

**ASSOCIAÇÃO JUINENSE DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO JURUENA -
AJES
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA – ISE
CURSO: ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA**

8,5

“HIPERATIVIDADE: EM BUSCA DE UM DIAGNÓSTICO”

MÔNICA DEBO ORTH

Orientador: Prof. Ilso Fernandes do Carmo

BRASNORTE/2006

**ASSOCIAÇÃO JUIENSE DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO JURUENA -
AJES
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA – ISE
CURSO: ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA**

“HIPERATIVIDADE: EM BUSCA DE UM DIAGNÓSTICO”

MÔNICA DEBO ORTH

Orientador: Prof. Ilso Fernandes do Carmo

*“Trabalho apresentado como exigência
parcial para a obtenção do Título de
Especialização em Psicopedagogia”*

BRASNORTE/2006

**ASSOCIAÇÃO JUINENSE DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO JURUENA -
AJES
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA – ISE
CURSO: ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA**

BANCA EXAMINADORA

ORIENTADOR

*“Para o atendimento integral a uma
criança são cinco passos:
parar, ouvir, olhar, pensar e agir.”*
Içami Tiba

AGRADECIMENTOS

A Deus, por oferecer-me a oportunidade de crescer, buscando novos conhecimentos.

Aos mestres, pela constante busca de melhor qualificação docente, trazendo-nos importantes contribuições.

A minha família, pelo incentivo.

Aos colegas, pelo companheirismo.

RESUMO

A Hiperatividade, denominada na medicina de desordem do déficit de atenção, pode afetar crianças, adolescentes e até mesmo adultos. Os sintomas variam de brandos a graves e podem incluir problemas de linguagem, memória e habilidades motoras. Embora a criança hiperativa tenha muitas vezes uma inteligência normal ou acima da média, o estado é caracterizado por problemas de aprendizado e comportamento. Os professores e pais da criança hiperativa devem saber lidar com a falta de atenção, impulsividade, instabilidade emocional e hiperatividade incontrolável da criança que não é capaz de controlar os seus próprios impulsos, tornando-as indesejadas pelos colegas e ao mesmo tempo carentes de afeto, pois, necessitam de atenção e tranquilização. O problema maior é que a criança hiperativa se sente isolada e segregada dos colegas, pais e professores, mas não entende por que é tão diferente, levando-a sofrer de estresse, tristeza e baixo auto-estima.

A causa ou causas da hiperatividade são desconhecidas. A comunidade médica teoriza que a desordem pode ser resultado de fatores genéticos; desequilíbrio químico, lesão ou doença do parto ou pós-parto; ou um defeito no cérebro ou sistema nervoso central, resultando no mau funcionamento do mecanismo responsável pelo controle das capacidades de atenção e filtragem de estímulos externos. A hiperatividade é uma patologia que necessita de cuidados

especiais, pois se não tratada pode interferir não só no rendimento escolar mas também no relacionamento familiar e social.

SUMÁRIO

Introdução	08
1 – Hiperatividade	10
1.1 – Histórico	10
1.2 – A Hiperatividade Infantil na Concepção Médica	11
1.3 – Sistemas de Classificação da Hiperatividade Infantil	14
1.4 – Falta de padronização para a classificação da Hiperatividade	16
1.5 – Índices de mensuração da Hiperatividade.....	17
2 – Hiperatividade: Mitos e Verdades.....	19
2.1 – Uma Visão alternativa da Hiperatividade Infantil	20
2.2 – Fatores que podem desencadear um comportamento hiperativo	22
2.3 – Problemas Psico-Afetivos.....	24
2.4 – Problemas Psico-Educacionais	25
3 – Diagnóstico da Hiperatividade	31
3.1 – Características do Comportamento Hiperativo	32
Conclusão	34
Bibliografia.....	36

INTRODUÇÃO

A hiperatividade é caracterizada por uma constelação de problemas relacionados em falta de atenção, distração e impulsividade. Esses problemas resultam de um desenvolvimento não adequado e causam dificuldades na vida diária, de ordem social e cognitiva.

Em 1902, pesquisadores descreveram pela primeira vez as características dos problemas de impulsividade, falta de atenção e hiperatividade apresentados por crianças com TDAH desde então, o distúrbio foi denominado de várias maneiras, entre elas: Disfunção Cerebral Mínima, Reação Hiperkinética da Infância e Distúrbio de Déficit de Atenção. Atualmente, a Associação Americana de Psiquiatria, descreve esta conjunto de problemas como transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH.

O diagnóstico do TDAH é um processo de múltiplas facetas, pois diversos problemas biológicos e psicológicos podem contribuir para a manifestação de sintomas similares apresentados por pessoas com TDAH.

Crianças com TDAH estão sujeitas ao fracasso escolar, as dificuldades emocionais e a um desempenho significativamente negativo como adultos quando comparadas a seus colegas. No entanto a identificação precoce do problema, seguida do tratamento adequado, tem demonstrado que essas crianças podem vencer os obstáculos.

Com a crescente conscientização e compreensão da comunidade em relação ao impacto significativo que os sintomas do TDAH têm sobre as pessoas e suas famílias, o futuro parecer mais promissor.

No primeiro capítulo, apresento um breve histórico da hiperatividade, desde as primeiras citações, no início do século XX e os sintomas detectados; no segundo capítulo os mitos e as verdades da doença e os fatores que podem desencadear um comportamento hiperativo, seguindo no terceiro capítulo o diagnóstico da hiperatividade, acompanhado das características de uma criança com Comportamento Hiperativo.

1 – HIPERATIVIDADE

1.1 – HISTÓRICO

Este histórico se baseia na obra de BRAGA (1998).

As primeiras citações sobre Hiperatividade Infantil remontam ao início do século XX, com a descrição de comportamentos instáveis por parte das crianças, cujas principais características apontadas foram: dificuldade de atenção, impulsividade, hiperatividade motora e labilidade emocional.

Na década de 20, do século XX, observações de crianças que apresentaram encefalite letárgica revelaram que as manifestações sintomáticas após o episódio da doença eram idênticas às das crianças com comportamento instável, levando, dessa forma, a uma tentativa de associar as manifestações da hiperatividade com lesões cerebrais. Como não foram detectados danos em tecido cerebral, sugeriu-se o termo Lesão Cerebral Mínima.

Em 1947, Strauss e Lebtinem, citados por BRAGA (1998) educadores que trabalhavam com crianças portadoras de lesão cerebral, perceberam que algumas crianças apresentavam uma conduta “inexplicavelmente difícil”. Tentaram fazer a correlação anatomoclínica desta conduta com as supostas “lesões cerebrais mínimas”, que acreditavam estarem presentes naquelas crianças. A refutação da hipótese de lesão cerebral para justificar este tipo de conduta permitiu que se cunhasse o termo Disfunção Cerebral Mínima (DCM)

Segundo Lefèvre, citado por BRAGA (1998) a falta de consenso quanto ao conceito de DCM se dá por haver uma discordância entre o relativo rigor da caracterização pedagógica e psicológica da criança com DCM e a impressão dos achados neurológicos nas mesmas. Da mesma forma, o espectro de manifestações da DCM é muito abrangente, apresentando, num extremo, um quadro que se confunde com graves encefalopatias, enquanto no outro, é pouco distinguível de vaga fronteira da normalidade.

Em 1980, a Associação Americana de Psiquiatria propôs a Substituição dos termos DCM e Hiperatividade pelo termo Síndrome do Déficit de Atenção (SDA), e mais recentemente, em 1994, propôs o termo Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. Entretanto, diversos países europeus continuam a utilizar o termo Disfunção Cerebral Mínima ou Hiperatividade. Uma exceção é a França, que utiliza o termo Síndrome Hipercinética para se referir ao mesmo quadro clínico.

Atualmente ainda é comum nos depararmos com trabalhos que trazem um ou outro termo para se referirem à Hiperatividade Infantil, entre eles:

- ✎ Disfunção Cerebral Mínima;
- ✎ Distúrbio do Déficit de Atenção;
- ✎ Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)
- ✎ Síndrome Hipercinética ou Transtorno Hipercinético (CID-10);
- ✎ Instabilidade Psicomotora da Criança.

1.2 – A HIPERATIVIDADE INFANTIL NA CONCEPÇÃO MÉDICA

A Hiperatividade Infantil, conforme BRAGA (1998) é definida pela Associação Americana de Psiquiatria como Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), apresentando um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais freqüente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento. Alguns dos sintomas hiperativo-impulsivos estão presentes antes dos sete anos e manifestam-se em pelo menos dois contextos diferentes (em casa e na escola, por exemplo), com claras evidências de interferência no funcionamento social e acadêmico.

O transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, de acordo com a definição do DSM-IV, pode ser considerado a afecção neurológica mais comum em crianças com idade escolar. É maior a incidência em meninos. A prevalência está em torno de 3 a 5 % das crianças em idade escolar.

Esta classificação divide o TDAH em quatro subtipos:

- ✎ Tipo Predominante Desatento;
- ✎ Tipo Predominante Hiperativo/Impulsivo;
- ✎ Tipo Combinado;
- ✎ Tipo Residual ou em Remissão Parcial.

A “Classificação Internacional das Doenças – CID-10” classifica a Hiperatividade Infantil através do código F90 – dos Transtornos Hipercinéticos e os caracteriza por: “início precoce; uma combinação de um comportamento hiperativo e provavelmente modulado, com desatenção marcante e falta de envolvimento persistente nas tarefas; conduta invasiva nas situações; e persistência no tempo dessas características de comportamento.

Quando se encontram transtornos da conduta associados ao quadro hipercinético, a CID-10, propõe o código F90.1 e, para os casos residuais e código F90.9.

Atualmente avalia-se a hipótese de que a TDAH é devido a uma disfunção nas áreas pré-frontais do cérebro. Evidências desta disfunção foram determinadas pela redução do fluxo sanguíneo nos lobos frontais; redução na utilização da glicose nas áreas frontais e uma hipofrontalidade funcional demonstrada pelos achados eletrofisiológicos. Uma provável hipótese da hipofrontalidade funcional é o baixo nível encontrado do neurotransmissor dopamina, o que justificaria o efeito terapêutico dos psicoestimulantes centrais.

Como consequência, desenvolve-se uma incapacidade de obedecer regras, bem como justifica o comportamento agitado, impulsivo e desatento, uma vez que a criança procura vivenciar as experiências diárias com mais intensidade e profundidade – para provocar o mesmo efeito estimulador no SNC – do que se justifica o funcionamento terapêutico de drogas psicoestimulantes na função, aparentemente contraditória, de diminuir a impulsividade.

Não existe, até a presente data, o conhecimento de uma etiologia (causa) específica que possa explicar com clareza o surgimento da Hiperatividade Infantil. Sabe-se apenas que as anormalidades constitucionais estão presentes com relativa freqüência na história do transtorno.

Tanto fatores genéticos como ambientais estão presentes na gênese da hiperatividade. No atual estágio das pesquisas científicas referentes à hiperatividade, os seguintes fatores já foram descritos como possivelmente envolvidos na gênese desta síndrome.

✎ Hereditariedade: Estudo com gêmeos idênticos, criados por famílias distintas, atestam a presença de fatores hereditários envolvidos na predisposição à hiperatividade. Há evidências de que essa herança seja poligênica, como limiar mais elevado para as meninas do que para os meninos. Estudam-se possíveis alterações no gene transportador da dopamina. Devemos lembrar que, na maioria dos casos, quando se diz que uma doença é hereditária, o que está sendo transmitido não é a doença em si, mas apenas a predisposição (tendência) a se ter a disfunção.

Apesar disto, não se dispõe, até o presente momento, de dados sobre a localização nos genes e o modo de transmissão da hiperatividade.

✎ Traumas Durante o Parto: Há uma relação causal estatisticamente significativa em crianças com história de traumas durante o parto (pressão da caixa craniana sobre o cérebro durante o parto com ruptura de vasos, por exemplo) e o desenvolvimento da hiperatividade.

Correlações significativas têm sido demonstrada também em mães que foram “exageradamente” sedadas e/ou anestesiadas no momento do parto.

✎ Problemas Intrauterinos: Determinadas patologias, por exemplo: eclampsia, diabetes e distúrbios renais, bem como algumas substancias tóxicas (álcool, drogas, tabaco, certos medicamentos) ingeridas pela mãe durante a gestação, podem resultar no desenvolvimento da hiperatividade na criança.

✎ Exposição a Campos Eletromagnéticos: A chamada “poluição eletromagnética”, que é proveniente da exposição excessiva a campos eletromagnéticos formados por aparelhos eletrônicos em geral, como TV, fornos de microondas, computadores, telefone celular e antenas de transmissão, podem

exercer algum efeito de predispor a Hiperatividade Infantil. No entanto, esta ainda é uma consideração especulativa, havendo a necessidade de mais estudos para transformá-la em hipótese.

1.3 – SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DA HIPERATIVIDADE INFANTIL

A Síndrome da hiperatividade infantil tem sido reconhecida há muito tempo, no entanto, os aspectos de diagnósticos têm sido sujeitos a numerosas conceituações, redefinições e renomeações, apresentando um panorama abrangente e pouco esclarecedor.

Inicialmente, as crianças com hiperatividade eram identificadas como tendo “lesão cerebral mínima” e mais tarde “disfunção cerebral mínima”, devido à prevalente opinião de que a síndrome era causada por alguma forma de disfunção do sistema nervoso central (STRAUSS e LEHTINEM citado por Vera Helena Pessoa (2005).

No entanto, os primeiros estudos falharam por não documentarem consistente disfunção neurológica na criança hiperativa, e o nome foi trocado por síndrome da criança hiperativa ou reação hipercinética da infância, enfatizando o que na época achava-se ser o aspecto primeiro da síndrome: excesso de movimento motor.

A definição do distúrbio de déficit de atenção com hiperatividade (ADD), no DSM-III, foi a primeira a usar a conceitualização multidimensional, exigindo que a criança com hiperatividade fosse classificada em cada uma das áreas primárias: desatenção, impulsividade e hiperatividade. Em adição, o DSM-III foi o primeiro sistema a distinguir a criança com déficit de atenção sem hiperatividade (ADD/WO). A inclusão da ADD/WO foi prevista por se hipotetizar que o déficit de atenção e impulsividade sem super-atividade delineava uma síndrome distinta. O diagnóstico do déficit da atenção com hiperatividade baseou-se na ocorrência do desenvolvimento impróprio da super-atividade, do déficit de atenção e de impulsividade durante seis meses, no mínimo e estes sintomas deveriam aparecer pela primeira vez antes dos sete anos de idade (Lahey et al. , e Frick e Lahey, citados por Vera Helena Pessoa (2005).

Infelizmente, antes da realização de testes empíricos adequados à definição do DSM-M, publicou-se o DSM-III-R em 1987, que foi substituído pelo DSM-IV em 1994. A nova categoria do DSM-III-R, denominada “distúrbio de déficit de atenção por hiperatividade” (ADHD), eliminou a distinção entre as três dimensões dos sintomas empregados no DSM-III (desatenção, impulsividade e hiperatividade), propondo uma definição unidimensional, ou seja, uma criança é considerada com ADHD se manifesta oito ou mais sintomas de uma lista de quatorze comportamentos que refletem impulsividade, desatenção e hiperatividade motora. O critério do diagnóstico do ADHD, segundo o DSM-III-R, apresenta as seguintes observações.

1º) Considera-se apenas o comportamento, como indicativo da síndrome, se o mesmo for mais freqüente na criança em questão, comparativamente à outra da mesma idade mental.

2º) Dos quatorze comportamentos arrolados abaixo, no mínimo oito deles devem ter se manifestado por, pelo menos, seis meses:

1. Frequentemente irrequieta com as mãos ou os pés ou contorções no assento (nos adolescentes, pode ser limitado a sentimentos subjetivos de impaciência).

2. Tem dificuldade de permanecer sentada quando requerido que o faça.

3. É facilmente distraída por estímulo exterior.

4. Tem dificuldade de esperar por sua vez nos jogos ou situações de grupos.

5. Frequentemente dá respostas precipitadas, antes mesmo da pergunta ter sido finalizada.

6. Apresenta dificuldade em seguir instruções (não deixando a um comportamento de oposição ou de compreensão das mesmas), por exemplo: falha em terminar as tarefas que lhe são postas.

7. Tem dificuldade de manter a atenção nas tarefas ou nas atividades de jogo.

8. Frequentemente alterna de uma atividade não terminada à outra.

9. Tem dificuldade de brincar silenciosamente.
10. Com frequência fala excessivamente.
11. Frequentemente se intromete ou interrompe outros, por exemplo, intrometendo-se nos jogos de outras crianças.
12. Frequentemente parece não ouvir o que está lhe sendo dito.
13. Com frequência perde os materiais necessários à realização de tarefas ou de atividades na escola ou em casa.
14. Frequentemente se ocupa em atividades perigosas sem considerar possíveis conseqüências (não com propósito de buscar emoções, mas sim, de falta de noção do perigo).

3º) Os itens acima estão relacionados em ordem decrescente de poder de discriminação baseados nos resultados de uma pesquisa nacional utilizando os critérios do DSM-III-R para os Distúrbios de Comportamento Disruptivo.

4º) Estes sintomas devem ter iniciado antes dos 7 anos de idade.

1.4 – FALTA DE PADRONIZAÇÃO PARA A CLASSIFICAÇÃO DA HIPERATIVIDADE

O grande problema para a avaliação da criança suspeita de hiperatividade e a inexistência de padrões ou normas que estabeleçam a variação do nível de atividade motora que pode ser considerado para o diagnóstico da hiperatividade.

Frequentemente, as categorias comportamentais são apresentadas sob termos clínicos, aumentando o potencial para uma interpretação subjetiva do comportamento da criança.

Apesar dos dados normativos não terem sido relatados, alguns pesquisadores citados por Vera Helena Pessoa (2005), inferem a existência de algum nível normal de atividade funcionando em suas definições. Por exemplo, CHES considerou a criança hiperativa como aquela que desenvolve atividade num índice mais alto de velocidade do que a criança normal, ou da que está constantemente em movimento, ou em ambas as categorias. WERRY e SIMPSON

fizeram inferências semelhantes. EISENBERG referiu-se igualmente à hiperatividade na infância como uma atividade motora em excesso, em relação à atividade normal. POGGIO e SALKIND afirmam que tais tentativas de definição da hiperatividade são insuficientes, mais confusas e prejudiciais do que benéficas. Estes autores afirmam que estabelecer as fronteiras do nível de atividade resulta, mais freqüentemente, como um subproduto da pesquisa experimental do que do próprio fenômeno, e mais do que pesquisa que estabelece normas quantitativas. Assim, os autores ressaltam a necessidade de classificação dos itens dos diferentes níveis de atividade e modos de hiperatividade, fornecendo uma base conceitual claramente definida.

Em suma, é necessário que se desenvolva pesquisa que focalize a questão da definição, da padronização e da multidimensionalidade do nível da atividade motora, sob uma validade ampla do “constructo”. Este procedimento permitiria o avanço do desenvolvimento de modelos de medidas adequadas e/ou a reconsideração da teoria da hiperatividade e/ou modificação dos métodos de avaliação, normalmente empregados (POGGIO e SALKIND).

1.5 – ÍNDICES DE MENSURAÇÃO DA HIPERATIVIDADE

Segundo Vera Helena Pessoa (2005), a hiperatividade em criança tem recebido atenção dos psicólogos, educadores e médicos desde o início da década de 1960. No entanto, apesar da quantidade de pesquisa desenvolvida nessa área, ainda é relativamente obscuro quão efetivos são os instrumentos disponíveis para medir o nível de atividade destas crianças a partir de uma perspectiva aplicada e teórica.

Freqüentemente, os autores de instrumentos de avaliação do nível de atividade usam itens que enfatizam mais comportamentos negativos do que positivos, colocando em questão de relevância a conduta social, ou seja, a educação da criança, podendo assim, conduzir para uma avaliação enviesada.

A ênfase em comportamentos negativos, em detrimento de uma investigação equilibrada, acentua o risco de um conhecimento prejudicial da “patologia”, desconsiderando a consequência de sua presença e/ou ausência, bem como as diferenças sócio-culturais.

Nota-se também que as escalas são construídas, ou por observações não sistematizadas de professores e/ou pais, ou por parâmetros teóricos dos pesquisadores.

Após vários estudos em países diferentes, pesquisadores concluíram que o comportamento das crianças variam e dependem de vários fatores, tais como:

✎ Ambiente sócio-cultural em que estão inseridos.

✎ Alimentação que a criança recebe e como é educada a alimentar-se.

✎ Tipos de atividades que nos desenvolve momentos de lazer. E, em especial, a autoridade exercida pelos pais, professores e/ou responsáveis que freqüenta a maior parte do tempo junto com a criança.

Todos os critérios acima mencionados podem alterar o comportamento da criança e confundir o diagnóstico de uma patologia que, de acordo com o nível de gravidade, necessitam de tratamento clínico acompanhado com medicamentos.

2 – HIPERATIVIDADE: MITOS E VERDADES

Rotulando com o termo ainda estigmatizante de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), eis-nos diante do problema mais comum da infância na atualidade. Pesquisas oficiais afirmam que 3 a 5% das crianças americanas são hiperativas.

Braga (1998) em sua pesquisa diz que não causa estranheza saber que há três décadas atrás ninguém falava em “Hiperatividade Infantil”. Que, em contrapartida, atualmente, alguns autores chegam a classificar como hiperativas 25% de todas as crianças em idade escolar. Diante deste quadro, indagamos:

✎ Será que não existiam crianças hiperativas há três décadas atrás?

✎ Será que existiam, mas não eram diagnosticadas como tal?

✎ Será que a hiperatividade é um “mal” dos tempos modernos?

✎ Ou será que as crianças, na geração atual, nascem predispostas a serem hiperativas?

Nada mais claro e, ao mesmo tempo, controverso do que o comportamento hiperativo. Claro, no que se refere às características da criança que apresenta esse comportamento, entre eles: excesso de atividade, deixa suas tarefas inacabadas, muita agitação, distrai-se facilmente, age sem pensar, não para quieta,

etc. controverso no que diz respeito a como diagnosticá-lo, entender a sua etiologia e, ainda mais importante, saber o que fazer com ele.

Em considerável tese de doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da USP, a pesquisadora Regina Gorodscy, citada por BRAGA (1998), afirma que atualmente discute-se muito o valor das queixas realizadas por pais e professores referentes à expressão dos sintomas ditos hiperativos e sua correlação com reais alterações psicopatológicas ou distúrbios neurológicos. Questionamentos estes não refletem apenas os valores e as expectativas que a sociedade impõe sobre o desenvolvimento da criança.

Muitos outros autores apresentam uma série de ressalvas a modo com o qual a hiperatividade vem sendo encarada nos consultórios e nas escolas. Reclamam que a visão médica é muito diferente da educacional e até mesmo da psicológica. Levar para o consultório todos os problemas escolares e educacionais pode não ser a melhor solução. Porém, saber até onde vai a tênue diferença entre uma hiperatividade por inadaptação escolar ou, puramente, por falta de limites da criança, de uma situação neurológica, é tarefa bastante difícil para a maioria dos pais, professores e, até mesmo, psicólogos e pediatras.

A excessiva patologização e medicalização de crianças que apresentam um comportamento dito “hiperativo” tem motivado alguns pesquisadores e reavaliarem os conceitos e, principalmente, os critérios diagnósticos da hiperatividade.

2.1 – UMA VISÃO ALTERNATIVA DA HIPERATIVIDADE INFANTIL

Segundo Braga (1998), muitos pesquisadores estão em seus artigos defendendo a tese de que apresentar um comportamento hiperativo não significa, obrigatoriamente, a presença de TDAH. Desta forma, pode-se pressupor que no máximo uma ou duas em casa dez crianças que apresentam comportamento hiperativo podem ser rotuladas de portadoras do Transtorno do Déficit da Atenção com Hiperatividade, em sua concepção literal. Em outras palavras, o que se quer dizer é que apenas 10 a 20% das crianças hiperativas podem ou devem ser encaradas como doentes, na acepção médica do termo. As demais deveriam ser analisadas sob o enfoque de crianças portadoras de um comportamento hiperativo

reacional a algum fator exógeno, geralmente de ordem psicológica afetiva ou psicoeducacional.

Da mesma forma, apenas 10 a 20% das crianças que apresentam comportamento hiperativo teriam a indicação para efetuarem um tratamento à base de medicamentos. As demais demandariam outros tipos de abordagens terapêuticas, não necessitando do uso de psicofarmacos e, desse modo, não correndo o risco desnecessário de se expor aos efeitos colaterais, por vezes irreversíveis, provenientes do uso desses medicamentos.

Existem ainda muitas questões incorretas ou apenas parcialmente esclarecidas no que diz respeito à Hiperatividade Infantil, principalmente a de estabelecer precisamente o que deve ou não ser considerado patológico no que se refere ao comportamento hiperativo, considerando o contexto psicossocial em que o indivíduo está inserido.

A questão se agrava ainda mais ao se notar que não existe consenso quanto a se considerar a hiperatividade como uma síndrome distinta, uma vez que seu fenótipo (característica) comportamental é demasiadamente grosseiro para tal. As críticas à “síndrome hiperativa” advêm dos seguintes fatos:

- a) Apresentar baixa precisão diagnóstica;
- b) Dificuldade de diferenciação relativa aos distúrbios da conduta;
- c) Ausência de etiologia isolada;
- d) Não apresentar uma resposta consistente e homogênea ao tratamento.

Outra situação deveria ainda ser considerada: um levantamento epidemiológico feito nos EUA com mais de 10 mil crianças mostrou que, se dependesse apenas dos pais e professores, 30% das crianças americanas seriam consideradas e tratadas como hiperativas.

Deve ficar claro para as pessoas que, o simples fato de identificar um comportamento hiperativo em uma criança, não é o suficiente para se diagnosticar o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH e, muito menos, para se recomendar um tratamento com medicamentos.

Esta falta de precisão relativa à problematização da hiperatividade justifica a necessidade de estudos e publicações que proponham critérios mais adequados para a classificação do comportamento hiperativo, visando otimizar a prática clínica dos profissionais que atuam com crianças em idade escolar, e forneçam orientação adequada aos professores.

2.2 – FATORES QUE PODEM DESENCADear UM COMPORTAMENTO HIPERATIVO

Um dos principais fatores, senão o principal, do desencadeamento de um comportamento hiperativo são as chamadas dificuldades interacionais ou adaptativo – relacionais, nas esferas familiar e escolar.

As dificuldades emocionais e afetivas e seu conseqüente impacto para a criança podem ser responsáveis pela deflagração ou início do comportamento hiperativo. Nestes casos, existem maiores possibilidades de remissão do quadro, uma vez que resolvidos os fatores que o desencadearam.

O comportamento hiperativo também pode ser induzido ou intensificado por estressores biológicos. Em outras palavras, o comportamento hiperativo pode ser desencadeado por algum agente tóxico-alimentar ou por alguma patologia, como o hipertireodismo, por exemplo.

Diferente da hiperatividade propriamente dita o comportamento hiperativo aparece, nesses casos, em determinado momento da vida da criança sem nenhum antecedente que o justifique. No caso de alimentos, conforme Braga (1998) já é bem conhecida a reação hipercinética provocada por agentes tóxico alimentares, entre eles:

- Corantes artificiais;
- Aditivos químicos;
- Conservantes alimentares;
- Resíduos de agrotóxicos nos alimentos;
- Alguns tipos de molhos;
- Cereais empacotados;

- Salsichas e queijos;
- Açúcar refinado;
- Salicilato de sódio.

Esses alimentos podem provocar, uma reação em crianças com algum tipo de sensibilidade idiossincrásica, também chamada de hipercinésia situacional.

Há ainda muitas controvérsias sobre a possibilidade de que tais substâncias, principalmente os aditivos químicos, corantes artificiais e açúcar refinado, possam ser considerados, isoladamente, causa da doença. Alguns estudos demonstram uma leve melhora no quadro clínico da hiperatividade em crianças submetidas a uma dieta pobre nessas substâncias.

Por outro lado, algumas doenças também podem desencadear um comportamento hiperativo, que em muitos casos, é o primeiro sintoma a aparecer. Destas patologias, as principais são:

- Malformação Congênitas;
- Lesão Cerebrais em Geral;
- Traumatismo Craniano;
- AVC (Acidente Vascular Cerebral);
- Esclerose Múltiplas (perda do tecido glial);
- Encefalites (infecções virais);
- Hipertireoidismo;
- Apnéia do sono;
- Enterobíase;
- Neurofibromatose Fenilcetonúria;
- Intoxicação por chumbo (Plumbismo);
- Deficiência Vitamínica;
- Vazamento de Radiações;
- Exposição a Campos Eletromagnéticos;

- Crises Convulsivas (Ausência).

O comportamento hiperativo pode ser resultante de uma condição particular (transtorno reativo) tanto de ordem psico-afetiva, quanto psicoeducacional.

A reação hiperativa pode estar presente em até 10% das crianças em idade escolar. Há dados sugestivos de que a permanência prolongada, crônica, de uma reação hiperativa, leve a alterações na bioquímica cerebral semelhantes às encontradas na hiperatividade verdadeira.

Em ambos os casos (reação e temperamento), a anormalidade bioquímica representa a via final comum, ora como causa, ora como defeito, através da qual se manifestam diferentes tipos de fatores, entre eles: tóxicos, genéticos, hipertóxicos, traumáticos, mesológicos, emocionais e educacionais.

2.3 – PROBLEMAS PSICO-AFETIVOS

O momento de transição global em que nos encontramos evidência que o processo familiar ainda não encontrou o seu ponto de equilíbrio frente às novas imposições da vida contemporânea. Há ainda muita confusão quanto aos papéis de cada um na família; a divisão de trabalho; a competição pelo poder; ao exercício da autoridade; à diminuição do tempo de convívio entre pais e filhos, etc.

Tudo isso colabora para o argumento dos conflitos conjugais, da insegurança quanto à educação dos filhos, geradora de sentimento de culpa. Se este sentimento é exacerbado, sobrevivem a permissividade e o excesso de indulgências, que acaba por conceber aos filhos um poder que eles não estão maduros para assumir.

Os problemas psico-afetivos geralmente estão relacionados a um dos seguintes aspectos:

- Conquista de independência em relação à família;
- Manejo de ansiedade de separação;
- Aquisição do controle de impulsos;
- Lidar com a relação apego/desapego;

- Lidar com a sensação de rejeição;
- Desenvolver um relativo grau de socialização.

Entre as diversas condições psico-afetivas existentes, as que cursam como uma ansiedade crescente são as que mais contribuem para a instalação de um comportamento hiperativo. Por isso, cabe observar quais os principais fatores ansiogênicos na infância.

- Separação dos pais;
- Desavenças familiares que terminem em violência;
- A utilização de Deus, da culpa e do pecado como instrumento de manipulação e coação visando atingir um determinado comportamento por parte da criança.
- Família muito numerosa;
- Estimulação ambiental inadequada (falta de interação dos pais para com os filhos).

2.4 – PROBLEMAS PSICO-EDUCACIONAIS

Os problemas psico-educacionais podem ocorrer tanto em casa quanto na escola e geralmente estão relacionados em déficits interacionais por parte dos pais ou dos professores.

O modo de agir de uma criança não é apenas resultado da educação dos pais, mas sim de uma complexa reação entre:

Ambiente (físico, psíquico e escolar);

Educação (pais, escola e professores);

Temperamento da Criança (sua estrutura do ser).

Comportamento (conduta) e como consequência, o nível de aprendizado da criança.

A interação do hiperativo com o meio pode resultar em dois tipos de condutas distintas: ou ele se submete, retrai-se e torna-se introvertido e depressivo, ou ele confronta e desenvolve um comportamento opositivo e ansioso.

Nas crianças hiperativas há um predomínio da tendência ao isolamento, baixo nível de envolvimento social, dificuldade na tomada de decisões e maior dependência.

Há que se diferenciar bem: a criança até os 06 anos é normalmente “hiperativa”, na acepção literal do termo, e se essas crianças forem educadas sem noções de limites passam a apresentar um comportamento visto como “patológico”.

A atitude dos pais frente a filhos hiperativos é bastante variável. Situada entre um extremo e outro, em função do próprio estado de humor, acarretando um sentimento de insegurança crescente na criança, o que agrava o quadro.

Visando facilitar o entendimento, distinguimos didaticamente os problemas psico-educacionais que se manifestam com maior frequência no lar daqueles que são mais comuns na escola.

- No Lar:

O mais comum exemplo deste problema no lar, consiste na incapacidade dos pais em colocar limites aos seus filhos (falta de limites). Eis alguns exemplos de estilos educacionais emocionalmente insatisfatórios:

- Ignorar os sentimentos da criança;
- Ser demasiadamente conivente com todo o tipo de expressão dos sentimentos da criança. (birra, choro excessivo, agressividade, manha, etc.)
- Repreender e reprimir a expressão da emoção (não permitir que a criança chore quando está irritada ou magoada).

Dois extremos anacrônicos de educação familiar podem ser identificados:

Pais Hiperautoritários: O excesso de autoridade geralmente aparece em pais que têm dificuldades de aceitar seu filhos tal como ele se apresenta, Idealizando sempre um modelo de comportamento conforme suas conveniências ou idéias preestabelecidas. Muitas vezes projetam nos seus filhos suas frustrações ou ideais reprimidos.

Dependendo do temperamento dos filhos, estes podem se revelar e desenvolver sentimento de ódio, agressividade e revolta ou, como ocorre na maioria dos casos de pais dominadores, os filhos tornam-se, submissos na frente dos pais, porém, longe destes, mantêm a desobediência, geralmente ocultada por mentiras e corrupções.

Pais Hiperindulgentes: Consiste na tentativa de realização de todos os desejos da criança, desencadeada pelos mais diversos motivos, entre eles: sentimento de culpa, vontade de proporcionar aos filhos o que não tiveram na infância, necessidade de proteger os filhos das “ameaças” externas, etc.

Muitos pais indulgentes são também superpermissivos, isto é, permitem que a criança fale tudo o que bem entende desde que não incomode o adulto, numa condição de submissão dos pais aos filhos. A superindulgência tem uma certa relação com “querer se ver livre dos filhos”. Por exemplo, a mãe que permite que o filho coma quantos doces quiser, contando que não a incomode por um determinado momento.

A manifestação da falta de limites, principalmente através de um comportamento hiperativo, pode ser interpretada como um pedido de ajuda, visando à realização de determinado aprendizado e aquisição da compreensão necessária para ter a segurança na ação.

O comportamento hiperativo desencadeado por falta de limites pode não levar a criança a apresentar déficit de atenção e, se o fizer, será mais por distraibilidade do que por incapacidade de focar a atenção.

A falta de limites gera angústia e incerteza, que pode levar a um comportamento inadequado, o qual, por sua vez, gerará mais angústia, e também culpa, revolta, sensação de impotência e talvez agressividade. O comportamento hiperativo pode ser apenas uma consequência da repetição crônica desse processo.

A falta de limites na conduta infantil pode expressar-se através das seguintes manifestações.

- Explosão de cólera, birra, choros excessivos;
- Comportamento hiperativo;
- Condutas opositivas e desafiadoras;

- Condutas destrutivas, como o estrago de determinados objetos;
- Descontrole esfinteriano e enurese;
- Atitudes compulsivas e obsessivas;
- Diminuição da aptidão psicomotora;
- Condutas sexuais desproporcionais.

A birra é um exemplo claro do extremo da falta de limites, ela evidencia a incoerência dos pais, que ora proíbem, ora permitem, de forma indisciplinada e descriteriosa.

Este verdadeiro desrespeito à criança é respondido também como desrespeito, pois a birra nada mais é do que: “é bom que você me atenda, caso contrário vai sofrer muito”.

As chamadas “mães de profissão”, isto é, aquelas que investem toda em sua vida unicamente na educação de colocar limites devido principalmente à necessidade de que elas têm de satisfazer os desejos dos filhos para se auto-realizarem no seu papel de mãe, permitindo a aquisição de maior autonomia por parte do filho.

- Na Escola

Dentre as condições reacionais de ordem psico-educacional na escola, as citadas abaixo são as mais freqüentes.

- a) A cristalização das características autoritárias, arbitrárias e inadequadas do sistema pedagógico atual (tanto escolar como familiar), com pouca interatividade entre o locutor (pais e/ou professor) e a criança;
- b) A inadequação do sistema de ensino às crianças;
- c) Conseqüências de uma superdotação intelectual mal gerenciada, causando desmotivação e entediamento por parte da criança;
- d) Um distúrbio da interação entre o temperamento e a estrutura consciencial da criança com o ambiente em que ela vive;

Em muitos casos de comportamento hiperativo, observamos que a criança não presta atenção às lições na escola simplesmente pelo fato de que ela não quer fazê-lo (não se sente motivada a tal). É muito difícil para pais e professores

admitirem que a criança que não fica sentada, quieta e prestando atenção nas lições não tenha nenhum defeito que a leve a agir dessa forma.

Vale lembrar que muitas crianças rotuladas com TDAH têm, na verdade, problemas de atenção como consequência secundária de suas dificuldades de aprendizagem primária.

Consequências:

Estudos longitudinais epidemiológicos têm demonstrado que crianças com comportamento hiperativo, quando não adequadamente tratadas, ficam mais propensas a desenvolver distúrbios sociais, emocionais e comportamentais, bem como a ter problemas escolares.

As principais consequências possíveis são:

- Depressão;
- Ansiedade;
- Distúrbios neuróticos em geral;
- Distúrbios obsessivo-compulsivos;
- Baixa tolerância ao stress;
- Toxicomania;
- Alcoolismo.

A escola é o local propício para se detectar o indivíduo hiperativo, pois é no dia-a-dia escolar que as questões comportamentais se tornam mais visíveis.

Segundo Abram Topczewski, citado por Vera Helena Pessoa (2005), autor de um dos poucos livros em português sobre o tema, a maioria dos hiperativos têm problemas escolares pela dispersão, desatenção, falta de concentração e em consequência do seu comportamento, não conseguem atingir os objetivos no aprendizado. Há, porém, hiperativos com um desempenho escolar muito bom, conseguem fazer as tarefas muito rapidamente, mas não ficam quietos e atrapalham a dinâmica da classe.

Para a pediatra e pesquisadora da USP, Dr^a Ana Sucupira citada por Vera Helena Pessoa (2005), não querendo admitir o seu fracasso, o Sistema

Educacional necessitou medicalizar um problema social (psicopedagógico) que é o mau rendimento escolar. Virou modismo levar as dificuldades escolares para o consultório médico. A medicalização do fracasso escolar é uma ótima saída para isentar o sistema escolar e as condições familiares e sociais, transferindo para o nível individual e orgânico a responsabilidade pelo mau rendimento escolar. Em outras palavras, podemos entender que a medicalização da hiperatividade infantil é uma forma dissimulada de controle social.

O despeito do valor de todas as críticas mencionadas, não se pode esquecer, independente do rótulo empregado, que é inconteste a existência de indivíduos que, já nos primeiros anos de vida, apresentam uma dificuldade maior em manter o foco de seu interesse em uma determinada atividade, mesmo de natureza lúdica.

Por outro lado, para muitas crianças ditas “hiperativas”, seu comportamento é tão ativo quanto sua dinâmica interna a impede a ser, e qualquer exigência em contrário resultará em respostas comportamentais e motoras prejudiciais à própria criança.

3 – DIAGNÓSTICO DA HIPERATIVIDADE

Conforme BRAGA (1998) , uma das dificuldades diagnósticas está em não saber bem ao certo o que é um comportamento normal para cada uma das idades. Entre 2 a 4 anos, é preciso muita cautela para se diferenciar uma criança hiperativa de uma criança normalmente ativa. Nestes casos deve-se fazer uma avaliação longitudinal, isto é, um acompanhamento da criança, por algum tempo para identificar melhor a característica de suas manifestações;

As características relativas ao comprometimento da atenção e a hiperatividade devem estar presentes em mais de uma situação (por exemplo: na escola, em casa, no clube, etc) e ter iniciado antes dos 6 anos de idade.

A Hiperatividade Infantil exige uma abordagem Interdisciplinar para ser diagnosticada. Devemos desconfiar de diagnósticos feito por psicólogos ou pelo pediatra da família em uma só sessão terapêutica.

Os estudos demonstram que professores treinados e orientados sobre as características da Hiperatividade Infantil são muito mais precisos e eficientes no reconhecimento de crianças que realmente apresentam o distúrbio, do que muitos pediatras ou psicólogos sem experiência no assunto.

A avaliação diagnóstica da hiperatividade requer a consideração destes seis itens a seguir:

- a) Anamnese Completa;

- b) Avaliação Clínica Geral;
- c) Exame Neurológico;
- d) Avaliação Laboratorial e Complementar;
- e) Avaliação Psicológica;
- f) A Avaliação Psicoeducacional.

3.1 – CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO HIPERATIVO

O autor Braga (1998) nos apresenta quatro características básicas do comportamento hiperativo:

1 – Déficit de Atenção (Desatenção).

- Falta de persistência em atividades que requeiram envolvimento cognitivo;
- Mudança de uma atividade para outra sem completar nenhuma;
- Abandono de atividades, deixando-as inacabadas;
- Cometimento de erros por falta de cuidados;
- Dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- Desorganização dos hábitos de trabalho;
- Manuseio de objetos.

2 – Hiperatividade

A hiperatividade pode ser conceituada como uma atividade motora excessiva e movimentação física extrema. Também pode estar presente a hiperatividade verbal e ideativa. Apresenta-se na prática como inquietação excessiva e desassossego. É melhor observada em situações que requeiram da criança um elevado grau de autocontrole de comportamento.

3 – Impulsividade

A dificuldade de pensar antes de agir;

A necessidade de agir rapidamente que sobrepuja sua reduzida capacidade de autocontrole;

A realização de infrações não premeditadas de regras ao invés de desafio deliberado:

A impaciência;

A dificuldade de protelar respostas;

A necessidade de responder precipitadamente;

A dificuldade para aguardar a sua vez.

4 – Dificuldade em Lidar com as Frustrações

Esta característica faz com que as crianças hiperativas cariem muito o seu estado de humor, não toleram perder em jogos e brincadeiras, e não consigam ter paciência para esperar sua vez nas atividades em geral.

CONCLUSÃO

Tendo em vista o conhecimento obtido no presente trabalho, parece-me lógico que a hiperatividade muitas vezes é confundida pelos professores e/ou pais em se tratarem de crianças sem limites de comportamento, mas que não deve ser ignoradas, pois a falta de controle na educação pode levar uma criança a tornar-se hiperativa.

A criança hiperativa pode ter muitos problemas. Apesar da “dificuldade de aprendizado”, essa criança é muito inteligente, sabe que determinados comportamentos são indesejados, mas, apesar do desejo de agradar e de ser educada, ela não consegue se controlar, tornando-a frustrada, desanimada e envergonhada, sintomas de hiperatividade numa classe, o professor regente deve buscar auxílio junto a um psicopedagogo que trabalhará em harmonia com a família. Se necessário adicionar um especialista em comportamento infantil que garantirá que a criança realmente hiperativa seja tratada adequadamente, mediante um diagnóstico preciso.

Durante as primeiras consultas, a criança hiperativa pode se comportar de forma quieta e educada. Sabendo o que é esperado, pode se transformar em uma criança “modelo”. Os pais devem estar preparados para isso e deverão ser capazes de descrever, de forma precisa e objetiva, o comportamento do seu filho em casa e nas atividades sociais. O professor poderá relatar por escrito o comportamento da criança quanto ao seu desenvolvimento cognitivo e a interação

em classe. Pode ser necessário várias consultas antes que o comportamento hiperativo, a meta é ajudá-la a fazer o melhor possível, em casa, na escola, e com os amigos. Lembre-se sempre de que essa criança está lutando com todas as forças para superar uma deficiência do sistema nervoso. Os pais da criança hiperativa merecem muita consideração, pois buscam junto à escola, mediante aos educadores, apoio para superar tantas dificuldades na educação do filho. É preciso muita paciência – e vigor – para amar e apoiar a criança hiperativa em todos os desafios e frustrações inerentes à doença. Os pais estão sempre preocupados, atentos, sempre “em alerta”. Conseqüentemente, é fácil sentirem-se cansados, abatidos e frustrados. É de importância vital para os pais da criança hiperativa serem bons consigo mesmos, descansar quando apropriado, além de buscar e aceitar o apoio para eles e para o filho.

BIBLIOGRAFIA

ARAÚJO, Pedro. *Déficit de atenção: um diagnóstico que você pode fazer*. Revista Nova Escola. São Paulo, nº 172: 28 - 29, Maio. 2004.

BRAGA, Ryon. *O comportamento hiperativo na infância*. São Paulo: Universalista, 1998.

HIPERATIVIDADE. *SAÚDE & Educação*. Revista Aprender – Ano 1, nº 02. set./out.2000.

PESSOA, Vera Helena. *Hiperatividade*. In: http://www.thothom.com.br/VeraHelenaPessoa/Tese00_12.html. Acesso em 23, jan. 2005.

TIBA, Içami. *Disciplina, limite na medida certa*. São Paulo: Gente, 2002.

_____. *Quem ama educa*. São Paulo: Gente, 2002.