



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA/ UFSC  
SECRETARIA DE AÇÕES AFIRMATIVAS E DIVERSIDADES/ SAAD  
COORDENADORIA DE ACESSIBILIDADE EDUCACIONAL/ CAE**

# **TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) – INFORMAÇÕES GERAIS**

## **Introdução**

De acordo com Joffe (2005), os sintomas do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (doravante TDAH) compreendem a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade. Nessa mesma direção, para Barkley (2002) o TDAH pode ser entendido com um transtorno de desenvolvimento do autocontrole, que culmina em problemas com os períodos de atenção, com o controle do impulso e com o nível de atividade.

Em consonância com as ideias anteriores, Hallowell e Ratey (1999) definem o déficit de atenção como uma síndrome neurológica caracterizada por certa facilidade de distração, baixa tolerância à frustração e ao aborrecimento e impulsividade e hiperatividade. Aliás, definição bastante semelhante à trazida pelo DSM IV, que define o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade como um problema de saúde mental, um distúrbio da atenção, impulsividade e hiperatividade.

Cabe ressaltar que embora a letra “H” já tenha sido incorporada à sigla TDAH, o transtorno do déficit de atenção não é necessariamente acompanhado por hiperatividade. Inclusive, existem diferentes manifestações dos seus componentes, podendo ser predominantemente hiperativo ou desatento. E, também, os sintomas podem surgir de forma isolada ou combinada.

A propósito dos diagnósticos, o DSM III, anterior ao mencionado, mudou o sistema de classificação das doenças mentais. O DSM III foi publicado em 1980, portanto,

antes da denominada década do cérebro<sup>1</sup> (anos 90). A ideia do grupo responsável pela elaboração do referido manual era a de construir um sistema diagnóstico baseado em evidências científicas neutras. A objetividade pretendida também criou condições de possibilidade para que desordens do humor, da cognição, do afeto e da conduta passassem a ser descritas como anomalias cerebrais específicas, relacionadas a sistemas de neurotransmissores também específicos (CALIMAN, 2009). Para a mesma autora, a psicofarmacologia, nessa direção, tinha a pretensão de criar drogas que não afetassem a fisiologia de forma global, mas que apenas atacassem alguns sintomas específicos.

Não há dúvidas de que existem muitas controvérsias em relação ao transtorno. Tanto no que diz respeito às origens, quanto ao tratamento e à própria existência dele. Várias entidades e pesquisadores da área, no entanto, defendem fervorosamente a concretude da condição e ressaltam, inclusive, que é um dos distúrbios mentais mais bem pesquisados. No entanto, conforme ressalta Caliman (2009):

Apesar de aclamado pelos cientistas como a patologia psiquiátrica mais estudada das últimas décadas, o TDAH vinha sendo chamado pela mídia e pelo público leigo de *diagnosis du jour, boutique disorder* e *psychofad*. As controvérsias e paradoxos de sua pesquisa invadiam a mídia. O exorbitante aumento do número de casos identificados em crianças, adolescentes e adultos; a disseminação das prescrições de estimulantes; a proliferação dos processos legais que, com base na evidência do diagnóstico, pleiteavam o direito à educação especial, contribuía para a disseminação de um clima de suspeita (p. 139).

Ou seja, do lado oposto daqueles que entendem o transtorno como incontroverso, bastante objetivo e muito bem estudado, há uma série de pesquisadores que compreendem como problemático o aumento expressivo dos diagnósticos, a forma como são realizados (por meio de *check lists* de sintomas) e a medicalização desenfreada – esta última denunciada como uma notória busca por lucros – por parte da indústria farmacêutica.

Ainda para Caliman (2009), o TDAH hoje se sustenta em torno de duas premissas principais: (1) cálculos de risco (uma vez que a pessoa com essa condição é considerada como mais predisposta a causar acidentes, ou seja, aquilo que seria acidental e sem controle, como são as colisões, são explicadas pelo comportamento desatento – no limite, a pessoa com TDAH é um risco/perigo) e (2) causa biológica e evidência visual (as explicações neuroquímicas e os exames de imagem ratificam a existência do transtorno, ainda que a autora aponte para a falibilidade desses procedimentos).

Porém, é preciso deixar claro que não é nossa intenção questionar as diferentes concepções acerca do transtorno, ou mesmo chegar a um consenso, inclusive em relação à medicação (prioritariamente o Metilfenidato) que é utilizada para a minimização dos sintomas e que também é cercada por controvérsias (se realmente funciona, se é a melhor

---

<sup>1</sup> A década do cérebro diz respeito ao período no qual foram percebidos grandes avanços científicos em relação à compreensão do funcionamento cerebral. Tal sensibilidade influenciou consideravelmente a atribuição de diagnósticos e a intervenção dos casos patológicos.

opção de tratamento e os efeitos colaterais que pode causar) (BRZOZOWSKI E DIEH, 2013; SILVA et al, 2012).

No entanto, não podemos ignorar a demanda crescente de pessoas com queixas de desatenção e de agitação – que começa a se tornar comum dentre os estudantes do ensino superior – e que chegam a nosso setor. Por conseguinte, a despeito da compreensão que cerca o fenômeno, queremos abordar as questões que envolvem a mediação da desatenção/hiperatividade de forma mais global.

Ademais, independentemente de comprovações científicas acerca da objetividade dessa condição, não podemos negar a incontestável interferência do ritmo de vida atual – e das demandas e exigências que são colocadas no comportamento e na produtividade das pessoas. O ritmo de vida estressante e acelerado, além dos inúmeros distratores que hoje nos são acessíveis, se não são causa, provavelmente potencializam os comportamentos de desatenção e hiperatividade.

Dito de outro modo, nossa intenção não é a de incentivar a medicalização do distúrbio, tampouco inibir qualquer prática que busque intervenções. Nossa perspectiva é a de compreender as demandas trazidas pelo estudante e apontar possíveis caminhos que podem minimizar as barreiras à aprendizagem e ao desenvolvimento – no âmbito educacional.

Inclusive, nossa perspectiva é a de que as estratégias por nós discutidas e indicadas não sejam compreendidas como práticas de facilitação, direcionadas a um determinado público, mas como ações que vão tornar a aula mais atrativa e mais organizada para todos os estudantes.

## **Diagnóstico**

Partimos do princípio de que a desatenção e a hiperatividade/impulsividade, que serão mediadas, não sejam provenientes de falta de educação ou grosseria. Além disso, não trataremos as queixas como provenientes de distúrbio, mas como uma condição que atravessa a existência da pessoa e que são impactadas por mudanças ambientais e procedimentais.

O TDAH é compreendido como uma condição de origem neurológica, mas que recebe influências psicológicas e emocionais. É bastante comum e é percebida em 3-7% das crianças e em cerca de 4% dos adultos. A literatura aponta que a condição é mais comum dentre os meninos (três vezes mais frequente que entre as meninas). Aliás, as meninas costumam apresentar mais sintomas de desatenção, enquanto os meninos, comumente, apresentam mais comportamentos hiperativos. Além disso, é importante ressaltar que esse diagnóstico, frequentemente, está atrelado a outros. Ou seja, é muito comum que a pessoa diagnosticada com TDAH também apresente dislexia, discalculia, além de outras condições como: ansiedade, depressão, distúrbios de aprendizagem, agitação ou mania, comportamento de alto risco, e com autodestruição, estados dissociativos e distúrbio obsessivo-compulsivo (FABRÍCIO *et al*, 2007).

O diagnóstico é fechado quando o paciente atende a, pelo menos, seis dos nove critérios de um ou de ambos os domínios da síndrome (hiperatividade/impulsividade e desatenção) em pelo menos dois locais de avaliação distintos, como, por exemplo, em casa e na escola (DSM 4).

Pesquisas indicam que o TDAH possui uma forte predisposição hereditária (MATOS *et al*, 2006). Há a correlação do transtorno com alterações nos genes transportador (DAT) e receptor de dopamina (DRD4). No entanto, essa ligação não é incontestável, uma vez que há resultados negativos para essa correlação, o que nos leva a concluir que o TDAH é uma condição heterogênea, de etiologia multifatorial, genética e não genética.

Além disso, há estudos que apontam para a existência de disfunções noradrenérgicas no córtex pré-frontal (CPF), sugerida também por estudos de imagem funcional, que configura a base de uma das teorias mais convincentes para a fisiopatologia da TDAH: a disfunção neurotransmissora do CPF, determinada, em alguns casos, de forma genética (PEREIRA *et al*, 2005).

Ainda para os mesmos autores, notadamente, uma série de fatores etiológicos pode ser responsável pelo desequilíbrio funcional do córtex pré-frontal e a melhora da função noradrenérgica pode auxiliar na superação dos sintomas de forma independente da causa. O córtex pré-frontal é justamente a área correlacionada ao freio inibitório, às tarefas que envolvem atenção e memória operacional, daí a correlação entre uma disfunção nessa região e o diagnóstico de TDAH (ARNSTEN, 2000; JAKALA *et al*, 1999).

De acordo com os autores mencionados, acredita-se que as medicações indicadas nos casos de TDAH, sobretudo o metilfenidato, aumentem a atividade frontal inibitória através de vias dopa e noraminérgicas, ou seja, justamente as estruturas subcorticais atingidas por desequilíbrios de neurotransmissores de etiologias diversas. Um dos neurotransmissores, apontado como deficitário e que é responsável pelo controle da atividade motora, a dopamina, tem seus níveis alterados nos quadros de TDAH. E uma série de estudos aponta para a maior eficácia do tratamento medicamentoso em comparação à terapia comportamental.

### **Mudanças trazidas pelo DSM-5 e critérios diagnósticos atuais**

A Associação Brasileira do Déficit de Atenção – ABDA (2007), apresenta algumas mudanças trazidas pela última versão do DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística V – 2013). A lista de 18 sintomas, sendo nove (9) de desatenção, seis (6) de hiperatividade e três (3) de impulsividade (estes dois últimos computados conjuntamente) permaneceu a mesma que da edição anterior. O número de sintomas para atribuição do diagnóstico também não sofreu mudanças (6 sintomas de desatenção e/ou 6 sintomas de hiperatividade-impulsividade).

No caso de adultos, no entanto, este número passou para cinco (5) sintomas, o que é um novo critério. Vale ressaltar que esses sintomas são considerados clinicamente significativos quando estão presentes há pelo menos seis (6) meses e quando são nitidamente inconsistentes com a idade do indivíduo, ou seja, a pessoa é muito mais desatenta e inquieta que o esperado para a idade. A lista de sintomas de desatenção e hiperatividade-impulsividade compreende o critério A. O critério B abarca aqueles sintomas que são apreciados em período mais remoto, no entanto, na quarta publicação do DSM, esses deveriam ser percebidos desde antes dos sete (7) anos. Porém, esse corte temporal dificultava o estabelecimento do diagnóstico, especialmente dentre os adultos, que muitas vezes não se lembravam dos detalhes dessa fase (MATOS *et al*, 2006). Assim sendo, a idade foi estendida para 12 anos. De qualquer modo, ainda que a idade tenha sido alargada, o diagnóstico é fechado levando-se em conta os comportamentos que ocorreram desde o início do desenvolvimento do sujeito e não apenas aqueles apresentados em momento atual.

Além disso, assim como já ocorria no DSM-IV, para se chegar ao diagnóstico de TDAH existe a necessidade de que os sintomas sejam observados em contextos diferentes, casa e escola, por exemplo, (critério C). Também, é preciso que haja claro comprometimento na vida acadêmica, social e profissional – relativo ao critério D, que permaneceu idêntico ao manual anterior.

O critério E foi modificado em relação ao DSM-IV. Isso porque, no manual anterior, não era possível fazer o diagnóstico de TDAH se houvesse um quadro de Autismo, por exemplo. Entretanto, embora o diagnóstico possa ser fechado em associação a outras condições, permanecem as exigências de que os sintomas não ocorram exclusivamente durante outro quadro (esquizofrenia, por exemplo) e que não sejam mais bem explicados por outro transtorno (ansiedade e depressão, por exemplos).

A ABDA (2017) refere que os “subtipos” foram retirados do manual e substituídos pelo termo “apresentação”, denotando que os sintomas atuais podem ser modificados com o tempo (aliás, algo bastante comum). O termo “subtipo” levava à interpretação equivocada de que aquela era uma “subcategoria” estável e fixa do TDAH. As apresentações, no entanto, mantêm as mesmas “divisões” dos antigos subtipos: com predomínio de desatenção, com predomínio de hiperatividade-impulsividade e apresentação combinada.

O manual mais atual (DSM-5) ainda traz a opção de que o TDAH seja categorizado como “Remissão Parcial”, nos casos em que houve diagnóstico pleno de TDAH anteriormente (isto é, de acordo com todos os critérios), porém com um menor número de sintomas atuais (ABDA, 2017). Além disso, a quinta edição traz a possibilidade de o TDAH ser subdividido em Leve, Moderado e Grave, tomando por base o grau de comprometimento que os sintomas causam na vida do sujeito.

**CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE DÉFICIT DE  
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE – DSM-V**

A 1. Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção (duração mínima de 6 meses):

- a) Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
- b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais;
- e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
- f) com frequência evita, antipatiza ou reluta em envolver-se em tarefas que exigem esforço mental constante;
- g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades;
- h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
- i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

A2. Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade (duração mínima de 6 meses):

- a) Frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;
- b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- c) frequentemente corre ou escala em demasia em situações nas quais isto é inapropriado;
- d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;
- e) está frequentemente "a mil" ou muitas vezes age com se estivesse "a todo vapor";
- f) frequentemente fala em demasia. Impulsividade (duração mínima de 6 meses)

g) Frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas; h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;
i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros.
B Alguns sintomas de hiperatividade – impulsividade ou desatenção que causam prejuízo devem estar presentes antes dos 12 anos de idade.
C Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (escola, trabalho e em casa, por exemplo).
D Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
E Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são melhores explicados por outro transtorno mental.

## Referências

AMORIM, C. **Comorbidades e TDAH:** mais de um problema ao mesmo tempo. Instituto Paulista de Déficit de Atenção. Disponível em: <https://dda-deficitdeatencao.com.br/tdah/comorbidades.html>. Acesso em 06/12/2018.

ARNSTEN, A.F.T. Genetics of childhood disorders: XVIII. ADHD, Part. 2: norepinephrine has a critical modulatory influence on prefrontal cortical function. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 2000; 39: 1201-3.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, APA. **DSM IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed.rev. – Porto Alegre: Artmed, 2002.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, APA. **DSM V – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed.rev. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARKLEY, R.A. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH**, Artmed, São Paulo, 2002.

BRZOZOWSKI, F.S., DIEH, E.E. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: o diagnóstico pode ser terapêutico? **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 4, p. 657-665, out./dez. 2013.

CALIMAN, L.V. A constituição sócio-médica do “Fato TDAH”, **Psicologia & Sociedade**; 21 (1): 135-144, 2009.

FABRÍCIO, N.M.C.; SOUZA, V.C.B.; ZIMMERMANN, V.B. **Singularidade na Inclusão: Estratégias e Resultados**. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2007.

FERGUSON, D.M.; LINSKEY M.T.; HORWOOD L.J. Attentional difficulties in middle childhood and psychological outcomes in young adulthood. **J Child Psychol Psychiatry** 1997; 38: 633-44.

HALLOWELL, E. M.; RATEY, J. J. **Tendência à distração: identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção (DDA) da infância à vida adulta** (A. Carvalho, Trad.). Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

JAKALA, P.; RIEKKINEN, M.; SIRVIO, J.; KOIVISTO, E., KEJONEN, K; VANHANEN, M., RIEKKINEN, P. JR. Guanfacine, but not clonidine, improves planning and working memory performance in humans. **Neuropsychopharmacology** 1999; 20: 460-70.

JOFFE, V. **Um dia na vida de um adulto com TDAH**, Editora Lemos, São Paulo, 2005.

LOPES, R.M.F.; NASCIMENTO, R.F.L; BANDEIRA, D.R. Avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. **Avaliação Psicológica**, 4(1), 2005, pp. 65-74

MATTOS, P. **No mundo da lua: Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos**. São Paulo, SP: Lemos Editorial, 2003.

MATTOS, P.; PALMINI, A.; SALGADO, C. A.; SEGENREICH, D.; GREVET, E.; OLIVEIRA, I. R.; ROHDE, L. A.; ROMANO, M.; LOUZÃ, M.; ABREU, P. B.; LIMA, P. P. Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. **Rev Psiquiatr RS** jan/abr 2006;28(1):50-60.

PEREIRA, H. S.; ARAÚJO, A. P. Q. C.; MATTOS P. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 5 (4): 391-402, out. / dez., 2005.

POSSA, M. A.; SPANEMBERG, L.; GUARDIOLA, A. Comorbidades do Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças escolares. **Arq Neuropsiquiatr** 2005;63(2-B):479-483.

SILVA, A. C. P.; LUZIO, C. A.; SANTOS, K. Y. P.; YASUI, S.; DIONÍSIO, G. H. A explosão do consumo de ritalina, **Revista de Psicologia da UNESP** 11(2), 2012.