

# DISTÚRPIO DO DÉFICE DA ATENÇÃO

Trabalho de Licenciatura (2005)

**Tiago Alexandre Lopes R. Lino**

Estudante do 4º ano da Licenciatura em Psicologia na Universidade Autónoma de Lisboa  
Portugal

**Telem:**

+351 967 932 407

**Email:**

[tiago.lopes@iol.pt](mailto:tiago.lopes@iol.pt)

## RESUMO

Este artigo visa descrever o que é o Distúrbio do Défice da Atenção, onde é minimamente explicado como é que se desenvolve a DDA, causas e consequências de tais sintomas que perturbam o bom funcionamento e a boa qualidade de vida, não só de crianças como de adultos.

Às crianças que hoje são diagnosticadas com comportamentos DDA, antes eram vistas como “rebeldes”, “traquinas”, “com mau feitio”, etc. Com este trabalho pretendo deixar bem claro, que todos estes adjectivos, não são falsos, só que não servem de explicação para determinados comportamentos infantis e/ou adultos, eles apenas se enquadram nos critérios que diagnosticam um distúrbio, que se inicia na infância e acompanha o indivíduo por toda a sua vida, causando-lhe grandes danos físicos e psíquicos.

O primeiro ponto, é destinado a definir o que é o Distúrbio do Défice da Atenção, os vários nomes pelo qual este distúrbio é confundido e nomeado, consoante o autor. Conceptualizar, de um modo geral, o DDA, dividindo-se em vários sub-pontos, para focar o que é mais relevante conhecer no DDA.

Assim, o primeiro sub-ponto conta, com a evolução histórica, dos vários nomes dados ao DDA, desde do Defeito de Controle Moral até ao conceito que hoje é usado, para descrever um estado de ansiedade, desorganização e inutilidade, que alguns indivíduos sentem.

O segundo sub-ponto, trata dos critérios de diagnóstico do DDA, dos seus sub-tipos, bem como dos diferentes sintomas e sinais associados a cada um deles.

O terceiro sub-ponto, refere-se à epidemiologia, quantos casos foram já contabilizados para determinada população, e acentua o facto dos comportamentos DDA, serem mais frequentes no sexo masculino do que no sexo feminino.

O quarto sub-ponto, caracteriza os sintomas e sinais existentes nos indivíduos possuidores de DDA, desde da inquietação ao desespero, por quererem ser úteis, organizados e capazes de gostar de si próprios.

O quinto sub-ponto, é talvez o mais extenso, pois abarca a etiologia do DDA, reunindo os factores biológicos, genéticos, familiares e socioculturais. Este ponto relata quatro visões diferentes para a causa do DDA.

Ao segundo ponto, cabe-lhe o papel de divulgar quais formas de avaliação do Distúrbio do Déficit de Atenção. Quais os testes psicológicos que podem avaliar tais comportamentos e atitudes, bem como quais os exames neurofisiológicos que ajudam a visualizar o funcionamento do cérebro DDA.

O terceiro ponto, tem o objectivo de diferenciar o DDA de outras perturbações que podem ser confundidas, mas que não reúnem todos os critérios de diagnósticos de DDA, mas que muitas vezes leva à confusão e a um falso diagnóstico diferencial.

O quarto ponto, dá especial relevância os modelos de intervenção do DDA, juntando o tratamento médico-farmacológico e o tratamento psicoterapêutico. Focando nomeadamente quais os tipos de medicamentos terapêuticos, como os estimulantes, os antidepressivos e os adicionais, passando pela terapia que mais efeitos produz no tratamento do DDA, que é a terapia cognitivo-comportamental.

O quinto e último ponto, é todo ele dirigido à psicopedagogia e como é que ela pode ajudar um indivíduo em tal sofrimento. Neste ponto é explorado as áreas e estratégias de intervenção psicopedagógica, no sentido de ajudar o indivíduo a mudar os seus comportamentos desadequados, que muitas das vezes são intempestivos.

**Palavras-chave:**

Distúrbio, Déficit, Atenção, Hiperactividade, Concentração, Impulsividade e Desatenção.

## 1- DISTÚRPIO DO DÉFICE DA ATENÇÃO

É diversificada a terminologia pela qual é conhecida esta problemática. É comum a literatura referir-se a ela apenas como hiperactividade. Mas outros termos como hiperquinésia, disfunção cerebral mínima, síndrome hiperquinético, problemas de comportamento, etc., são também usados para referir um repertório comportamental comum.

### 1.1. DEFINIÇÃO

Em termos práticos, diríamos que um indivíduo com DDA manifesta na sua actividade diária, padrões comportamentais em que a actividade motora é muito acentuada e inadequada ou excessiva. São crianças que têm muita dificuldade em permanecer no seu lugar, que se mexem ou baloiçam continuamente, que mantêm um relacionamento difícil com os colegas (intrometem-se nas suas brincadeiras), não prestam atenção e precipitam as respostas, etc. Nenhuma destas manifestações deve ser confundida com má educação ou faltas de comportamento ocasionais.

Um indivíduo com DDA, manifesta sinais de desenvolvimento inadequado, em relação à sua idade mental e cronológica, nos domínios da atenção, da impulsividade e da actividade motora.

### 1.2. HISTÓRIA

Ao longo dos tempos, o Distúrbio do Défice de Atenção, já conheceu vários adjectivos, para descrever os mesmos sinais e sintomas, sendo eles a Disfunção Cerebral Mínima, Síndrome da Criança Hiperactiva, Síndrome da Ausência de Controle Moral ou ainda Reacção Hipercinética da Infância.

Em 1902, George Fredick Still, foi dos primeiros a interessar-se por crianças agressivas, desafiadoras, indisciplinadas, excessivamente emotivas e passionais, desatentas, hiperactivas, propensas a acidentes e por vezes hostis. Aos quais Still, denominou como componentes de *Defeito de Controle Moral*.

Em 1934, Kahn e Cohen, denominaram a falta de atenção, a irregularidade da actividade física e o controle de impulsos, como sendo o *Distúrbio de Comportamento Pós-Encefalite*. Este termo derivou de um estudo efectuado, entre 1917 e 1918, em crianças com comportamentos similares aos descritos por Still, e que foram vítimas da *Epidemia de Encefalite de Von Economo*. Este estudo pretendia mostrar a correlação entre a encefalite e a *Deficiência Moral*.

Mas estes estudos, tiveram uma contradição, que era, então e aquelas crianças que não foram vítimas da epidemia de encefalite, mas que apresentavam os sinais de *Deficiência Moral*? Foi então

criado o termo, *Cérebro Danificado ou Lesionado*, que *à posteriori* veio a ser substituído por *Lesão Cerebral Mínima*.

Este termo foi também contestado, pois as lesões cerebrais que eram faladas nunca foram provadas, nem através de testes nem de exames médicos objectivos, passando a ser utilizado o termos *Disfunção Cerebral Mínima*.

O termo *Hiperactividade Infantil*, só apareceu em 1957 por Laufer e em 1960 por Stella Chess, mas por razões diferentes. Laufer, acreditava que a síndrome era exclusivo do sexo masculino e desaparecia com o crescimento natural do indivíduo. Já Stell, encarou a síndrome da *Hiperactividade Infantil* como sendo algo resultante da genética individual, daí o termo *Síndrome da Criança Hiperactiva*.

Em 1968, a Associação de Psiquiatria Americana (APA), ao publicar o DSM-III, substituiu a *Hiperactividade Infantil* por *Reacção Hipercinética da Infância*.

Em 1976, Gabriel Weiss, elaborou um estudo, durante um longo período de tempo, onde veio provar que a hiperactividade tendia a diminuir na adolescência, mas os problemas de atenção e impulsividade persistiam pela vida adulta.

Em 1980, a Associação de Psiquiatria Americana (APA), reconheceu esta síndrome na forma adulta e passou a designá-lo por *Distúrbio do Défice de Atenção*.

### 1.3. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

Em 1994, a Associação de Psiquiatria Americana (APA), classificou o DDA, em três sub-tipos:

- **Défice de Atenção, predominantemente Desatento** – em que tem que predominar seis (ou mais) sintomas de falta de atenção, mas menos de seis sintomas de hiperactividade-impulsividade, persistindo durante, pelo menos, seis meses.
- **Défice de Atenção, predominantemente Hiperactivo-Impulsivo** – em que tem que predominar seis (ou mais) sintomas de Hiperactividade-Impulsividade, mas menos de seis sintomas de falta de atenção, persistindo durante, pelo menos, seis meses.
- **Défice de Atenção, predominantemente Combinado** – em que têm que estar presentes seis sintomas de falta de atenção e seis de hiperactividade-impulsividade, durante seis meses, no mínimo. Grande maioria das crianças e adolescentes com a perturbação, estão incluídos no tipo misto. Nos adultos não há qualquer prova.

- CrITÉrios de DiagnÓstico para a Desatenção:

- (a) Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em actividades escolares, de trabalho ou outras;
- (b) Com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou actividades lúdicas;
- (c) Com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- (d) Com frequência não segue instruções e não termina seus trabalhos de casa, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);
- (e) Com frequência tem dificuldades para organizar tarefas e actividades;
- (f) Com frequência evita, antipatiza ou recusa envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou trabalhos de casa);
- (g) Com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou actividades (p.e. brinquedos, lápis, livros ou outros materiais);
- (h) É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
- (i) Com frequência apresenta esquecimento em actividades diárias.

- CrITÉrios de DiagnÓstico para a Hiperactividade:

- (a) Frequentemente agita as mãos ou os pés e remexe-se constantemente na cadeira;
- (b) Frequentemente abandona a sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- (c) Frequentemente corre demasiado, mesmo nas situações mais inapropriadas (nos adultos é manifestado pela inquietação);
- (d) Frequentemente tem dificuldade para brincar ou envolver-se silenciosamente em actividades de lazer;
- (e) Está frequentemente super agitada, como se estivesse a “mil à hora”;
- (f) Frequentemente fala incansavelmente;

- CrITÉrios de DiagnÓstico para a Impulsividade:

- (a) Frequentemente dá respostas precipitadas antes das perguntas terem sido completadas;
- (b) Com frequência tem dificuldade para esperar pela sua vez;

- (c) Frequentemente interrompe ou mete-se em assuntos de outros (p.e. intromete-se em conversas ou brincadeiras).

#### **1.4. EPIDEMIOLOGIA**

Estima-se que de 3% a 5% das crianças em idade escolar sofrem de Desordem por Défice de Atenção com Hiperactividade (APA, 1994) e que outros 5% a 10% apresentem sintomas de DDA em menor número mas que continuam, mesmo assim, a perturbar o curso normal da aprendizagem e o sucesso educativo.

Esta desordem é muito mais comum nos rapazes do que nas raparigas: 80% a 90% dos casos diagnosticados são de rapazes.

Os sintomas, em muitos casos, vão-se atenuando com a idade, estimando-se que os casos em que se continuam a manifestar pela vida adulta rondem os 30% a 50%.

#### **1.5. SINTOMAS FÍSICOS E PSICOLÓGICOS**

O DDA é caracterizado por três sintomas primários, a Desatenção, a Hiperactividade e a Impulsividade, em que pode dizer-se que a desatenção é sintoma psicológico e a hiperactividade e a impulsividade são sintomas físicos.

A nível psicológico, um DDA é muito ansioso, munido de ideias atribuladas, vive numa confusão mental, onde facilmente desviam a sua atenção para outras coisas ou ao que os outros dizem; são super-desorganizados na sua vida quotidiana; têm frequentemente “brancas” no seu discurso; tendem a cometer erros de fala, leitura ou escrita; são dotados de um hiperfoco e frequentemente interrompem as tarefas que estão a fazer, bem como interrompem os outros.

A nível de sintomas físicos, apresentam grande dificuldade em permanecer sentado; têm necessidade de estar a mexer os pés ou as mãos; constante sensação de inquietação ou ansiedade; busca incansável de se manter ocupado, de fazer várias coisas ao mesmo tempo e de falar sem parar.

Um indivíduo com DDA, apresenta também uma baixa tolerância à frustração, fala sem pensar, é incapaz de esperar pela sua vez, tende impulsivamente a executar certas acções como comprar, acabar relacionamentos, deixar o emprego, etc; é muito reactivo; compulsivo; com grande instabilidade sexual, age contraditoriamente, é hiper reactivo e tende a culpar os outros. Estes indivíduos, apresentam também, mudanças bruscas e repentinas de humor e ao desespero. Por último, são dotados de um elevado espírito criativo, original e intuitivo.

## 1.6. ETIOLOGIA

As causas que conduzem à DDA são muito variadas e, provavelmente, dependentes de factores diversificados, sendo difícil, na maioria dos casos, determinar uma etiologia precisa, já que também não é detectável nenhum dano cerebral, como acontece noutras perturbações mentais.

### 1.6.1. FACTORES BIOLÓGICOS

Há quem defenda, como (Vasquez, 1997), que existem factores biológicos, que causa DDA, nomeadamente, factores pré-natais, como o uso de álcool e drogas durante a gravidez ou complicações intra-uterinas, e péri-natais, como traumatismos crânio-encefálicos e anoxia. Pois estes além de provocarem perturbações específicas, interferem no desenvolvimento global da criança.

Outros autores como Villar (1998), apontam também para factores biológicos como causa do DDA, estabelecendo uma relação entre a capacidade de uma pessoa prestar atenção às coisas e o nível de actividade cerebral. Detectaram-se, portanto, áreas do cérebro menos activas em pessoas portadoras de DDA do que em pessoas sem esta problemática, levando à suspeita de uma possível *disfunção do lóbulo frontal* e das *estruturas diencéfalo-mesencefálicas*.

Hoje em dia, defende-se que o DDA resulta de um funcionamento alterado no sistema neurobiológico cerebral, ou seja, os neurotransmissores apresentam-se em elevadas quantidades no interior dos sistemas cerebrais, que são responsáveis pelas funções da atenção, impulsividade e actividade física e mental do comportamento humano.

Os principais neurotransmissores responsáveis pelo distúrbio, são a noradrenalina e a dopamina. Assim, o DDA não é uma lesão cerebral, como anteriormente se pensava, mas sim uma disfunção neuroquímica.

### 1.6.2. FACTORES GENÉTICOS

Muitos foram os estudos científicos, que divulgaram que o DDA era hereditário, pois crianças com pais possuidores de DDA, apresentavam uma maior incidência de comportamentos com DDA, do que crianças com pais não possuidores de DDA. Os estudos apontaram que o DDA possuía um carácter hereditário, mas sem grau de probabilidade determinado.

Foram também efectuados outros estudos, basicamente em gémeos monozigóticos, onde apresentavam uma correlação de 50% de comportamentos com DDA, o que destaca o genético como importante, mas não como única manifestação do DDA, pois para isso ser possível, a correlação teria que ser se 100%.

### 1.6.3. FACTORES FAMILIARES

Já foi provado que o DDA, possui um factor hereditário, mas outro dos factores, é a possibilidade de ser a família a desencadear tal distúrbio. Emílio Salgueiro (1996)<sup>1</sup>, fez um estudo, onde verificou que as famílias das crianças com DDA, são famílias sobreprotectoras, deprimidas, ansiosas, intrusivas e manipuladoras.

Muitas vezes, a criança torna-se numa criança com DDA, pelas crises que existem na família, principalmente se a criança for possuidora de uma pré-disposição genética.

Por outro lado, o discurso entre os pais e a criança é rico em *Double-Bind*, donde a criança capta toda a ansiedade necessária para desenvolver o DDA. O facto dos pais estarem a dizer uma coisa e a emocionar outra, leva a criança a criar uma ansiedade dentro de si, pois não sabe o que é correcto e o que está errado. Esta ansiedade, está na base da sua desorganização intrapsíquica, o que leva à criança agir inadequadamente, quando confrontada de um estímulo que pode ser problemático.

### 1.6.4. FACTORES SOCIOCULTURAIS

Embora não tão frequentemente como os outros factores etiológicos, os factores ambientais, sobretudo no que implica a crianças expostas a guerras, bairros sociais em condições sociais e culturais precárias, grupos-pares onde predominem comportamentos DDA, etc. De facto o meio não fica ilibado de desencadear comportamentos DDA, mas à parte disso, ele é protagonista no que toca à revelação do DDA, advindo de outros factores etiológicos.

O meio socio-cultural, é portanto, o “fio condutor” do DDA, ou seja, se a criança em casa desenvolve o DDA, é no meio socio-cultural que ele se irá reflectir, principalmente nas áreas escolares e de interacção social.

Se no senso comum, costuma-se dizer que o comportamento das crianças, na vida social, é o reflexo da vida familiar, no caso do DDA, é bem aplicável, pois se a criança é irrequieta e desatenta, ela ao revelar estes sintomas em casa, a família não os percebe, porque também os poderá possuir, mas na escola, os colegas e os professores, percebem nitidamente o funcionamento inadequado da criança com DDA.

## 2. FORMAS DE AVALIAÇÃO

As principais formas de avaliação, são os testes psicológicos que podem ser:

- Provas ao Nível Intelectual:
  - WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children);
  - WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale);
  - Binet-Terman
  - Matrizes Progressivas de Raven;
  - Desenho da Figura Humana;
  
- Provas ao Nível Perceptivo-Psicomotor:
  - Bender-Gestalt;
  - Cópia de Figuras Geométricas;
  
- Provas Projectivas:
  - C.A.T. (Children Apperception Test)
  - T.A.T. (Thematic Apperception Test)

Note-se porém, que em relação aos testes, é necessário referir que os resultados podem induzir a resultados falsos, pois o indivíduo, no momento da aplicação, encontra-se numa situação nova, o que eleva o grau de excitação e dificulta a sua capacidade de hiperfoco, neste caso o resultado é falso negativo, por outro lado, pode estar ansioso, stressado ou perturbado, o que leva a um resultado falso positivo.

Existem também outras formas suplementares de diagnóstico, como exames neurofisiológicos, dos quais destaca-se o electroencefalograma (EEG) e os imagiológicos, embora não exista uma forte correlação entre o DDA e uma lesão cerebral específica.

### 3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Fazer o diagnóstico diferencial para o distúrbio do Défice de Atenção, é algo que se torna muito difícil, principalmente se estiver associado a outras perturbações, por isso é necessário distinguir os sintomas do Défice de Atenção do Défice de Atenção causados por outras perturbações.

Os principais sintomas de diagnóstico do DDA, têm início, tipicamente, depois dos sete anos de idade, contando com uma história infantil de adaptação escolar caracterizada por comportamentos disruptivos ou queixas dos professores, relativamente a comportamentos de falta de atenção, hiperactividade ou impulsividade.

Assim sendo, é necessário distinguir os sintomas do DDA de:

- Comportamentos adequados à idade das crianças, como por exemplo, correr sem parar ou comportamentos ruidosos;
- Crianças de QI baixo, quando colocadas em situações escolares desadequadas à sua capacidade mental;
- Deficiência mental, em que só se deve fazer o diagnóstico adicional de DDA, quando os comportamentos de desatenção e/ou hiperactividade são excessivos em relação à idade mental;
- Falta de atenção em crianças com elevado QI e sujeitas a meios escolares pouco estimulantes;
- Falta de atenção em crianças pertencentes a meios inadequados, desorganizados ou caóticos; perturbação de movimentos estereotipados, pois aqui o comportamento motor repetitivo, encontra-se geralmente centrado e fixado, além que os indivíduos com esta perturbação, muitas das vezes são hipoactivos;
- Outras perturbações mentais, tais como perturbações de humor (bipolar), de ansiedade, dissociativa, de personalidade, etc.

O DDA, não se diagnostica se os seus sintomas ocorrem no decurso de uma perturbação global do desenvolvimento ou de uma perturbação psicótica ou de uma perturbação pela utilização de outras substâncias sem outra especificação.

### 4. MODELOS DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

#### 4.1. MODELO DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

O critério de tratamento do DDA, deve basear-se na dialéctica CONFORTO x DESCONFORTO, partindo dos próprios indivíduos com DDA, avaliando se a sua forma de viver, pensar e agir, proporciona-lhes uma existência confortável ou não.

No caso dos adultos, a auto-avaliação torna-se mais fácil por meio da observação advinda de sucessivas frustrações e/ou limitações nos principais sectores vitais: social, afecto-familiar e profissional.

No caso das crianças e adolescentes, a ajuda dos pais e/ou dos professores é valiosa, na descrição de comportamentos desadequados e causadores de sofrimento.

Assim, o tratamento do DDA, conta com duas intervenções terapêuticas essenciais, a médico-farmacológica e a psicoterapia.

#### **4.2. TRATAMENTO MÉDICO-FARMACOLÓGICO**

O uso de medicamentos no DDA, é uma ferramenta necessária para uma melhor qualidade de vida do indivíduo.

Existem três categorias de medicamentos que podem ser usados no tratamento do DDA: os estimulantes, os antidepressivos e os adicionais. Frequentemente torna-se útil combinar medicamentos das diferentes categorias, para obter um efeito adequado.

Normalmente a medicação é a mesma, tanto para adultos como para crianças, diferenciando apenas a dosagem e a combinação adequada a cada caso.

##### 1. Os estimulantes:

- Metilfenidato (Ritalina®)
- Dextroanfetamina (Dexedrina®)
- Pemolina (Cylert®)

Actualmente, os estimulantes mais utilizados no tratamento do DDA, são à base de Metilfenidato (Ritalina®). Embora possa parecer contraditório, o uso de estimulantes em indivíduos que apresentem hiperactividade física e mental, mas de facto em termos práticos essas substâncias aumentam a concentração, diminuem a impulsividade e a hiperactividade, além de reduzirem a ansiedade e os estados depressivos.

##### 2. Os Antidepressivo:

- Desipramina (Norpramin®)
- Imipramina (Tofranil®)
- Venlafaxina (Efexor®)
- Bupropiona (Zyban®)
- Fluoxetina (Prozac®)
- Sertralina (Zoloft®)
- Paroxetina (Aropax®)

Os antidepressivos, mais utilizados, são aqueles à base de desipramina (Norpramin®) e têm efeitos benéficos no combate dos sintomas básicos do DDA (atenção, hiperactividade e impulsividade)

A combinação perfeita, no tratamento do DDA, é entre a desipramina (Norpramin®) e o metilfenidato (Ritalina®).

### 3. Os Adicionais:

➤ Este são utilizados para minimizar os efeitos colaterais da medicação principal, como os betabloqueadores (propranolol), que ajudam a reduzir a irritabilidade, a insónia, a taquicardia, a sudorese ou a diarreia.

➤ Ou utilizados para minimizar os comportamentos em que a medicação principal não actuou, tais como os acessos de raiva ou fúria, a agitação física, a instabilidade de humor, a ansiedade e a insónia. Nestes casos adicionam-se substância à base de lítio, ácido valpróico, carbamazepina, nadolo, propranolol, clonazepan e clonidina.

## **4.3. TRATAMENTO PSICOTERAPÊUTICO**

A psicoterapia tem um papel muito significativo, no tratamento do DDA, mas tem que ser uma psicoterapia mais directiva, objectiva, estruturada e orientada a metas.

A psicoterapia mais eficaz, é a cognitivo-comportamental, pois leva a uma mudança nos afectos e comportamentos, através de uma reestruturação cognitiva, isto é, leva o indivíduo com DDA, a substituir as sua crenças, pensamentos e comportamentos negativos e disfuncionais, por outras formas, menos depressivas e ansiosas, de perceber a realidade.

## **5. PLANO DE AJUDA DE INTERVENÇÃO PSICOPEDAGÓGICA**

### **5.1. ÁREAS DE INTERVENÇÃO**

As principais áreas de intervenção são:

❖ Ajudar o indivíduo com DDA na resolução de problemas, permitindo que ele possa identificar o problema, encontrar diversas soluções e escolher a que mais lhe parece adequada, levando-o a ponderar as consequências da escolha que tomou, bem como aumentar a sua tolerância à frustração;

❖ Na habilidade social, para que o indivíduo possa melhorar a qualidade das suas interações sociais, minimizando o impacto das atitudes e respostas impulsivas e irreflectidas que possam criar dificuldades nas relações;

❖ No estabelecimento de agenda de actividades do quotidiano e de objectivos, onde predomine os horários fixos para a execução de determinadas tarefas e de lazer, incluindo a prática de algum desporto, uma reeducação alimentar e a abolição de substâncias prejudiciais à ingestão, como a cafeína;

❖ Reestruturar a sua forma de pensar e agir quando confrontados com problemas, que podem ser prejudiciais ao seu funcionamento.

### **5.2. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO**

A estratégia primordial da intervenção psicopedagógica, é dar a conhecer ao indivíduo com DDA, o que é o DDA, informando-o de todos os sintomas e sinais, dos quais ele é detentor, para que seja mais fácil a auto-avaliação.

Cabe ao psicopedagogo, assumir este papel de informador, bem como ajudar o indivíduo a criar hábitos rotineiros.

Esses hábitos de rotina, contam com:

- ❖ 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;

- ❖ Com 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.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DORON, Roland e PAROT, Françoise, (2001), *Dicionário de Psicologia*, Lisboa, Climepsi Editores, 852 pp.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), (2002), *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4ª Ed., Lisboa, Climepsi Editores, pp. 85 – 103.

SILVA, Ana Beatriz B., (2003), *Mentes Inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperactivas*, 9ª Ed., São Paulo, Editora Gente, 222 pp.

SALGUEIRO, Emílio, (1996), *Crianças Irrequietas*, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 831 pp.

BAUTISTA, Rafael (Coord.), *Necessidades Educativas Especiais*, (1997), Almada, Dinalivro, pp. 159 – 184.

SILVA, Ana Beatriz B., (2003), *Mentes Inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperactivas*, 9ª Ed., São Paulo, Editora Gente, 222 pp.

SALGUEIRO, Emílio, (1996), *Crianças Irrequietas*, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 831 pp.

BAUTISTA, Rafael (Coord.), *Necessidades Educativas Especiais*, (1997), Almada, Dinalivro, pp. 159 – 184.

## LINKS DE INTERESSE

[ddah.planetaclix.pt/index.htm](http://ddah.planetaclix.pt/index.htm) (10/01/2004)

[www.aeiou.pr/registos/h/Hiperactividade da crianca.html](http://www.aeiou.pr/registos/h/Hiperactividade_da_crianca.html) (10/01/2004)

[www.terravista.pt/portosanto/4230/dificuld.htm](http://www.terravista.pt/portosanto/4230/dificuld.htm) (10/01/2004)

<sup>1</sup> SALGUEIRO, Emílio, (1996), *Crianças Irrequietas*, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, pp. 289-296.