

# Hiperatividade

## Características e procedimentos básicos para amenizar as dificuldades

• **ARLETE DOS SANTOS PETRY**  
Especialista em Psicologia Escolar.  
Psicóloga do Núcleo FADERS.  
Psicóloga Clínica. CRP. nº 07/03244.  
Novo Hamburgo/RS.

• **CLÉBER RIBEIRO ÁLVARES DA SILVA**  
Médico Neurologista.  
Professor Adjunto de Neurologia da  
Fundação Faculdade Federal de Ciências  
Médicas de Porto Alegre/RS.

• **MARILENE G. GOMES TRAVI**  
Psicopedagoga.  
Novo Hamburgo/RS.

Cada época parece trazer à baila alguma *doença* ou *perturbação* que passa a preocupar intensamente determinada população e, conseqüentemente, a ser mais percebida (inclusive onde não existe). Como um fantasma, passa a atemorizar. Esse é o caso da chamada hiperatividade ou, para melhor situá-la na atualidade, **transtorno de déficit de atenção e hiperatividade** (TDAH). A TDAH tem prevalência estimada de 10%, segundo Nass e Ross.

Conforme o DSM-IV, (Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais) caracteriza-se por uma persistente desatenção e/ou por uma impulsividade-hiperatividade que é mais freqüente e mais intensa do que a observada em pessoas com nível de desenvolvimento semelhante.

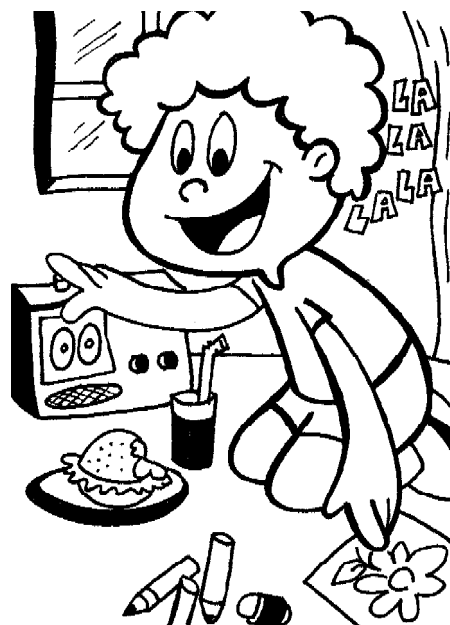
Dados da Associação Americana de Psiquiatria, em 1980, nos fazem acreditar que 50% dos casos de TDAH ocorrem antes dos 4 anos de idade.

Para Nass, a TDAH ocorre na proporção de 3 meninos para 1 menina.

### \* Um pouco de história

As primeiras referências aos transtornos hipercinéticos na literatura médica aparecem na metade do século XIX. Entretanto, somente no início do século XX começou-se a descrever o quadro clínico de uma maneira mais sistemática.

Na década de 1940, falava-se em *lesão cerebral mínima*. A partir de 1962, passou-se a utilizar o termo



*disfunção cerebral mínima*, reconhecendo-se que as alterações características da patologia relacionam-se mais a disfunções em vias nervosas do que propriamente a lesões nas mesmas. Na década de 80, com o surgimento da terceira edição do DSM-III, cunhou-se o termo *distúrbio de déficit de atenção*, que podia ou não ser acompanhado de hiperatividade. Mas, como continuou o debate, em 1987, com a organização do DSM-IV, voltou-se a dar maior ênfase à hiperatividade, modificando o nome da patologia para *distúrbio de hiperatividade com déficit de atenção*. Em 1994, o pêndulo voltou-se para o centro e a patologia passou a ser designada *distúrbio de déficit de atenção e hiperatividade*.

Na nomenclatura brasileira mais recente, é utilizado o termo *transtorno* em vez de *distúrbio*, ou seja, **transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**.

### \* Etiologia

A etiologia não é específica. Incluem-se causas pré-natais (como as decorrentes do álcool na gestação, prematuridade), perinatais (anoxia ou hemorragia intracraniana etc) e pós-

natais (seqüelas de doenças no início da infância, como encefalites, meningites, traumatismo crânio-encefálico etc). Fatores ambientais decorrentes de baixo nível sócio-econômico podem interferir na etiologia também.

Aspectos genéticos são significativos, principalmente entre os meninos. Biederman e colaboradores verificaram que 20% dos pais e 21% dos irmãos de crianças com TDAH também eram acometidos por esta afecção.

### \* Quadro clínico

Não há características físicas específicas na TDAH. A sintomatologia tem início antes dos 7 anos de idade. Os marcos desse quadro são: desatenção, impulsividade e hiperatividade.

Além desses, podem ser acrescentadas as dificuldades na conduta e/ou problemas de aprendizado associados a discretos desvios de funcionamento do sistema nervoso central.

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade pode fazer seu aparecimento nos primeiros dias de vida. Um recém-nascido já afetado pode ser exageradamente sensível aos estímulos e responder a eles de forma indiferenciada, maciça e adversa.

É comum que a criança seja ativa no berço, durma pouco e chore muito, quando já passados os meses iniciais. O bebê freqüentemente sai sem ajuda do berço, muito cedo, apesar das tentativas dos pais para impedir sua saída. Uma vez fora do berço, tende a agir, geralmente apalmando, quebrando ou destruindo objetos. *Os pais queixam-se de não ser ele capaz de manter-se parado ou de sentar-se, calmo, numa cadeira*, nos ensinam Kaplan e Sadock.

A criança é incapaz de ficar sem ter uma atividade motora desnecessária. Com isso, incomoda e importuna quem a cerca. Às vezes, a hiperatividade motora é acompanhada pela verbal e a ideativa. Assim, a criança não consegue manter a atenção, as idéias fogem e a produção intelectual

diminui. É interessante que, em atividades livres (no recreio, em atividades esportivas), a criança hiperativa não destoa daquelas ditas normais. Na realidade, a hiperatividade seria devido mais à incapacidade de manter a atenção, conforme Reed e colaboradores.

Quando em ambientes estruturados por limites sociais, a criança hipercinética tem muito menos probabilidade de reduzir suas atividades locomotoras que as outras crianças.

Freqüentemente, a desatenção leva à distração, ao *sonhar acordado* e à dificuldade de perseverar numa única tarefa por um período prolongado de tempo. Como a atenção é desviada de um estímulo para outro, essa criança freqüentemente deixa pais e professores com a impressão de que não está ouvindo.

A impulsividade faz com que ela tenha dificuldade de adiar uma gratificação. A criança fica bastante suscetível a acidentes, cria problemas com os colegas e perturba o andamento da aula. Ainda na escola, pode iniciar rapidamente um trabalho, mas não terminá-lo. Pode ser incapaz de esperar sua vez de ser chamada e responder pelos outros.

Além dessas características básicas do quadro clínico, outros problemas são comuns que estejam presentes, como:

**1. problemas de conduta**, através de explosões de cólera e passando rapidamente do riso às lágrimas. Seu humor e desempenho são geralmente variáveis e imprevisíveis. Pode apresentar características de forte oposição e desafio;

**2. implicações emocionais**, tais como hipersensibilidade, baixa autoestima e baixa tolerância à frustração. O auto-conceito negativo e as reações de agressividade da criança são agravados pela percepção de *não estar certa por dentro*;

**3. problemas de socialização**, tendo dificuldades nos seus relacionamentos interpessoais, por não aceitar crítica, conselho ou ajuda e ser, muitas vezes, tirana;

**4. problemas familiares**, em consequência das insatisfações e pressões por parte do adulto, pela inadequação

do comportamento da criança. Além disso, as dificuldades escolares ou de aprendizagem são fatos que normalmente muitas frustrações trazem aos pais. Muitas vezes a criança torna-se ponto de discórdia familiar;

**5. comprometimento das habilidades cognitivas**, manifestando-se em dificuldade de organização, de resolução de problemas, no retardo do desenvolvimento da linguagem, na dislexia, na disgrafia e na discalculia;

**6. problemas neurológicos**, quando a criança, em geral, tem incoordenação motora (é desajeitada), tem impersistência motora (incapacidade de manter determinada postura ou posição por algum tempo), apresenta sincinesias freqüentes, distúrbios da fala (dislalia etc.), dificuldades gnósicas (inclusive na formação do esquema corporal) e práxicas.

Esses pacientes, em geral, apresentam inteligência normal.

#### \* Diagnóstico

O processo de avaliação envolve necessariamente a coleta de dados com os pais, com a criança e com o professor.

Deve-se, para firmar o diagnóstico, solicitar avaliação interdisciplinar, incluindo a neurológica infantil, psicológica e psicopedagógica. Convém ressaltar que o enfoque diagnóstico varia, na prática, de acordo com cada caso.

A partir dessa avaliação, os profissionais decidirão as terapêuticas a serem adotadas.

#### \* Orientação à escola

Há alguns procedimentos que a escola pode adotar, a fim de minimizar as dificuldades de um aluno com esse transtorno, assim que for estabelecido o diagnóstico de TDAH. São eles:

- reduzir, ao mínimo, os estímulos na sala de aula;
- manter portas de armários fechadas, a fim de que caixas, livros e demais materiais ali existentes não distraiam a criança com suas cores, formas e tamanhos diferentes;
- sentar os alunos com esse transtorno longe de janelas e portas, pois esses elementos são facilitadores de dispersão;

- ter um número reduzido de alunos em sala de aula.

Essas sugestões não têm por objetivo defender a criança de todos os estímulos, mas sim, na medida do possível, criar um ambiente onde ela possa lidar corretamente com um número limitado de estímulos.

Outros procedimentos da escola são:

- ter atividades de ginástica (natação etc.) que exijam coordenação de movimentos;
- tornar-se um local de apoio à família e à criança, para que elas se sintam integrantes da comunidade escolar, apoiadas para os tratamentos necessários e respeitadas na sua diferença.

#### \* Prognóstico

As manifestações da TDAH, em geral, não desaparecem com a idade, gerando um adulto em circunstâncias pouco favoráveis. Assim, certos pacientes desistem da escola ainda em tenra idade e, inclusive, podem até se dedicar a atividades antissociais. Com o tratamento que, em geral, é demorado e caro, o prognóstico é, na maioria das vezes, excelente.

#### BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA, J. de. *Manual de psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro : Masson do Brasil, 1980.
- AJURIAGUERRA, J. de; MARCELLI. *Manual de psicopatologia infantil*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1986.
- CRUICKSHANK, W. *El niño con daño cerebral: en la escuela, en el hogar y en la comunidad*. s.l. : Trillas, 1966.
- GARCIA, J. N. *Manual de dificuldades de aprendizagem: linguagem, leitura, escrita e matemática*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1998.
- FICHTNER, N. *Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.
- GARFINKEL, C. W. *Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.
- KAPLAN; SADOCK. *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1984.
- NASS, R.; ROSS, G. Disorders of higher cortical function in the preschooler. In: DAVID, R. *Child and adolescent neurology*. St. Louis : Ed. Mosby, 1998. p. 479-505.
- REED, U. C.; LEFÈVRE, A. B.; BACCHIEGA, M. C. Síndrome do déficit de atenção: disfunção cerebral mínima. In: DIAMENT, A.; CYPÉL, S. *Neurologia infantil*. Rio de Janeiro : Atheneu, 1989. ☞