HIPERATIVIDADE OU FALTA DE LIMITES?

Tania Regina Corredato*
Silvana Brogio
Pós-Graduação em Psicopedagogia, União Educacional de Cascavel - UNIVEL

Recebido em: 29/05/2002 Aceito em: 18/09/2002

RESUMO: O presente orienta-se pelos conceitos de hiperatividade, seus principais sintomas e principais características das crianças que buscam atendimento psicológico com esta queixa. Para alguns autores, o conceito de hiperatividade baseia-se na construção do pensamento médico, doença neurológica, paralelamente à observação dos distúrbios de aprendizagem. Os conceitos de distúrbios de aprendizagem e hiperatividade caminharam juntos no meio científico, dificultando o diagnóstico diferencial entre ambos. Os aspectos do diagnóstico têm sido sujeitos a numerosas conceituações, redefinições e renomeações, abrangentes e pouco esclarecedoras. Assim como o pensamento médico é importante para o diagnóstico de hiperatividade, outros autores privilegiam os aspectos sociais e psicológicos.

PALAVRAS-CHAVE: distúrbio de aprendizagem, hiperatividade, diagnóstico.

HIPER-ACTIVITY OR LACK OF LIMITS?

ABSTRACT: The present work has an objective to understand the hiper-activity concept better, its mains symptoms and characteristics of the children who search psychological attendance with this complaint. For some authors, the hiper-activity concept is based on the construction of the medical thought, neurological illness, parallel to the comment of the learning riots. The concepts of learning riots and hiper-activity had walked together in the scientific way, making it difficult the distinguishing diagnosis between both. The aspects of the diagnosis have been submitted to the numerous conceptualizations, redefinitions and renomeations, embracing and little enlightening. As well as the medical thought it is important for the hiper-activity diagnosis, other authors privilege the social and psychological aspects.

KEY WORDS: disturb of learning, hiper-activity, diagnosis.

1 A CRIANÇA HIPERATIVA

Para Goldstein e Goldstein (2000), é importante entender que a criança hiperativa apresenta as dificuldades mais comuns da infância, porém de forma mais exagerada. Para a maioria das crianças afetadas, a desatenção, a atividade excessiva ou o comportamento emocional irrefletido e impulsivo são características do temperamento.

Este termo descreve, no entanto, um conjunto de qualidades inatas que vieram ao mundo com eles. Muitos pesquisadores acreditam que essas qualidades, que podem não ser hereditárias, sejam conseqüência de algum desequilíbrio da química do cérebro.

Algumas crianças, entretanto, podem apresentar sintomas de hiperatividade como resultado de ansiedade, frustração, depressão ou de uma criação imprópria. Assim sendo a integração da criança com todo o seu mundo, casa, escola e comunidade em geral, é afetado.

Cypel (2000) descreve a hiperatividade como resultante da inconsistência e da incompetência do que como resultante do mau comportamento ou desobediência.

* **Correspondência:**
R: Marcelino Leonardo, 310, Jardim MonteCarlo. Cep: 87080-4000. Maringá, PR
E-mail: trcorredato@wnet.com.br

> "*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*". (CYPEL, 2000 p. 55-56).

Para Drouet (1995), a hiperatividade é um dos distúrbios mais freqüentes em crianças com transtornos motores. É uma perturbação psicomotora. Esse comportamento não aparece apenas pelo excesso de atividade, de "falta de parada" da criança, mas também nos seus movimentos em direção aos objetos e do seu próprio corpo. As crianças hiperativas têm descontrole motor acentuado, o que faz com que elas tenham movimentos bruscos e inadequados, expressão facial descontrolada, fala e respiração entrecortadas, mudanças freqüentes de humor e instabilidade afetiva. Elas passam, por exemplo, de uma crise de raiva para demonstrações de carinho, do choro ao riso, e vice-versa.

A criança hiperativa representa um enorme desafio para pais e professores. Sugere-se que a hiperatividade pode ser o problema mais constante e comum na infância. É persistente e crônico porque não há cura, mas a melhora pode ser importante na maioria dos casos. Assim, problemas apresentados pela criança hiperativa devem ser administrados, dia a dia, durante a infância e a adolescência.

É possível que a hiperatividade esteja entre as razões mais freqüentes que justificam o encaminhamento de crianças com problemas de comportamento à médicos, psicólogos, educadores e outros especialistas em saúde mental Goldstein e Goldstein (2000).

Hallowell e Ratey (1999), também chamam a atenção para o fato de que a criança com TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade) não precisa ser alguém que esteja sempre repetindo o ano na escola, ou com uma dificuldade de aprendizagem específica, ou tão hiperativa a ponto de se tornar desagregadora, ou com qualquer problema mais sério de disciplina.

Ela pode ser uma criança atraente, querida, dado tanto a períodos de alto e baixo rendimento, passando de um ano para outro sem problemas muito sérios. Ela pode ter muitas qualidades positivas como: vivacidade, jogo de cintura, persistência, charme, criatividade e um talento intelectual escondido.

Conforme Rohde e Benczik (1999) a hiperatividade é mais freqüente entre os meninos, no máximo de dois meninos para cada menina com TDAH. Ainda não se sabe se esta diferença é real, pois nas meninas com TDAH, há o predomínio de sintomas de desatenção, portanto não incomodam tanto na escola, passando às vezes desapercebidas, e não são levadas à avaliação.

Características como a movimentação excessiva do indivíduo, falta de atenção, impaciência, impulsividade, distração, impossibilidade de focalizar a atenção por muito tempo em um determinado objetivo, traz a criança, (principalmente no início de sua vida escolar) problemas de rejeição, dúvidas quanto à sua capacidade intelectual, baixa auto-estima, e várias situações que, com a devida informação a pais, profissionais e ao próprio portador do distúrbio, podem ser minimizadas, contornadas ou mesmo eliminadas, Smith e Strick (2001).

Já para Goldstein e Goldstein (2000), é importante para os pais entenderem que a hiperatividade pode ser melhor descrita como uma forma acentuada daquilo que pode ser um comportamento apropriado para idade. Uma criança pode ser também excessivamente ativa ou insuficientemente atenta. Outros problemas da infância normalmente são definidos de maneira clara e definitiva.

A hiperatividade, portanto, precisa ser considerada como um distúrbio de interação. O número de dificuldades pelas quais passará uma criança agitada é determinado, em parte, pela situação.

2 CONHECENDO A HIPERATIVIDADE

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

O TDAH é um problema de saúde mental que tem três características básicas: a desatenção, a agitação e a impulsividade. Este transtorno tem um grande impacto na vida da criança ou do adolescente e das pessoas com as quais convive. Pode levar a dificuldades emocionais, de relacionamento familiar e social, bem como a um baixo desempenho escolar. Muitas vezes é acompanhado de outros problemas de saúde mental, Rhode e Benczik (1999).

A definição de ADD, (Distúrbio de Déficit de Atenção), com hiperatividade no DSM-III (Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais), 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 e impulsividade com hiperatividade (ADDH) daquela 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 superatividade delineava uma síndrome distinta.

O diagnóstico do déficit da atenção com hiperatividade (ADDH) baseou-se na ocorrência do desenvolvimento impróprio da superatividade, do déficit de atenção e de impulsividade durante seis meses, no mínimo. Estes sintomas deveriam ocorrer pela primeira vez antes dos 7 anos de idade. Goldstein e Goldstein (2000).

A nova categoria, do DSM-III-R, denominada "distúrbio de déficit de atenção por hiperatividade" (DADH), 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 DADH se manifesta oito ou mais sintomas de uma lista de quatorze comportamentos que refletem impulsividade, desatenção e hiperatividade motora. (ver quadro 1).

Quadro 1: Critérios para Diagnóstico

Critérios para Diagnóstico do DTAH de acordo com DSM-III-R	
1.	Mexe incessantemente com as mãos ou pés
2.	Tem dificuldade em permanecer sentado quando lhe pedem
3.	Distrai-se facilmente
4.	Tem dificuldade em esperar a sua vez em situações de jogos de grupo
5.	Freqüentemente responde a perguntas falando de forma abrupta, sem esperar que o interlocutor termine a pergunta
6.	Tem dificuldade em acompanhar as instruções dadas pelos outros
7.	Tem dificuldade em sustentar a atenção nas tarefas que realiza ou nas atividades que pratica
8.	Muda de uma atividade incompleta para outra
9.	Tem dificuldade em brincar em silêncio
10.	Fala demais
11.	Interrompe ou invade a fala do outro
12.	Não presta atenção ao que está sendo dito
13.	Perde coisas que são necessárias à realização de tarefas ou atividades na escola ou em casa
14.	Envolve-se em atividades físicas perigosas

Fonte: Hallowell e Ratey (1999)

O TDAH interfere, segundo Goldstein (1999), na habilidade da pessoa manter a atenção, especialmente em tarefas repetitivas, de controlar adequadamente as emoções e o nível de atividade, de enfrentar conseqüências consistentemente e, talvez a mais importante, na habilidade de controle e inibição. As pessoas com TDAH até podem saber o que deve ser feito, mas não conseguem fazer aquilo que sabem devido à inabilidade de realmente poder parar e pensar antes de reagir, não importando o ambiente ou a tarefa.

Além dos sintomas primários (distração, impulsividade e inquietude), Hallowell e Ratey (1999) falam sobre sintomas secundários que se desenvolvem quando o diagnóstico não é feito ou demora a ser feito. Estes são: baixa auto-estima, depressão, aborrecimento e frustração na escola, medo de aprender coisas novas, deterioração no relacionamento com os semelhantes, às vezes uso abusivo de drogas ou álcool, roubo ou mesmo atitude violenta em razão à frustração acumulada. Sabe-se que quanto mais se demora a fazer os diagnósticos, maiores serão os problemas secundários.

2.1 Fatores que Interferem na Aprendizagem

Problemas de Aprendizagem

As crianças com TDAH podem não ter um bom desempenho na escola, mas tem capacidade para aprender, isto é, elas têm potencialidade que não usam em sua totalidade devido aos sintomas do transtorno. Pesquisas demonstram que 10 a 30% destas crianças experimentam deficiências de aprendizagem. Isto devido aos sintomas próprios do TDAH Goldstein e Goldstein (2000).

Problemas de Memória

Para poder se lembrar, uma criança precisa prestar atenção. As crianças com TDAH, não processam tantas informa-

ções e, não têm a oportunidade de armazenar e recuperar tantas informações quanto às outras. Por isso muitas vezes a criança com TDAH é acusada de não ter boa memória, o que não é necessariamente a verdade. Pois ela apenas se lembra do que prestou atenção, durante o tempo em que conseguiu prestar atenção. Pode também, quando lhe é pedido algo, esquecer-se no meio do caminho o que deveria fazer, porque outra coisa lhe chamou a atenção, o que acontece freqüentemente Goldstein e Goldstein (1996).

Problemas de Inteligência

A maioria das crianças com TDAH apresentam o nível de inteligência normal, sendo que alguns podem até apresentar o nível de inteligência acima do normal. O que não quer dizer que o TDAH não apareça em crianças com deficiência mental, que é um fator complicador, Topczewski (1999).

Problemas Cognitivos

A cognição significa a aquisição de conhecimentos de um modo geral e a criança com TDAH apresenta esta função alterada, po is o seu comportamento acarreta a dispersão e a desatenção; consequentemente, a impossibilidade para o aprendizado satisfatório é evidente, Topczewski (1999).

O histórico da criança, pode mostrar problemas com a atenção, dificuldade de aprendizado, problemas em se manter parado, etc. Podem também aparecer problemas relacionados à gravidez e ao parto já que a incidência deste problema em pessoas com ADD é substancialmente maior do que na população normal. Também podem aparecer dificuldades na coordenação motora, problemas em tarefas como abotoar a roupa, amarrar os sapatos, dificuldade em movimentos alternados rápidos. Bem como déficit de linguagem, problemas com a fala e problemas psicológicos secundários como depressão agressão, baixa auto-estima assim como sentimentos de rejeição.

Embora não se saiba a explicação, pais de pacientes com ADD tendem a ter um índice de separação no casamento maior do que na população em geral, Braga (1998).

Gorodscy (1991), salienta que, no caso do psicólogo, uma vez descartados outros problemas físicos que podem apresentar semelhanças com ADD o diagnóstico pode ser realizado através de testes psicológicos como WISC, (Escala que permite avaliar a inteligência em crianças e ainda, recolher algumas informações sobre a organização do comportamento) já que crianças com ADD tendem a apresentar uma diferença grande entre os testes de atenção e memória em relação à outros testes como de inteligência geral.

No desenho da figura humana a sua performance é inferior ao que se seria esperado por uma criança da sua idade por causa de problemas de atenção, localização espacial, desenvolvimento motor, etc.

É importante salientar que a desatenção, a hiperatividade ou a impulsividade como sintomas isolados podem resultar de muitos problemas na vida de relação das crianças (com os pais e/ou com colegas e amigos), de sistemas educacionais inadequados, ou mesmo estarem associados a outros transtornos comumente encontrados na infância e adolescência. Portanto, para o diagnóstico do TDAH é sempre necessário contextualizar os sintomas na história de vida da criança. (CYPEL, 2000).

3 DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO

Este estudo, foi realizado em uma escola pública de Ensino Fundamental e Médio da cidade de Cascavel-PR. Inicialmente, através do contato com a direção da escola e apresentação dos devidos objetivos que eram os de identificar e investigar a criança hiperativa. Utilizou-se de materiais diversificados como: jogos de memória, dama, jogo da velha, formação de palavras e frases, jogos de estratégias e desafios permitindo que a criança resgatasse sua identidade como membro participante de um grupo, a sala de aula, além de oferecer subsídios a professora para que pudesse conduzir as atividades que respeitassem as potencialidades da criança em questão.

Fernando, (nome fictício do aluno investigado), em razão de constantemente agredir seus colegas, não realizar registros em sala de aula, estar sempre desmotivado perante os assuntos tratados em sala de aula fora indicado para esta investigação.

Após esta etapa de apresentação, iniciou-se as seções de observação da criança em sala de aula, e pátio. Durante as observações que aconteceram num período de duas tardes, das 13:30 às 16:30 horas, turno em que Fernando está na escola, pode-se constatar que, em um primeiro momento, durante as sessões de psicoterapia não demonstrou agitamento excessivo, demonstrou bastante interesse em jogos de memória, sendo bastante hábil prestando bastante atenção na

disposição dos jogos, armando estratégias para vencer. Mostrou-se bastante interesse em aprender e jogar. Leu as regras de muitos dos jogos, e as respeitava, e, em um segundo momento, Fernando queria estar sempre em evidência, ou melhor, chamando atenção, muitas vezes batendo nos colegas sendo esta, uma das queixas da escola.

Em paralelo com as observações, realizou-se também a Anamnese em busca de informações que permitissem a elaboração do histórico de Fernando.

É sabido que para o desenvolvimento pleno da criança em sua construção de conhecimento, se faz necessário o trabalho conjunto da escola e da família principalmente quando a criança apresenta dificuldades no seu rendimento escolar. Não se deve atribuir somente à escola o papel de condutora deste processo onde a criança vai para aprender. Cabe a escola deixar aberto o espaço que deve ser ocupado pela família trabalhando lado a lado.

Sendo assim, buscou-se através da anamnese subsídios que justificassem o comportamento de Fernando que foram apresentadas pelo pai.

Após a realização da anamnese e de posse das informações, organizou-se algumas atividades que eram realizadas na própria escola que disponibilizou uma sala no período da manhã duas vezes por semana, durante uma hora e meia, no espaço de dois meses o que proporcionou a realização de vinte horas de atividades.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A história de Fernando confunde-se com a de muitas crianças onde a mãe abandona o lar, criado pelo pai e a avó, sendo ele o filho mais velho de três irmãos. O pai demonstrou bastante interesse no caso do filho, porém em determinado ponto da conversa frisou que ele não havia estudado e o futuro do filho seria semelhante ou igual ao seu.

O abandono da mãe parecia ainda incomodá-lo, pois em nenhuma das seções falou em seu nome. Em todo momento deixou claro que Fernando foi uma criança desejada por ele, e que apesar de pertencer a classe bastante humilde, tem procurado a medida do possível dar o necessário para o filho.

Fernando nasceu de parto normal, chorou muito até três meses, foi muito esperto, aprendeu a andar de bicicleta muito cedo, aos quatro anos e sem rodinha, conta o pai com orgulho.

O pai comentou que Fernando, não demonstra interesse em fazer as tarefas escolares. Ao ser questionado se Fernando era incentivado a fazê-las, disse que sim, e que recebia a ajuda de uma prima. Aos primeiros anos de vida já freqüentava creches e cursou o primário em escola pública, não havendo queixas.

É comunicativo e conversa com pessoas de diferentes idades. Gosta muito de assistir TV. Em atividades competitivas, não aceita perder.

No que se refere a antecedentes patológico, aos oito meses teve pneumonia dupla ficando internado durante oito dias para tratamento. Ficava, agitado ao dormir e faltava-lhe fôlego. Tomou todas as vacinas e nunca teve convulsão, com relação a audição e visão está tudo bem.

Quando briga, o pai bate e ele perde o fôlego. Quando o pai pega os outros irmãos no colo ele fica bastante enciumado, querendo colo também.

Durante os encontros que envolveram as atividades com jogos, Fernando não demonstrou agitamento, mostrou-se bastante interessado no jogo de memória, apresentando habilidade e atenção, armando estratégias para vencer. No manuseio dos jogos que ele não conhecia, interessou-se pelas regras que indicavam como deveria jogar, lendo-as com atenção.

Os diferentes jogos foram deixados estrategicamente expostos próximos a Fernando na intenção de despertar seu interesse. Isto ocorreu com muita facilidade o que oportunizou a condução do comportamento de ler as instruções de cada modalidade de jogo para posteriormente explorá-lo.

Após cada encontro, realizava-se registro sobre os acontecimentos relevantes que eram discutidos com a professora da sala. Em algumas das discussões a professora relatou modificações no comportamento de Fernando que demonstrava interesse em ler textos e exercícios quando solicitado.

No pátio demonstrava compreensão quando não saia vencedor em algum jogo o que já aproximava os colegas.

Durante estas atividades realizadas com Fernando, discutiu-se em paralelo com a direção e demais professores não só da sala de Fernando, mas, de outras séries também, a importância de um diagnóstico ou mesmo da identificação de algumas características que as crianças hiperativas apresentam conduzindo a uma reflexão comprometida ao que se refere as dificuldades de aprendizagem.

Verificou-se, no entanto, após algumas seções, que Fernando não possui hiperatividade, mas sim falta de limites

com carência afetiva, deficiência cultural e referencial paterno e materno, portanto, trata-se de uma criança com falta de limites trabalhados, devendo ser encaminhado para tratamento psicológico afetivo.

Sabe-se que quanto mais precocemente o tratamento psicopedagógico for iniciado, melhores serão os resultados, pois as lacunas encontradas serão menores. Este tratamento inclui: orientação aos pais, orientação aos professores e o tratamento com a criança.

A criança com TDAH deve ser tratada como uma criança normal, sem ser severo demais ou, ao contrário, superprotegendo, para que a sua personalidade se desenvolva de modo normal e sadio, conhecendo os limites que a vida impõe.

Todo tratamento deve ser feito com amor, respeitando-se as condições da criança os seus interesses e a sua capacidade. É muito importante que o tratamento seja o mais lúdico possível, num ambiente feliz e alegre, procurando-se motivá-la de modo adequado à execução das ações ou à tomada das posturas que devem ser adquiridas. O medo e as tensões devem ser eliminados. As atividades não devem causar decepção. As frustrações e os insucessos devem ser evitados, embora não completamente. É importante que o número de experiências agradáveis e bem-sucedidas durante o tratamento seja sempre maior que os insucessos. Isto fará com que sua auto-estima se eleve.

Outros fatores como a autonomia e disciplina (limites), podem ser trabalhadas através da participação ativa da criança no tratamento que pode e deve opinar quanto às atividades que a ajudam mais, utilização de jogos de regras, que a ajudam a se controlar, respeitar o outro, seguir as regras do jogo, como por exemplo: dominó, trilha, jogo da velha, damas, etc. Os jogos para persistência, atenção e concentração, controle motor, desenvolvimento de seqüências lógicas e criatividade, de raciocínio lógico matemático, são atividades que contribuem para o desenvolvimento de habilidades como: a persistência, autonomia, disciplina, atenção, relacionamento positivo com as pessoas e a compreensão da necessidade de adquirir conhecimentos. Objetivando-se ressaltar a importância do diagnóstico precoce como medida preventiva e a atuação da escola em conjunto com a família que podem conduzir a minimização ou até a superação de muitas dificuldades de uma forma geral.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** - DSM-IV. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1994.

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

CYPEL, Saul. **A criança com déficit de atenção e hiperatividade**: Atualização para pais, professores e profissionais da saúde. São Paulo: Lemos, 2000.

DROUET, Ruth Caribé da Rocha. **Distúrbios da aprendizagem**. São Paulo: Ática, 1995.

GOLDSTEIN, Sam; GOLDSTEIN, Michael. **Hiperatividade**: como desenvolvimento ver a capacidade de atenção da criança. Campinas, SP: Papirus, 2000.

GOLDSTEIN, Sam: **I Conferência Internacional sobre Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).** Ninety Convention Residence Service Transamérica Towers – São Paulo: (14 p. – mimeo) 25, 26 e 27 de novembro de 1999.

GORODSCY, Regina Célia. **A criança hiperativa e seu corpo: um estudo compreensivo da hiperatividade em crianças**. São Paulo, 1991. Tese (Doutor em Psicologia Clínica) - Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia.

HALLOWELL, Edward M. e RATEY, John J. **Tendência à distração**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – **DSM-IV ™.** Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul.

RHODE, Luiz Augusto. ; BENCZIK, Edyleine B. P. **Transtorno de déficit de atenção**: o que é? Como ajudar?. Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul, 1999.

SMITH, Corinne. ; STRICK, Lisa. **Dificuldades de aprendizagem de A a Z**. Porto Alegre, RS: ARTMED Editora, 2001.

TOPCZEWSKI, Abram. **Hiperatividade: como lidar?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.