.

### **⇒ Défice de Atenção**

Esta dimensão da PHDA, refere-se a problemas relacionados com “*o alerta, a activação, a selectividade, a manutenção da atenção, a distractibilidade ou com o nível de apreensão*” (Hale & Lewis, 1979 cit. por Lopes, 2003). Onde se situa especificamente o problema de atenção das crianças com PHDA, não se sabe nem se está tão perto de chegar a um acordo. Enquanto o DSM-III-R sugere que os défices, nestas crianças, encontra-se ao nível da manutenção da atenção por longos períodos de tempo, estudos mais recentes contrariam essa opinião (Lopes, 2003).

Apesar da não total convergência de opiniões, Lopes (2003) refere estar a aumentar a tendência para considerar que as crianças com PHDA, ainda que apresentem limitações no processamento da informação, estas não são causadas pelos mecanismos da atenção. Existe sim duas distinções entre estas e as crianças sem estes problemas que se centram nas estratégias de processamento de informação e na disposição de energia necessária à resposta, direccionando o défice para o nível de activação da atenção (Lopes, 2003).

### **⇒ Impulsividade/ Desinibição Comportamental**

Impulsividade refere-se à incapacidade em inibir comportamentos (Lopes, 2003), daí também se denominar “desinibição comportamental” e pode ser definida como “*um padrão específico de res-*



*posta a determinadas tarefas, caracterizada essencialmente pela rapidez e imprecisão*” (Brown & Quay, 1977 cit. por Lopes 2003).

Pode ainda ser perspectivada como *“uma baixa capacidade de manutenção da inibição de respostas, de adiamento da gratificação, como uma deficiência na capacidade de adesão a regras e de regulação ou de inibição de comportamentos em situações sociais.”* (Barkley, 1990; Rapport, Tucker, Dupaul, Merlo & Stoner, 1986 cit. por Lopes, 2003)

Esta característica das crianças com PHDA reflecte a sua forma de processamento cognitivo, de apreensão e armazenamento da informação (Cruz, 1987 cit. por Lopes, 2003) e reflecte-se em todos os níveis da sua vida – escolar, social e em casa – sendo consideradas menos sociais, mais agressivas (Cruz, 1987 cit. por Lopes, 2003), imaturas, “difíceis de lidar”, “mal-educadas”, irresponsáveis e impertinentes (Lopes, 2003).

#### ⇒ Hiperactividade

Este é o sintoma mais visível desta perturbação. As crianças com PHDA, normalmente, apresentam níveis superiores de actividade motora e verbal. Movimentam permanentemente mãos e pernas, não conseguem permanecer quietas, falam demasiado, entre outras características (Lopes, 2003) mas o problema não se centra nestes aspectos. O real problema reside na situação em que é manifestado esse excesso de actividade, isto é, centra-se fundamentalmente na dificuldade, ou mesmo incapacidade, em controlar essa actividade em contextos que o requerem (Firestone & Martin, 1979 cit. por Lopes, 2003).

## SUBTIPOS DE PHDA

Dentro da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) existem vários subtipos que nos ajudam a diagnosticar uma criança que apresente as características anteriormente referidas. Para o diagnóstico actual é também fundamental que as crianças manifestem predominantemente os sintomas nos últimos seis meses. Desta forma, como subtipos existem a **PHDA Predominantemente Tipo Hiperactivo-Impulsivo**; **PHDA Tipo Predominantemente Desatento** e **PHDA Tipo Misto** (American Psychiatric Association, 1994).

### PHDA Predominantemente Tipo Hiperactivo-Impulsivo:

- Manifesta inquietação, mexendo as mãos e os pés ou remexendo-se na cadeira;
- Tem dificuldade em permanecer sentado;



## AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE RIO DE MOURO PADRE ALBERTO NETO

Eb2,3 PADRE ALBERTO NETO- EB1 RINCHOA Nº 2- EB1/JI RIO DE MOURO Nº1 –EB1/JI RIO DE MOURO Nº 2

CÓDIGO 170318

- Corre sem destino ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo;
- Tem dificuldade em brincar ou em envolver-se em actividades de lazer de forma sossegada;
- Fala excessivamente;
- Age como se fosse movido a motor;
- Responde a perguntas antes delas serem formuladas;
- Tem dificuldade em esperar a sua vez;
- Interrompe amiúde os outros ou incomoda-os.

### PHDA Tipo Predominantemente Desatento

- Não vê detalhes ou faz erros por falta de cuidado;
- Tem dificuldade em manter a atenção;
- Parece não ouvir;
- Tem dificuldade em seguir instruções;
- Tem dificuldade na organização;
- Evita / não gosta de tarefas que exigem um esforço mental prolongado;
- Frequentemente perde os objectos necessários para uma actividade;
- Distrai-se com facilidade;
- Esquecimento nas actividades diárias.

### PHDA Tipo Misto

É caracterizado pela pessoa que apresenta os dois conjuntos de critérios dos tipos desatento e hiperactivo / impulsivo.

### **PROBLEMAS RELACIONADOS**

- É frequente enfurecerem-se;
- Discutem com os adultos;
- Desafiam os pedidos ou as regras dos adultos;
- Fazem com frequência de forma deliberada, coisas que aborrecem os outros;
- Culpam normalmente os outros pelos seus erros;
- São extremamente susceptíveis ou facilmente os outros os conseguem aborrecer;
- Ficam furiosos ou ressentidos facilmente.



## AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE RIO DE MOURO PADRE ALBERTO NETO

Eb2,3 PADRE ALBERTO NETO- EB1 RINCHOA Nº 2- EB1/JI RIO DE MOURO Nº1 –EB1/JI RIO DE MOURO Nº 2

CÓDIGO 170318

Cerca de 25% das crianças com PHDA demonstram dificuldades de aprendizagem. Estas consistem num défice em um ou mais dos processos psicológicos básicos envolvidos na compreensão ou na utilização da linguagem falada ou escrita. Resultam de problemas de linguagem, de problemas de ordem preceptiva ou de distúrbios na forma como a informação é processada ou expressa em situações de comunicação escrita ou oral.

Estes alunos podem apresentar insuficiência na competência de leitura, de escrita, de ortografia ou de aritmética.

Os alunos que são predominantemente afectados por estados de desatenção mostram com frequência dificuldade nas relações sociais.

Nem todas as crianças com PHDA são agitadas e impulsivas. As que não são, passam despercebidas.

### **METODOLOGIAS DE INTERVENÇÃO**

Existem inúmeras metodologias de intervenção. Estas podem variar segundo diversos factores, entre os quais, os pressupostos teóricos que as suportam, a problemática em questão, neste caso a PHDA e a faixa etária a que se dirigem (Melo, 1994).

A questão mais frequente neste âmbito, centra-se essencialmente na procura da metodologia mais eficaz e mais correcta, que ainda não foi encontrada nem, provavelmente, será. Isto porque, a PHDA, e a maiorias das perturbações do desenvolvimento, são multifactoriais, ou seja, afectam o indivíduo na sua globalidade e, muito frequentemente, coexistem com outras perturbações ou problemáticas. Sendo assim, actualmente, acredita-se que uma intervenção multimodal na PHDA, é a que obtém melhores resultados e mais duradouros (Melo, 2004).

Fazendo uma revisão das metodologias mais utilizadas nos últimos anos, Melo (1994) refere cinco principais metodologias de intervenção: Psicofarmacológica; Cognitivo-comportamental; Perceptivo-motora; Psicoterapêutica; Pedagógico-Terapêutica; Outras e; Conjugação de diferentes metodologias. As duas primeiras são as mais utilizadas e referidas, na literatura, como as mais eficazes.

Os alunos com esta problemática apresentam sinais claros e repetitivos de desatenção, inquietude e impulsividade, mesmo quando tentam não mostrá-los.



## AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE RIO DE MOURO PADRE ALBERTO NETO

Eb2,3 PADRE ALBERTO NETO- EB1 RINCHOA Nº 2- EB1/JI RIO DE MOURO Nº1 –EB1/JI RIO DE MOURO Nº 2

CÓDIGO 170318

### ESTRATÉGIAS A ADOPTAR

- Evitar colocar os alunos nos cantos da sala, onde a reflexão do som é maior. Eles devem ficar nas primeiras carteiras das filas no centro da sala;
- Fazer com que a rotina na turma seja clara e previsível. Crianças com PHDA têm dificuldade de se ajustar a mudanças de rotina;
- Afastar o aluno de portas e janelas para evitar que se distraia com outros estímulos;
- Colocar o aluno perto de fontes de luz para que possa ver bem;
- Não falar de costas, mantendo sempre o contacto visual;
- Intercalar as actividades de alto e baixo interesse durante o dia, em vez de concentrar o mesmo tipo de tarefa num só período;
- Repetir ordens e instruções; fazer frases curtas pedindo ao aluno para repeti-las, certificando-se de que ele entendeu;
- Procurar dar apoio adicional durante tarefas longas;
- Permitir movimento na sala de aula. Por ex. pedir à criança para ir buscar materiais, apagar o quadro, recolher trabalhos. Assim ela pode sair da sala quando estiver mais agitada e recuperar o auto controle;
- Estar sempre em contacto com os Encarregados de Educação: anotar no caderno do aluno as tarefas escolares, enviando bilhetes diários ou semanais;
- O aluno deve ter reforços positivos quando for bem sucedido. Isso ajuda a elevar a sua auto-estima. Procurar elogiar ou incentivar o que aquele aluno tem de bom e valioso;
- Colocar a criança perto de colegas que não o provoquem, perto da mesa do professor na parte de fora do grupo;
- Proporcionar um ambiente acolhedor, demonstrando afecto de maneira equilibrada e, se possível, fazer com que os colegas tenham a mesma atitude;
- Nunca provocar constrangimento ou menosprezar o aluno;
- Proporcionar, sempre que possível, trabalho de aprendizagem em grupos pequenos e favorecer oportunidades sociais;








## AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE RIO DE MOURO PADRE ALBERTO NETO

EB2,3 PADRE ALBERTO NETO- EB1 RINCHOA Nº 2- EB1/JI RIO DE MOURO Nº1 –EB1/JI RIO DE MOURO Nº 2

CÓDIGO 170318

- Colocar limites claros e objectivos; tenha uma atitude disciplinar equilibrada e proporcione avaliação frequente, com sugestões concretas e que ajudem a desenvolver um comportamento adequado;
- Desenvolver métodos variados utilizando apelos sensoriais diferentes (som, visão, tacto). Quando as novas experiências envolvem uma miríade de sensações (sons múltiplos, movimentos, emoções ou cores), esse aluno provavelmente precisará de tempo extra para completar sua tarefa.
- Permanecer em comunicação constante com os intervenientes que o acompanham.

### Bibliografia

-  American Psychiatric Association (1994). DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
-  Correia, L. M. (1997). Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula. Porto: Porto Editora
-  Lopes, J. (2003). A Hiperactividade. Coimbra. Editora Quarteto.
-  Melo, A. (1994). Expressão Motora da Criança Instável: Análise Multidimensional da Expressão Motora de Crianças Instáveis de 7 a 8 Anos em Situação Escolar Livre. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa. Cruz Quebrada.
-  Melo, A. (2004). Contributos para a Avaliação da Criança com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. Tese de Doutoramento. Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa. Cruz Quebrada.