

Diagnóstico, Avaliação e Intervenção na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: O Papel do Psicólogo

Diagnosis, Evaluation and Intervention in the Hyperactivity Disorder and Attention Deficit Disorder: The Psychologist Role

Rita Antunes¹

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Rita Antunes [rita.r.antunes@jmellosaude.pt]

R. Mário Botas, 1998-018 Lisboa, Portugal

ORCID iD: 0000-0002-0168-0680

RESUMO

A perturbação de hiperatividade e défice de atenção é uma das mais comuns perturbações do neurodesenvolvimento. Tem um impacto negativo significativo que é transversal aos diferentes contextos onde a criança se insere. Dada a sua complexidade, a existência de uma abordagem multidisciplinar é fundamental, tendo o psicólogo um papel preponderante ao nível da avaliação cognitiva, socioemocional e comportamental, assim como do diagnóstico diferencial para uma intervenção eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção/diagnóstico; Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção/psicologia; Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção/tratamento; Psicoterapia

ABSTRACT

Hyperactivity disorder and attention deficit disorder is one of the most common neurodevelopmental disorders. It has a significant negative impact that is transversal to the different contexts where the child is inserted. Due to its complexity, the existence of a multidisciplinary approach is essential, with the psychologist having a preponderant role in cognitive, socioemotional and behavioral assessment, as well as differential diagnosis and effective intervention.

KEYWORDS: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/diagnosis; Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/psychology; Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/therapy; Psychotherapy

1. Serviço de Pediatria, Hospital CUF Descobertas.

Recebido/Received: 10/03/2019 - Aceite/Accepted: 12/06/2019

INTRODUÇÃO

A prevalência de diagnóstico de perturbação de hiperatividade e déficit de atenção (PHDA) tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos. As queixas cada vez mais frequentes e o impacto negativo significativo que assume na vida da criança constituem um desafio que tem vindo a aumentar e a preocupar cada vez mais a sociedade atual.¹

Dada a sua complexidade diagnóstica cuja sintomatologia comportamental é muitas vezes comum e/ou confundida com outras alterações, como as perturbações do humor e da ansiedade na infância e na adolescência, as preocupações com os sobrediagnósticos e as sobremedicações associadas tem gerado uma controvérsia de importante reflexão para todos os profissionais de saúde e da educação, bem como para a comunidade em geral.

Como tal, a avaliação multidisciplinar para um diagnóstico diferencial é fundamental! O psicólogo assume um papel de relevância, ao nível da avaliação e diagnóstico, e/ou da intervenção junto da criança/ jovem, da família, da escola e/ou da comunidade. Seja num nível de intervenção direto com a criança ou numa abordagem de intervenção indireta (em estreita articulação com os seus principais contextos de vida: casa e escola), o psicólogo reforça a adoção de estratégias e comportamentos mais ajustados às diferentes situações e contextos onde se insere.

Nas próximas linhas serão apresentados alguns tópicos relacionados com esta temática, nomeadamente a sua definição e prevalência, avaliação, diagnóstico e intervenção, assim como o papel do psicólogo na PHDA.

DEFINIÇÃO E PREVALÊNCIA

A perturbação de hiperatividade e déficit de atenção assume-se como uma das perturbações do neurodesenvolvimento com maior prevalência nacional e internacional, estimando-se que atinja entre 5% a 8% da população em idade escolar.²⁻⁵ A investigação tem fundamentado a existência de alterações significativas ao nível dos circuitos do sistema nervoso central, com menor disponibilidade de neurotransmissores de dopamina e noradrenalina.⁵ São ainda considerados fatores genéticos, ambientais e psicossociais.⁶

No geral, caracteriza-se por alterações no controlo dos impulsos e na capacidade de manutenção da atenção, assim como de uma maior irrequietude psicomotora,⁷ que interferem de forma significativa nos múltiplos contextos da criança, nomeadamente familiar e escolar.⁸ Algumas crianças têm comportamentos predominantemente impulsivos e/ou hiperativos, e todas apresentam

maiores fragilidades ao nível da atenção. No entanto, a maioria das crianças diagnosticada com esta perturbação, entre dois terços a três quartos, apresenta sintomatologia combinada.^{5,9}

A desatenção engloba dificuldades de concentração e de foco na tarefa, distração fácil, impulsividade e desorganização.⁴ Estudos revelam a relação entre a desatenção manifestada na sala de aula e um pior desempenho ao nível da leitura e do cálculo, uma vez que as funções atencionais são fundamentais para um bom desempenho escolar e consolidação das aprendizagens.¹⁰ Da mesma forma, a capacidade de atenção é essencial ao nível da autorregulação e do desenvolvimento das competências socioemocionais.¹¹

A capacidade de autorregulação é fundamental para a adoção de comportamentos mais positivos e ajustados no contexto sala-de-aula, assim como para um melhor desempenho escolar.¹² Está relacionada com a capacidade de regulação cognitiva (que envolve as funções executivas e capacidade de raciocínio dirigido aos objetivos), assim como com a capacidade de regulação comportamental, no que diz respeito à capacidade de monitorização/ controlo dos impulsos e da irrequietude psicomotora.¹³ Crianças com PHDA apresentam ainda uma menor capacidade de controlo inibitório, o que assume um impacto negativo importante no seu rendimento escolar⁷ e no seu comportamento social.

REFERENCIAÇÃO PARA A CONSULTA DE PSICOLOGIA

A PHDA é atualmente um dos diagnósticos mais frequentes nas consultas de pediatria do neurodesenvolvimento, neuropediatria e pedopsiquiatria.⁵ No que diz respeito à consulta de psicologia, muitos destes casos chegam encaminhados por estas mesmas especialidades médicas, referenciados pelos professores e/ou por iniciativa dos próprios pais. As queixas mais comuns estão relacionadas com a área da desatenção, por exemplo, relutância em iniciar e se focar em determinadas atividades, interrupções frequentes da tarefa, morosidade na execução/ conclusão da tarefa e dificuldades de organização, especialmente associadas a atividades mais monótonas e/ou menos motivantes; assim como os indicadores de hiperatividade, i.e., dificuldade em permanecer sentado, sossegado ou calado quando necessário – necessidade de movimento físico constante. Quando a principal queixa é a impulsividade, existe uma dificuldade *major* no cumprimento das regras, em esperar pela sua vez e uma passagem rápida ao ato sem antecipação das consequências.⁵

Todas estas dificuldades estão relacionadas com as funções executivas e com a capacidade de autorregulação, ao nível da autoconsciência, do controlo inibitório, da capacidade de autoreflexão, da automotivação, do controlo das emoções e da capacidade de resolução de problemas, que originam dificuldades *major* ao nível do desempenho na tarefa que nem sempre traduzem os seus conhecimentos ou competências reais.⁹ Este impacto importante ao nível do desempenho reflete-se também mais tarde noutros contextos, como é o laboral, evidenciando-se a sua persistência na idade adulta, em cerca de 30% a 50% dos casos de PHDA diagnosticados na infância.^{2,14}

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Neste âmbito, quando a criança é encaminhada para a consulta de psicologia para avaliação formal e detalhada, consideram-se como áreas principais: a componente cognitiva, emocional, social e comportamental. Analisam-se também os resultados tendo em consideração os critérios de diagnóstico do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-5).^{4,5}

Inicia-se a avaliação com a história clínica completa da criança, através da entrevista, dado o carácter multicausal desta perturbação. Os parâmetros de desenvolvimento psicomotor e do desenvolvimento social da criança são igualmente relevantes, para melhor caracterização e compreensão do início das queixas e dos sintomas associados.⁵

Para além da história e dos antecedentes clínicos e de vida da criança, deverão ainda ser realizadas entrevistas clínicas semi-estruturadas e/ou efetivados contactos diretos com os professores, além das provas aplicadas à própria criança e, não menos importante, a observação direta dos comportamentos da criança nos vários contextos¹⁵ e/ou a aplicação de questionários de auto e hétero-relato que permitem fazer o levantamento dos comportamentos mais frequentes nos seus contextos de vida. São usualmente preenchidos por pais e professores, para a recolha de informação relevante nos dois contextos (e.g. Inventário de Comportamentos para Professores, Crianças e Pais de Achenbach, e/ou Questionários de Conners para Pais e Professores).

Da mesma forma, a avaliação da componente cognitiva é essencial para uma melhor caracterização do impacto efetivo das preocupações transmitidas nas capacidades/competências e nas aprendizagens das crianças. As Matrizes Coloridas de Raven (CPM), a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III), assim como a Bateria Neuropsicológica de Coimbra (BANC) são as mais comumente utilizadas para avaliar o perfil cognitivo

e o funcionamento intelectual da criança, dependendo das características e dos objetivos inerentes à avaliação. O mesmo acontece na avaliação das competências atencionais (indicadores como o nível de dispersão da atenção/concentração, o nível de eficácia e o índice de variabilidade na execução de uma tarefa), das funções executivas e de memória (como é o caso da capacidade de memória de trabalho verbal, da memória a curto, a médio e a longo prazo) uma vez que as crianças e jovens com este diagnóstico apresentam com frequência “*maiores dificuldades na memorização de aprendizagens verbais e na planificação e memória visual*”.⁵

A avaliação da linguagem poderá ser uma área a considerar, dado o impacto negativo muitas vezes reportado ao nível da capacidade de organização de ideias num discurso estruturado nas crianças com PHDA. Devem ser ainda considerados possíveis sinais de alarme das comorbilidades mais comuns, como é o caso das perturbações da aprendizagem específicas (p.e. dislexia, disortografia, discalculia, disgrafia). Neste contexto, a avaliação da leitura, da escrita e do cálculo pode ser relevante, quando em concordância com os relatos transmitidos pelos seus adultos de referência (como os pais e professores). A avaliação pode ainda contemplar as áreas perceptiva, de lateralidade e grafomotora, caso a história clínica da criança o justifique.

Através da informação disponibilizada nas escalas e questionários de auto-relato aplicados às crianças e jovens, pretende-se complementar uma melhor caracterização do seu comportamento - p.e. em casa e/ou na escola - quando comparados com outras crianças do mesmo sexo e/ou faixa etária. Estas escalas/questionários contemplam indicadores comportamentais relacionados com as áreas da atenção, do autocontrolo, dos índices de irrequietude psicomotora, de agressividade, do comportamento social, de alterações ao nível da ansiedade e/ou do humor, entre outros.¹⁶

Uma vez que a criança é “um todo” individual e complexo, também a área emocional é de importante avaliação, especialmente pelo impacto significativo que poderá ter em relação à restante sintomatologia comportamental. Os fatores emocionais não são facilmente dissociáveis dos fatores comportamentais e como tal são fundamentais para um diagnóstico diferencial, uma melhor orientação e um maior sucesso da intervenção posterior.

DIAGNÓSTICO

Os sinais de alerta surgem frequentemente em idade pré-escolar, especialmente nos casos de elevada irrequietude psicomotora associada. Contudo, nesta fase de vida é ainda difícil distinguir, dada a variabilidade dos

padrões comportamentais expectáveis para esta faixa etária.

Como tal, o diagnóstico diferencial e definitivo acontece apenas em crianças em idade escolar. Também pela crescente exigência, seja escolar e/ou social, o impacto negativo da desatenção começa a evidenciar-se com o aumento da complexidade dos conteúdos escolares e, paralelamente, as alterações comportamentais poderão dificultar as relações sociais.⁵ O diagnóstico de PHDA é clínico, e considerando-se todos os critérios comportamentais envolvidos, baseia-se na identificação e categorização dos sintomas ao longo do tempo e em diferentes situações e ambientes.^{5,15} Não existe um exame médico ou marcador específico para esta perturbação.¹⁷ Os critérios assentam na avaliação e análise da presença de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, descritos no DSM-5. É considerada a existência de pelo menos 6 sintomas de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, com um tempo de duração superior a 6 meses, presentes em pelo menos dois contextos ambientais da criança (e.g. casa e escola). As primeiras manifestações devem ainda manifestar-se antes dos 12 anos de idade e os sintomas apresentados deverão ter um impacto significativo no desempenho da criança, seja a nível escolar como social, não devendo ser melhor explicados por outras perturbações do neurodesenvolvimento ou outras perturbações emocionais.^{4,5,17}

Salienta-se ainda que a PHDA pode entrar em remissão parcial quando a sintomatologia melhora substancialmente, pelo menos seis meses antes da reavaliação. Contudo, persiste algum compromisso funcional na vida da criança.^{4,5}

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

É relevante sublinhar que as crianças com PHDA apresentam uma maior fragilidade ao nível das estratégias de *coping*, i.e. uma menor capacidade de adaptação e de reajustamento.¹⁸ É por isso fundamental, o treino e a promoção de competências e de estratégias em termos sociais, organizacionais, atencionais e de autocontrolo, que influenciarão positivamente a área psico-sócio-afetiva e, conseqüentemente, a capacidade de reajustamento e adaptação comportamental.¹⁹

Após o diagnóstico clínico diferencial, e tal como em qualquer intervenção de cariz psicoterapêutico, o estabelecimento da relação terapêutica é fundamental, uma vez que cria as condições essenciais para uma maior adesão à intervenção e uma maior motivação para a mudança.⁵ Do ponto de vista da aliança terapêutica, o acompanhamento psicoterapêutico com crianças, en-

volve desafios diferentes uma vez que, o pedido inicial é realizado por um adulto de referência e nem sempre por pedido direto das próprias. Assim o estabelecimento da relação e aliança terapêutica é fulcral, para minimizar o impacto dos mecanismos de defesa iniciais e/ou relutância em partilhar os seus elementos pessoais.²⁰

No planeamento da intervenção, em concordância com os pais, deve considerar-se o perfil de cada criança, assim como os recursos disponíveis e a repercussão dos seus sintomas nos vários contextos. A intervenção tem como principal objetivo a melhoria da sintomatologia, seja ao nível da capacidade de atenção/concentração e diminuição da irrequietude e impulsividade, que assumirá um impacto positivo no seu desempenho escolar, nas relações interpessoais e na capacidade de ajustamento dos seus comportamentos.⁵

No âmbito da intervenção psicológica em psicologia clínica, na área da PHDA, está mais amplamente estudada a eficácia das técnicas cognitivo-comportamentais, que se baseiam em duas grandes áreas: comportamento - condutas e atos; e cognição - pensamentos automáticos e crenças.¹⁹ É com base nestas técnicas que se trabalha a capacidade de regulação do comportamento da criança, recorrendo ao reforço dos comportamentos adequados. Da mesma forma, estimula-se a implementação de estratégias cognitivas que permitam enfrentar situações mais complexas, com base numa crescente capacidade de regulação emocional e comportamental,¹⁹ partindo-se do pressuposto clínico que a atividade cognitiva influencia a nossa forma de agir, i.e. o nosso comportamento. Como tal, considera-se que uma mudança cognitiva, através de autoinstruções repetidas, poderá levar a uma mudança comportamental positiva. Não obstante, a intervenção emocional é fundamental, uma vez que existe uma frequente associação entre a PHDA e alterações psicoe emocionais (como, índices de ansiedade *major*, depressão, desmotivação e baixa autoconfiança), com implicações relevantes ao nível da autoestima e do autoconceito escolar⁵ e do autoconceito geral.

Paralelamente, é igualmente relevante salientar o papel da psicologia educacional, em diferentes níveis de intervenção. Pode ser dado como apoio direto ou indireto ao aluno e aos professores, nomeadamente ao nível da resolução de problemas inerentes a esta perturbação, assim como, ao nível das dificuldades de aprendizagem - pela reeducação da leitura, da escrita e da matemática; as fragilidades ao nível da capacidade de planeamento e de projeção para o futuro, ao nível da construção de um projeto de vida, através da orientação vocacional e profissional; as dificuldades ao nível da integração na comunidade escolar, resultantes das dificuldades de regulação

emocional e comportamental; e, as dificuldades ao nível das competências socioemocionais, quer pela antecipação e/ou mediação de possíveis conflitos, quer pela promoção e capacitação destas mesmas competências.

É ainda relevante sublinhar que a intervenção multidisciplinar pode englobar diferentes níveis de intervenção (seja pedagógico, psicopedagógico, comportamental e/ou emocional) e para o seu sucesso é fundamental o apoio direto ou indireto aos cuidadores e o treino/aconselhamento parental.⁵ O envolvimento e a articulação estruturadas dos cuidadores/ adultos significativos é um indicador importante em termos de prognóstico,²¹ uma vez que otimizam o apoio direto às crianças no âmbito do reforço/estimulação comportamental e/ou emocional.²² Os diferentes níveis de intervenção podem ocorrer em simultâneo e/ou em diferentes fases da vida das crianças e suas famílias, consoante as necessidades que são reportadas e/ou encontradas.

De acordo com o carácter clínico evolutivo desta perturbação, ao longo do percurso de desenvolvimento da própria criança, é expectável que a sintomatologia varie, encontrando-se devidamente reportada na investigação e na prática clínica uma tendência para a diminuição do índice de irrequietude psicomotora, ao contrário do impacto dos níveis de desatenção que se vão evidenciando à medida que os requisitos escolares e as exigências do exterior aumentam.^{5,23}

CONCLUSÃO

A PHDA é uma das perturbações do neurodesenvolvimento mais frequente nas crianças e jovens. Os profissionais de saúde, os profissionais de educação e a população em geral estão cada vez mais sensibilizados para as suas manifestações, assim como para a procura e/ou o encaminhamento para a consulta de psicologia.

O psicólogo assume assim um papel fundamental na avaliação psicológica, contributo preponderante para um diagnóstico diferencial, bem como ao nível da intervenção psicológica, que promove e potencia o desenvolvimento de competências-chave para um percurso psicossócio-afetivo mais ajustado aos diversos contextos e às diferentes realidades. Considera-se, por isso uma grande mais-valia em termos futuros, que o investimento em programas de promoção e intervenção psicológica na PHDA seja uma realidade multidisciplinar.

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

SUPORTE FINANCEIRO: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCIAL SUPPORT: This work has not received any contribution grant or scholarship.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

1. Homem TC, Gaspar MF, Santos MJ, Azevedo AF, Canavarro MC. Perturbações do comportamento externalizante em idade pré-escolar: O caso específico da perturbação de oposição. *Análise Psicol.* 2013; 1:31-48.
2. Shaw DS, Lacourse E, Nagin DS. Developmental trajectories of conduct problems and hyperactivity from ages 2 to 10. *J Child Psychol Psychiatry.* 2004; 45: 1-12.
3. Santitadakul R, Sithisarankul P, Lertmaharit S, Piyaratstian N. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Clinical Outcomes Measurement Development. *J Med Assoc Thai.* 2017;100:418-26.
4. Associação Americana de Psiquiatria. Manual de Diagnóstico e Estatística das perturbações Mentais. 5ª ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2014.
5. Neto AS, Equipa de Neurodesenvolvimento do Hospital CUF Descobertas. Hiperatividade e Défice de Atenção. Lisboa: Verso da Kapa; 2014.
6. Pires Tde O, da Silva CM, de Assis SG. Association between family environment and attention deficit hyperactivity disorder in children-mothers' and teachers' views. *BMC Psychiatry.* 2013;13:215. doi: 10.1186/1471-244X-13-215
7. Yoshimasu K, Barbaresi WJ, Colligan RC, Killian JM, Voigt RG, Weaver AL, et al. Gender, attention-deficit/hyperactivity disorder, and reading disability in a population-based birth cohort. *Pediatrics.* 2010;126:e788-95. doi: 10.1542/peds.2010-1187.
8. Corkum P, McGonnell M, Schaschar R. Factors affecting academic achievement in children with ADHD. *J Appl Res Learn.* 2010; 3:1-14.
9. Barkley HA. The Important Role of Executive Functioning and Self-Regulation in ADHD. [Acedido a 2 de Março de 2019] Disponível em: http://www.russellbarkley.org/factsheets/ADHD_EF_and_SR.pdf
10. Arnold DH, Kupersmidt JB, Voegler-Lee ME, Marshall N. The Association between Preschool Children's Social Functioning and Their Emergent Academic Skills. *Early Child Res Q.* 2012;27:376-86.
11. Zaki J, Williams WC. Interpersonal emotion regulation. *Emotion.* 2013; 13: 803–10.
12. McClelland MM, Cameron CE. Self-regulation in early childhood: improving conceptual clarity and developing ecologically valid measures. *Child Develop Perspect.* 2012; 6:136–42.
13. Williford AP, Vick Whittaker JE, Vitiello VE, Downer JT. Children's Engagement within the Preschool Classroom and Their Development of Self-Regulation. *Early Educ Dev.* 2013;24:162-87.
14. Jensen PS. Clinical considerations for the diagnosis and treatment of ADHD in the managed care setting. *Am J Manag Care.* 2009; 15: 129-140.

15. Carreiro RM. Hiperatividade e Dificuldades de Atenção. Lisboa: Psiclínica; 2016.
16. Parker HC. Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade. Porto: Porto Editora; 2003.
17. Novais R. Perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA): excesso de diagnósticos? Rev Clín Hosp Prof Doutor Fernando Fonseca. 2014; 2: 40-1.
18. Asherson P, Akehurst R, Kooij JJ, Huss M, Beusterien K, Sasané R, et al. Under diagnosis of adult ADHD: cultural influences and societal burden. J Atten Disord. 2012;16(5 Suppl):20S-38S. doi: 10.1177/1087054711435360.
19. Canela C, Buadze A, Dube A, Eich D, Liebrez M. Skills and compensation strategies in adult ADHD - A qualitative study. PLoS One. 2017;12:e0184964. doi: 10.1371/journal.pone.0184964.
20. Bickman L, Vides de Andrade AR, Lambert EW, Doucette A, Sapyta J, Boyd AS, et al. Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings. J Behav Health Serv Res. 2004;31:134-48.
21. Cordinhã AC, Boavida J. (A criança hiperativa: diagnóstico, avaliação e intervenção. Rev Port Clin Geral. 2008; 24: 577-89.
22. Haydu V, Souza S. Análise do comportamento aplicada a diferentes contextos. Londrina: Eduel; 2015
23. Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Martelon M, Westerberg D, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. J Clin Psychiatry. 2009;70:1557-62. doi: 10.4088/JCP.08m-04785pur.