

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ EM PARCERIA COM A
SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO/CEAD DE PONTAL DO
PARANÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INCLUSÃO / EDUCAÇÃO
ESPECIAL**

MARCOS GOLTZ

HIPERATIVIDADE: CONHECER PARA AJUDAR

**CURITIBA
SETEMBRO/2004**

MARCOS GOLTZ

HIPERATIVIDADE: CONHECER PARA AJUDAR

Monografia apresentada como requisito parcial à conclusão do Curso de Especialização em Inclusão / Educação Especial da Universidade Federal do Paraná em convênio com a Secretaria Municipal da Educação/CEAD de Pontal do Paraná

Orientadora: Dra. Miriam Aparecida Graciano de Souza Pan

CURITIBA
SETEMBRO/2004

MARCOS GOLTZ

HIPERATIVIDADE: CONHECER PARA AJUDAR

Monografia da Especialização em Inclusão / Educação Especial.

Orientadora: Prof^a. Dra. Miriam A. de S. Pan

TERMO DE APROVAÇÃO

Data da aprovação:

“ É para disciplina que perseverais (Deus vos trata como filhos); pois que filho há que o pai não corrige? “ HEBREUS 12, 7

SUMÁRIO

RESUMO.....	V
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 UM POUCO DE HISTÓRIA.....	5
3 AFINAL, O QUE É A HIPERATIVIDADE?.....	9
4 COMO SE MANIFESTA UMA CRIANÇA HIPERATIVA?.....	12
5 PROVÁVEIS CAUSAS DA HIPERATIVIDADE.....	14
5.1 HIPERATIVIDADE OU COMPORTAMENTO HIPERATIVO ?.....	16
5.1.1 COMORBIDADES	16
5.1.2 ALIMENTAÇÃO.....	19
6 DIAGNOSTICAR É PRECISO.....	22
7 SINTOMAS DA HIPERATIVIDADE.....	24
7.1 DESATENÇÃO.....	24
7.2 HIPERATIVIDADE/IMPULSIVIDADE.....	25
8 COMO AJUDAR.....	28
8.1 QUANTO AOS PAIS.....	28
8.2 A ESCOLA.....	31
8.3 MUDANDO O AMBIENTE DA SALA DE AULA.....	34
8.4 PROFESSOR AJUDE !.....	35
8.5 A FAMÍLIA MEDIANDO CONFLITOS.....	39
9 ABORDAGEM MEDICAMENTOSA.....	41
9.1 ALOPATIA.....	42
9.2 HOMEOPATIA.....	44
10 ABORDAGENS TERAPÊUTICAS.....	46
10.1 PSICOTERAPIA.....	46
10.2 PSICOPEDAGOGIA.....	47
10.3 FONOAUDIOLOGIA.....	48
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

RESUMO

Este estudo fundamentou-se mediante pesquisa qualitativa, através de levantamento e análise bibliográfica e acessada também, por intermédio da internet. Trata-se de um estudo sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no sentido de apontar as importantes e necessárias informações quanto aos aspectos históricos, manifestações comportamentais e possíveis causas e os sintomas do transtorno, para que pais professores e outros profissionais, que mantêm vínculos e comprometimento com a educação tenham uma visão diferenciada, aproximada das ações e atitudes significativas, que irão contribuir, portanto, ajudar e, distante daquela que é preconceituosa, excludente e improdutiva. O diagnóstico e as intervenções competentes são imprescindíveis no tratamento de uma criança com o transtorno, pois qualificarão as abordagens quanto aos reflexos na sala de aula, as dificuldades que as crianças com este transtorno enfrentam no dia-a-dia, tanto na família como na escola, como diferenciar este aluno daquele que apresenta apenas um comportamento hiperativo, os encaminhamentos e as opções disponíveis, criativas e usuais, para que no transcorrer da sua vivência e convivência, o saldo entre sucessos e decepções seja realmente positivo.

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é buscar informações baseadas em experiências de profissionais das áreas médicas e pedagógicas, geradas pelas pesquisas, publicadas e/ou disponibilizadas também em sites na internet, para que efetivamente, pais e professores de crianças realmente diagnosticadas como hiperativas, possam modificar e qualificar o processo educacional e proporcionar que a sua integração e interação social sejam isentas de fatores excludentes e preconceituosos.

Inicialmente a hiperatividade será abordada quanto aos principais aspectos da evolução histórica de seus conceitos, procurando entender como foi tratada e como se sucederam os estudos ao longo do tempo.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é uma manifestação comportamental que tem ocorrência bastante significativa atualmente, sendo necessário termos conhecimentos a seu respeito, para que se possa ajudar de uma forma mais eficaz a criança hiperativa. Serão abordados, então, em seguida nesta pesquisa, as características que podem determinar a existência da hiperatividade.

Muitas vezes parecem não haver explicações para a desatenção, o comportamento agitado e impulsivo, que se tornaram características comuns presentes em determinados alunos. Dentre muitas situações que colaboram para o insucesso no ambiente escolar, a falta de atenção tem sido freqüentemente citada, e de maneira precipitada, considerada ou discriminada como hiperatividade.

Identificam-se vários fatores que prejudicam a prática educativa, mas com certeza a falta de conhecimentos interfere de maneira negativa na formação cognitiva, da criança considerada hiperativa, incluindo-se o trato das questões emocionais e de relacionamento social. Confundem-se as atitudes indisciplinadas decorrentes de problemas sócio-econômicos e familiares, com aquelas que demonstram necessidades de diagnóstico especializado, portanto, de um atendimento diferenciado, fazendo com

que muitas vezes as discussões sobre as possíveis intervenções pedagógicas, sejam elas no seio familiar ou no meio escolar, não tenham um valor real e significativo.

A falta de um diagnóstico profissionalmente fundamentado, proporcionará uma avaliação primitiva, onde a criança que perturba, é irrequieta e não se concentra, poderá ser considerada hiperativa.

As questões sintomatológicas do TDAH e o seu diagnóstico serão abordadas em seguida, lembrando que estabelecer um diagnóstico é também considerar que cada criança apresenta a sua individualidade, a sua originalidade, portanto não haverá uma concepção diagnóstica perfeitamente e plenamente definida, haverá sim um perfil aproximado que não se encaixa na totalidade da sintomatologia característica da hiperatividade.

A não apropriação de conhecimentos, de acesso a um diagnóstico, abordagem e tratamento com qualificação profissional, podem propiciar o fracasso escolar e a integração social, tornando inadequadas as ações educativas e pedagógicas propostas pela família e pela escola.

O TDA/H preocupa, e muito, pais, educadores e muitos profissionais ligados à área médica, pois limita a criança nas abordagens educacionais, familiares e sociais.

Quais as intervenções que poderão beneficiar satisfatoriamente uma criança com TDAH no decorrer do seu desenvolvimento e relacionamento e interação social ?

Na família, os desejos e os planos são definidos de acordo com uma expectativa de sucesso, baseada em experiências próprias ou espelhadas em outras, objetivando um resultado que se aproxime ao máximo dela. Na escola, onde o projeto do processo educacional dos filhos será colocado em prática, o ponto de partida é a escolha dela.

A criança hiperativa inserida no contexto educacional não parece ser considerada um aluno com necessidades especiais, na realidade não há a

necessidade de uma escola que seja especial, podendo ser uma escola comum que ofereça e oportunize as condições de recebê-lo e ajudá-lo.

O aprofundamento das relações sociais, a construção do conhecimento e dos valores, e, sobretudo, a preparação para o futuro desempenho profissional é parte de responsabilidade dela. Mas, sabe-se que não se pode esperar da escola pública um retorno pelo menos mais satisfatório, pelas deficitárias condições estruturais do ensino público de maneira generalizada no Brasil.

Quando nestes dois ambientes, e principalmente na escola, as expectativas se frustram, é o momento da reflexão, da busca das causas, das conseqüências das tomadas de decisões e atitudes, ou seja, é necessária uma avaliação do problema de forma categórica.

Serão abordadas, então, as questões referentes a ajuda, ao apoio que pode e deve ser oferecido, por pais, professores e escola, a busca por informações e atitudes significativas, para qualificar o convívio e facilitar a superação das inabilidades ou incapacidades da criança hiperativa, frente às suas expectativas e aos desafios que a vida lhe proporcionará.

O esclarecimento familiar, é a premissa para que o TDA/H seja abordado de forma responsável e competente, para que além do transtorno, a criança não sofra também com as atitudes improdutivas por desconhecimento daqueles que convivem com ela. Em seguida, serão tratados os aspectos relacionados à administração e minimização dos conflitos familiares.

É comum também, a abordagem da hiperatividade como uma questão de competência quase que exclusivamente médica, tendo apenas esta área a incumbência de explicar, demonstrar e propor os meios necessários para se otimizar resultados, ou seja, um possível fracasso escolar e social passou a ser uma questão médica, o que segundo COLLARES & MOISÉS (1989, p.10) é a medicalização do fracasso escolar, a psicologização e a patologização do processo ensino-aprendizado.

Os procedimentos de um diagnóstico , os medicamentos, as alternativas disponíveis ou ainda em estudo, o acompanhamento psicoterápico e psicopedagógico , e de outros profissionais serão abordadas em seguida.

A metodologia adotada nesta pesquisa foi o levantamento de material bibliográfico e pesquisa nos sites disponíveis na internet, citados nas referências bibliográficas, o seu tratamento mediante a leitura, e análises textuais, temáticas e interpretativas.

As análises feitas sobre as experiências e pesquisas acessadas, foram também fundamentadas, através de vivência familiar e profissional do autor deste estudo.

2 UM POUCO DE HISTÓRIA

Históricamente alguns fatos foram de relevante importância para que se construísse o conceito da hiperatividade, que evoluiu de acordo com as observações e com as hipóteses levantadas, com os estudos e as pesquisas, e sobretudo, com o interesse de se estabelecer parâmetros para uma abordagem e um tratamento muito próximo das necessidades inerentes ao transtorno.

Em 1895, HINSHELWOOD, médico oftalmologista britânico, estudou sobre as semelhanças entre adultos com incapacidade de leitura decorrente de danos cerebrais e dificuldades acadêmicas apresentadas por crianças inteligentes. Denominou esta dificuldade de “cegueira verbal congênita”, recomendando esforços didáticos cuidadosos e pacientes às crianças envolvidas com a aprendizagem da leitura (HALLGREN, 1950; HINSHELWOOD, 1960)¹ e observou que a ocorrência era maior em meninos, e que era comum em outros membros da família (LEVY, 1983)².

Em 1902, STILL, médico inglês “descreveu um conjunto de alterações de comportamento em crianças, as quais, segundo ele, não podiam ser explicadas por falhas ambientais, mas resultavam de algum processo biológico desconhecido até então.”³

Em 1918, STRAUSS, um neurologista norte-americano, apontou a hipótese, sem qualquer evidência empírica, de que os distúrbios de aprendizagem e os comportamentais, poderiam ter como determinantes, uma lesão cerebral mínima, e isto segundo MOYSES e COLLARES (1992)⁴ devido a dois aspectos da sociedade norte-americana naquela época:

¹ disponível no site http://www.thotkom.com.br/VeraHelenaPessoa/Tese00_11.HTML, acessado em 12/05/2004 as 9:30

² ibidem

³ disponível no site <http://www.com.br/article.php?sid=15>, acessado em 18/09/2004 as 8:40

⁴ disponível no site http://www.thotkom.com.br/VeraHelenaPessoa/Tese00_11.HTML, acessado em 12/05/2004 as 9:30

- uma epidemia de encefalite letárgica com os sobreviventes apresentando seqüelas neurológicas, mudanças comportamentais e/ou de funções intelectuais.
- os desvios comportamentais eram discriminados quando comparados aos tidos como normais.

Em 1925, ORTON, neurologista norte-americano, envolvido com dificuldades de leitura e escrita, com reflexos na caligrafia,” lança uma nova teoria, a *strephosymbolia* (*símbolos entrelaçados*) para descrever as distorções, as inversões, os erros de ortografia, as omissões, as substituições e a escrita.”⁵ Estes distúrbios de leitura estariam relacionados com impulsos nervosos e a fisiologia dos hemisférios cerebrais.

Em 1934, KAHN e COHEN, publicaram um artigo no “ The New England Journal of Medicine” afirmando que havia “uma base biológica para a hiperatividade de baseado em um estudo feito com pacientes de vítimas da epidemia de encefalite de 1917-1918”⁶, mostrando uma relação entre a doença e a falta de atenção, impulsividade e hiperatividade.

Em 1937, BRADLEY, “ relata a descoberta *incidental* de uma melhora no autocontrole e na organização comportamental de um grupo de crianças após a ingestão de medicamentos estimulantes.”⁷

Em 1947, STRAUSS e LEHTINEN, “ propõem técnicas especiais de intervenção educacional”⁸, para crianças com dificuldades na percepção auditiva e visual e no raciocínio abstrato. Estas técnicas tornam-se a base para a maioria dos programas de educação especial e ainda são empregadas.

“ Em 1957, Maurice LAUFER tentou associar “a Síndrome Hiperkinética” com o tálamo, estrutura cerebral responsável pela filtragem de sinais somáticos provenientes

⁵ disponível no site <http://www.thotkom.com.br/VeraHelenaPessoa/Tese0011.HTML>, acessado em 12/05/2004 as 9:30

⁶ disponível no site <http://www.psique.med.br/trastornodeficit.htm>, acessado em 29/09/2004 as 7:55

⁷ disponível no site <http://www.thotkom.com.br/VeraHelenaPessoa/Tese0011.HTML>, acessado em 12/05/2004 as 9:30

⁸ *ibidem*

do resto do corpo. Embora esta hipótese não pudesse ser “provada, era o começo da ligação entre a ADD e alguma estrutura cerebral”.⁹

Em 1959, DENHOFF, propôs que uma descrição mais apropriada deveria ser a *disfunção cerebral*¹⁰, tendo em vista a não comprovação na maioria das crianças com lesão cerebral, acarretando na modificação da terminologia, que passou de Lesão Cerebral Mínima para Disfunção Cerebral Mínima, e estas seriam manifestações clínicas passíveis de tratamento medicamentoso.

“Em 1962, no simpósio de Oxford, foi oficializada a expressão *Disfunção Cerebral Mínima*, já que a hipótese da existência de uma lesão cerebral mínima não tenha sido comprovada”.¹¹

Em 1966 tem-se a conceituação da Disfunção Cerebral Mínima (DCM) através de um grupo de estudos organizado pela National Society for Crippled Children and Adults (in Paine, 1968) : “ As categorias diagnóstica e descritiva incluídas no termo Disfunção Cerebral Mínima, referem-se à crianças com inteligência próxima ou superior à média, com problemas de aprendizado e/ou certos distúrbios de comportamento de grau leve a severo, associados a discretos desvios de funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC)”¹²

Em 1970, KORNETSKI propôs a hipótese de que a hiperatividade “ poderia estar ligada à problemas com certos neurotransmissores como a Dopamina e a Norepinefrina”¹³, não havendo sucesso na comprovação através das pesquisas.

Estudos recentes parecem confirmar a hipótese através da psicofarmacologia e um desequilíbrio químico do cérebro.

Na década de 80, com a tecnologia da tomografia em expansão, o cérebro em funcionamento pode ser estudado. Em crianças hiperativas observou-se “um consumo

⁹ disponível no site <http://www.psiq.ue.br/trastornodeficit.htm>, acessado em 29/09/2004 as 7:55

¹⁰ disponível no site http://www.thotkom.com.br/VeraHelenaPessoa/Tese00_11.HTML, acessado em 12/05/2004 as 9:30

¹¹ disponível no site http://www.autismo-br/home/F-sda_1.htm, homepage de Christiane Araujo Angelotti-
<http://www.Angelotti.eti.br/fono/>, acessado em 20/09/2004 as 16:30

¹² ibidem

¹³ disponível no site <http://www.psiq.ue.br/trastornodeficit.htm>, acessado em 29/09/2004 as 7:55

de energia cerca de 8% menor do que o normal"¹⁴, evidenciando que as alterações do metabolismo cerebral estão associadas à hiperatividade, havendo uma ligação biológica.

Através das pesquisas de literatura específica, sabe-se que inicialmente, os distúrbios de aprendizagem e a hiperatividade circularam juntos no meio científico, o que ocasionou uma dificuldade na diferenciação diagnóstica entre ambos.

A nomenclatura sofreu alterações no decorrer do tempo, em função das hipóteses e resultados das pesquisas, tendo sido denominada de Lesão Cerebral Mínima, de Disfunção Cerebral Mínima (DCM), de Reação Hiperkinética da Infância, de Distúrbio Primário de Atenção, e mais recentemente, de Disfunção de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (DDA/H), "em 1980 a Associação Americana de Psiquiatria propôs a substituição dos termos DCM e hiperatividade pelo termo Síndrome do Déficit de Atenção (DAS) e, mais recentemente, em 1994, propôs o termo Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade"¹⁵ (TDAH) como forma de uniformização do conceito e para englobar tanto a hiperatividade como os demais sintomas, sendo esta última, a denominação utilizada neste trabalho de pesquisa.

¹⁴ disponível no site <http://www.psiq.ue.br/trastornodeficit.htm>, acessado em 29/09/2004 as 7:55

¹⁵ disponível no site <http://www.neuropsicologia.psc.br/tdah.html> Hiperatividade - Mitos e Verdades, acessado em 27/09/2004 as 8:10

3 AFINAL, O QUE É A HIPERATIVIDADE ?

As definições conceituais são importantes e necessárias na formulação e no desenvolvimento de uma pesquisa teórica, para o diagnóstico e para o tratamento da criança hiperativa.

A falta de exatidão na definição, a ausência de abordagens empíricas de validação científica, podem refletir diretamente nos resultados destas pesquisas, tornando-os pouco esclarecedores, e como consequência, sem significação.

Primeiramente, se faz necessário uma distinção, uma diferenciação entre uma criança hiperativa e outra não-hiperativa, que na realidade podem apresentar apenas um comportamento hiperativo.

Estas diferenças devem ser muito bem estabelecidas, concordantes com as causas e as origens do problema, das características comportamentais e das opções de tratamento propostas.

Existe a possibilidade de que alguns fatores desencadeiem um comportamento hiperativo, como as dificuldades de interação emocionais e afetivas, que podem se iniciar na família e na escola, mas cessar quando resolvidos os problemas.

“O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, que passaremos a chamar apenas pela sigla TDAH, é um problema de saúde mental que tem três características básicas: a desatenção, a agitação (ou hiperatividade) e a impulsividade. Este transtorno tem um grande impacto na vida da criança ou do adolescente e das pessoas com as quais convive (amigos, pais e professores). 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”. (ROHDE e BENCZIK, 1999, p. 37)

Trata-se de um conjunto de características e sintomas que demanda uma avaliação diagnóstica muito bem subsidiada por conhecimentos mais profundos, para que se tenha, pelo menos, uma definição mais próxima da realidade.

Portanto é um problema relacionado ao comportamento, que pode comprometê-lo, levando ao desvio, a uma conduta não socialmente padronizada e não facilmente aceita.

A excessiva mudança de atitudes e de atividades de uma criança hiperativa, compromete a realização de tarefas pela incapacidade da criança de executá-las com atenção, uma vez que a sua concentração não atende as necessidades como paciência, o tempo para a execução parece ser sempre demasiado e outras estímulos são sempre muito interessantes, nem se termina uma atividade já se inicia outra.

Chamá-la simplesmente de distração talvez fosse o caso, se não houvessem outras implicações orgânicas, uma vez que popularmente usam-se sinônimos e terminologias que caracterizam e descrevem outras dificuldades da infância para defini-la quanto ao aspecto comportamental da criança, tais como: inquietação; superatividade; hipercinesia; impulsividade; negativismo; pobre julgamento; espontaneidade; irritabilidade; falar muito e incapacidade de terminar tarefas e de seguir regulamentos.

“A Hiperatividade ou Distúrbio de Déficit de Atenção por Hiperatividade (DDAH) é um distúrbio comportamental, não uma doença. Por isso, muitas pessoas supõe que ele é causado pela má educação ou por pessoas que ‘deixam os filhos escapar do controle’, ou rotulam as crianças com DDAH de levadas, preguiçosas e estúpidas. Na verdade, isso está longe da verdade, o DDAH é um distúrbio real, embora só tenha chamado a atenção dos médicos recentemente e, portanto, é provável que não tenha sido discutido durante seu treinamento.” (JONES, 2004, p.15)

O preconceito que existe não é especificamente em relação à hiperatividade, por conta do desconhecimento que se tem a seu respeito, mas em função das atitudes comportamentais.

Denominações do tipo, perturbado, temperamental, descuidado, desleixado, desequilibrado, lunático ou outra qualquer, utilizadas cotidianamente pelo senso comum destituídos de conhecimentos, passa a ser uma agressão à criança, pois para ela o seu modo de se relacionar e interagir com o mundo, assim como ela entende naquela situação, é daquela forma e sem manifestação de juízo, pelo menos enquanto não houver uma assimilação quanto as causas e efeitos de seus atos.

A reciprocidade nas agressões passa a ser a normalidade para ela, não se levando em consideração que a falta de conhecimentos na realidade que as geraram, servindo infelizmente como justificativa de exclusão social, de rotulação e fator de agregação aos demais problemas que a sua condição proporcionará.

4 COMO SE MANIFESTA UMA CRIANÇA HIPERATIVA ?

Segundo Golstein (1996) podem caracterizar uma criança hiperativa os seguintes fatores comportamentais:

- a desatenção e distração que ocasionam dificuldades em prestar atenção em detalhes, manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas, organizar tarefas e atividades onde escutar o que se pede não é o comum, evitar um esforço mental, descuidar-se e esquecer-se tarefas , perder constantemente materiais e propensão a distração.

- a superexcitação e atividade excessiva (hiperatividade), a agitação dos pés ou das mãos , irrequietação na cadeira ou carteira não permanecendo sentado por muito tempo, correr, escalar ou envolver-se em brincadeiras sem se dar conta dos riscos existentes, falar em demasia, não conseguir envolver-se silenciosamente em atividades de lazer e as reações emocionais são mais fortes e freqüentes em relação a outras crianças.

- a impulsividade com dificuldade em seguir regras, freqüentemente dar respostas precipitadas , dificuldade em esperar a vez, interromper ou se intrometer em assuntos alheios com freqüência, transgredir com reincidência parecendo não haver aprendido com as experiências anteriores e parecer agir de maneira propositada.

- dificuldades com frustrações e o trabalho com objetivos que demandam um período maior de tempo.

As crianças hiperativas estão em movimentação constante, mexem em tudo o que desperta sua atenção, não apresentam paciência para concluir uma atividade iniciando outra em seguida, desviam a atenção com muita facilidade por um simples estímulo, o tempo para realizar alguma tarefa parece ser sempre muito longo e se mexem ou se levantam freqüentemente, mesmo assistindo televisão, e uma característica que se torna evidente é quanto a execução de uma tarefa escolar, que é muito prolongada.

São vários os desafios que compõe o cotidiano de uma criança hiperativa, resultantes de muitas deficiências ou de poucas habilidades específicas. Contudo, os problemas são decorrentes da incapacidade desta criança de “satisfazer as demandas impostas pelo mundo exterior”.(GOLDSTEIN, 1996, p. 22)

O cotidiano de uma criança hiperativa é um desafio, dependendo da faixa etária dela, não há um entendimento de que existem limitações para acompanhar o que é socialmente aceito e tido como um padrão de comportamento normal.

Tentar envolver uma criança hiperativa em atividades comuns e usuais, pode se tornar numa situação de muitos conflitos. É muito provável que ela participe com muita energia, sendo incapaz de manter-se quieta, atenta e que respeite as regras impostas ou que façam parte da atividade.

É certo que para aqueles que não conhecem as razões, as causas destes comportamentos, a avaliação será equívocada, preconceituosa e o que é pior, não ocorrerão intervenções significativas para a criança hiperativa, no tocante ao seu comportamento, que para ela é normal, mas inadequado para a coletividade.

A atenção, as propostas que possam modificar as regras, a participação destituída de atitudes de menosprezo, isolamento ou passividade são fatores que podem auxiliar, ou pelo menos diminuir a distância entre o que se espera do comportamento daqueles que se inserem num padrão de normalidade, e, aqueles que extrapolam estas expectativas.

5 PROVÁVEIS CAUSAS DA HIPERATIVIDADE

“ Em primeiro lugar, é importante enfatizar que nossa compressão sobre as causas deste transtorno é ainda inicial; portanto, existem mais hipóteses que certezas.” (ROHDE e BENCZIK,1999, p.53)

Acredita-se que as causas à hiperatividade podem ser diversas, como lesões cerebrais, epilepsia, toxinas, alimentação inadequada com consumo excessivo de corantes e outras substâncias químicas, utilização de medicamentos, exposição ao chumbo, problemas emocionais e familiares e também a hereditariedade (a predisposição ou tendência de se manifestar a disfunção), gestações onde ocorreram abuso de bebidas alcoólicas, drogas ilícitas e determinados medicamentos. Em decorrência de problemas relacionados ao parto, não foram comprovadas causas determinantes da hiperatividade, mas sabe-se que no período final da gestação e na fase do nascimento, podem ocorrer danos discretos devido às contrações uterinas prolongadas ou partos muito trabalhosos, assim como também a demora no início do choro ao nascer e alguma dificuldade para o início da respiração, e, traumas, quando a pressão da caixa craniana sobre o cérebro causa ruptura de vasos.

As pesquisas sobre as causas, logicamente, suscitam dúvidas, questionamentos e controvérsias, mas não podemos deixar de mencioná-las, uma vez que à luz da ciência, é improvável que haja um parecer conclusivo e unânime.

As alterações neurológicas, como a imaturidade neurológica e os neurotransmissores químicos, estão associados à TDAH - “Entre outras alterações neurológicas ligadas à Síndrome do Déficit de Atenção (SDA), pode-se destacar a imaturidade neurológica difusa e a perturbação quanto aos neurotransmissores químicos. Todos os estímulos que “bombardeiam” nosso cérebro, passam pela Formação Reticular (área localizada no Tronco cerebral), esta determina os estímulos que irão tornar-se conscientes, atingindo assim o Córtex. Na Formação Reticular existe um agregado de neurônios, separados por uma rede de fibras nervosas que ocupam a

parte central do Tronco Cerebral. Nessa área existe um grande número de núcleos ricos em neurotransmissores destacando-se as monoaminas como serotonina, noradrenalina, dopamina. (...) A integridade das funções de tal área depende da maturação do Sistema Nervoso Central, conseqüentemente também da estimulação a qual a criança é submetida. Quando esta maturação está atrasada, a criança apresenta a desatenção, que é o principal sintoma desta Síndrome.¹⁶ Para ROHDE e BENCZIK (1999, p.57) “Os neurotransmissores que parecem estar deficitários, em quantidade ou funcionamento, em indivíduos com TDAH são basicamente a dopamina e a noradrenalina.”

Quanto aos efeitos das lesões cerebrais, uma “descoberta marcante foi a de que a capacidade de concentração e de atenção se deteriora após uma lesão cerebral, independentemente da área cerebral afetada. Foi demonstrado que somente uma porcentagem muito baixa de crianças hiperativas apresenta uma história de lesões cerebrais.” (GOLDSTEIN, 1996, p.62)

Danos causados em áreas específicas do cérebro causam padrões clínicos particulares de alterações, e...”as lesões em algumas áreas podem produzir alterações comportamentais que apresentam semelhanças com a hiperatividade, (...) Entretanto, uma lesão ou remoção de qualquer parte específica do cérebro não causa hiperatividade com seu principal sintoma.” (GOLDSTEIN, 1996, p. 63)

Estas dificuldades ocorrem numa estatística preocupante, provocam alterações no tecido cerebral e repercutem no sistema nervoso, podendo determinar futuramente disfunções cerebrais.

Alguns estudos apontam a genética como um fator de causa provável, devido a incidência de casos semelhantes em parentes próximos e a maior freqüência da manifestação no sexo masculino.

Atualmente especula-se sobre a exposição excessiva a campos eletromagnéticos, televisores, fornos de microondas, computadores, telefone celular e

¹⁶ disponível no site http://www.autismo-br/home/F-sda_1.htm, homepage de Christiane Araujo Angelotti-
<http://www.Angelotti.eti.br/fono/>, acessado em 20/09/2004 as 16:30

antenas de transmissão, não havendo ainda a comprovação mas a necessidades de estudos para o estabelecimento de hipóteses.

5.1 HIPERATIVIDADE OU COMPORTAMENTO HIPERATIVO ?

A hiperatividade pode manifestar-se como um sintoma isolado, ou como ocorrência de dois ou mais problemas de saúde, geralmente acompanhada por outros problemas que provocam sintomas idênticos aos do TDAH.

5.1.1 Comorbidades

“É muito comum ficarmos na dúvida a respeito da causa real do comportamento de uma criança ou jovem com TDAH. A razão dessa dúvida são os vários problemas que provocam sintomas idênticos aos do TDAH. Em alguns casos, a falta de diagnóstico do transtorno pode levar a diagnósticos de Ansiedade, Depressão ou Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). Em outros, a intensidade dos sintomas de TDAH pode provocar Transtorno de Conduta ou Depressão. Mas esses transtornos também ocorrem simultaneamente com o TDAH – as chamadas comorbidades – e devem ser tratados ao mesmo tempo, embora de maneira diferente e específica, de acordo com as recomendações próprias para cada um.”¹⁷

a) Transtornos de Conduta

Confundem-se facilmente com a hiperatividade, diferindo pela forma de reação de uma criança frente aos problemas, uma criança com TDAH frustra-se enquanto a que tem o Transtorno de Conduta aponta um culpado.

¹⁷ disponível no site www.hiperatividade.com.br/article.php?sid=49, hiperatividade: Comorbidades, Bromberg, Maria Cristina. Acessado em 27/09/2004 as 10:05

Quanto ao aspecto dos desequilíbrios emocionais, a criança com TDAH age impulsiva e espontaneamente enquanto a outra, agressiva e com planejamento.

Os problemas de atenção e concentração não se caracterizam nas crianças com Transtornos de Conduta.

b) Transtorno Opositivo Desafiador

O comportamento da criança neste transtorno, caracteriza-se pela maneira hostil e negativa de se manifestar, perdem freqüentemente a cabeça, argumentam muito, incomodam e acusam aos outros com muita facilidade.

Difere do comportamento de uma criança com TDAH, por não apresentar atrasos no desenvolvimento, a impulsividade e o mesmo padrão de desatenção e agitação.

O ambiente familiar sem coerência, as dificuldades dos pais no tratamento quanto aos filhos e a manifestação de um quadro de depressão em um deles está relacionado com este transtorno.

c) Transtorno de Depressão

Ocorre uma mudança no comportamento por um período maior, entre duas e três semanas, com a perda de interesse ou prazer nas atividades anteriormente já exercidas, a queda na auto-estima, irritabilidade constante, infelicidade e sentimento de desamparo.

Na criança com TDAH os sentimentos acima citados são desencadeados por incapacidade e com constância, com falta de atenção, superexcitação e impulsividade.

d) Transtorno de Ansiedade

Muita preocupação com novas situações, a dificuldade em se organizar, os freqüentes esquecimentos geram a ansiedade podendo ocorrer a inibição e a timidez.

As pessoas ansiosas são agitadas, mas preocupadas com situações específicas, apresentam dificuldades com a atenção em determinadas ocasiões, conseguindo reverter a situação nos períodos de relaxamento, esta variação não se verifica na criança com TDAH que não consegue focalizar a atenção.

e) Transtornos de Aprendizagem

Quando houver uma divergência observável entre o potencial intelectual e o desempenho acadêmico, que ocorre quando as atividades escolares são mais complexas e a criança não apresenta a capacidade de render o necessário.

Uma criança com TDAH apresenta problemas globais de atenção, enquanto que na criança com Transtorno de Aprendizagem, a desatenção está relacionada a atividades específicas.

Muito já se estudou, muitas são as hipóteses e as pesquisas em andamento, mas as provas conclusivas a respeito das causas da hiperatividade ainda não foram estabelecidas. Vários fatores interferem em nossas interações sociais, sejam comportamentais ou cognitivas, e as intervenções que são estabelecidas nestas interações representam as expectativas de satisfazer as necessidades nelas inclusas. Quando não se tem como discernir entre a hiperatividade e o comportamento hiperativo, quando mais se especula do que se conclui, nossas intervenções podem não conter as respostas esperadas e, muito menos, as adaptações necessárias, caracterizando uma abordagem deficitária, inoperante e sem significado, ou seja, conhecer é princípio para ajudar competentemente.

Condutas comportamentais identificadas como fora dos padrões normais em crianças, sempre farão parte do cotidiano escolar ou social, entendê-las é um desafio para pais e educadores e administrá-las, um desafio para todos aqueles que estão diretamente com elas envolvidas. Não se deve associar estas condutas com um nível de inteligência maior ou menor, com alguma doença ou fator genético, como resultado de algum acidente traumático, com questões emocionais, familiares, sócio-econômicas, alimentares ou exposições a campos eletromagnéticos, sem antes avaliar quais as

ações concretas e significativas capacitarão pais, professores e profissionais na abordagem correta, no considerar para discutir e intermediar, ou seja, no conhecer para ajudar.

5.1.2 Alimentação

Muitas vezes num determinado período da vida e sem nenhum antecedente justificável, manifesta-se um comportamento hiperativo, diferenciado portanto, da hiperatividade.

A “reação hipercinética”¹⁸ que é provocada por agentes tóxicos alimentares é um deles, com destaque :

- a) os corantes artificiais, os aditivos químicos e os conservantes alimentares;
- b) os resíduos de agrotóxicos nos alimentos;
- c) alguns produtos alimentares industrializados como as salsichas, os cereais empacotados e queijos;
- d) o açúcar refinado;
- e) o salicicato de sódio.

Nos rótulos dos produtos alimentícios industrializados, os corantes, flavorizantes, adoçantes e conservantes estão comumente relacionados como benzoatos, nitratos e sulfitos, e os aditivos como silicato de cálcio, BHT, BHA, peróxido de benzoila, emulsificantes, espessantes, estabilizantes, gomas vegetais e amido.

Algumas crianças apresentam uma sensibilidade a estes alimentos ou compostos químicos acima, sujeitas a algumas reações, e esta propensão é designada de “hipercinesia situacional.”¹⁹

¹⁸ disponível no site <http://www.neuropsicologia.psc.br/tdah.html> , acessado em 27/09/2004 as 8:15

“Segundo um estudo citado no periódico *Pediatrics*, mais de 50% das crianças hiperativas demonstraram menos problemas comportamentais e tiveram menos problemas de sono quando seguiram uma dieta restrita. A dieta ideal não continha aditivos artificiais e químicos, chocolate, glutamato monossódico, conservantes e cafeína.”²⁰

Controvérsias sobre a possibilidade de que principalmente aditivos químicos, corantes artificiais e açúcar refinado, sejam causas isoladas do distúrbio existem, mas alguns estudos demonstraram que quando crianças seguem uma rigorosa dieta onde estas substâncias são controladas, seu quadro clínico tem uma sensível melhora.

Já os silicatos, segundo indicam estudos, que implicam na hiperatividade, são mais difíceis de serem controlados, uma vez que ocorrem naturalmente em diversos alimentos muito conhecidos e consumidos: ameixa, banana, cereja, laranja, limão, maçã, melão, pêssego, uva, ervilha, pepino, pimentão verde, tomate entre outros.

Em contrapartida, alguns suplementos alimentares poderão ser utilizados após o controle ou a eliminação dos produtos acima mencionados, como por exemplo cálcio e magnésio na forma líquida por terem propriedades calmantes, o complexo B também na forma líquida, com propriedades de relaxamento do sistema nervoso e por melhorar a concentração e o funcionamento mental.

Sabe-se que na discussão sobre os alimentos nos aspectos da produção e utilização de defensivos agrícolas, a industrialização com diversas substâncias químicas com variadas funções, contribuem para uma maximização de produtividade e obtenção de lucros, mas por outro lado prejudicam a saúde humana.

O consumo de produtos industrializados tem sido questionado, e a alimentação com produtos naturais - os chamados alimentos orgânicos -, apresenta uma crescente aceitação e traduz-se como uma alternativa na busca da qualidade de vida para qualquer indivíduo, seja ele considerado com ou sem alguma necessidade especial.

¹⁹ disponível no site <http://www.neuropsicologia.psc.br/tdah.html>, acessado em 27/09/2004 as 8:15

²⁰ disponível no site http://www.saudeinformacoes.com.br/bebe_hiperatividade.asp, acessado em 24/09/2004 as 8:10

Optar por uma alimentação isenta de grandes índices de contaminação ou adição de substâncias químicas, pelo cultivo ou pela industrialização, com certeza é uma conscientização que considera os benefícios, como uma consequência desta atitude.

Percebe-se a facilidade com que as crianças adquirem, pedem, recebem e consomem uma quantidade muito grande de alimentos industrializados, principalmente aqueles compostos por açúcar, sal e gordura, e, que são vários os malefícios à saúde por eles ocasionados, uma vez que a adição de compostos químicos, na realidade, tem a finalidade de dar sabor e torná-los muito atraentes .

Controlar o consumo destes tipos de alimentos passa a ser uma forma de se prevenir consequências danosas à saúde, e avaliar os resultados obtidos quando se trata de qualquer criança, mas principalmente aquelas com comportamento que indique TDAH, não pode ser uma alternativa desconsiderada, sendo mais um importante passo na caminhada em busca de atitudes que contribuirão na qualidade de vida.

6 DIAGNOSTICAR É PRECISO

A observação, sem parâmetros estabelecidos pelos estudos e pesquisas, de um comportamento que pareça pertencer ao quadro da hiperatividade em uma criança, não é suficiente para se diagnosticar o TDAH, tampouco para se recomendar um tratamento mediante medicação. A um comportamento hiperativo não se pode atribuir necessariamente a manifestação do TDAH, uma vez que as características comportamentais podem refletir outros problemas da infância.

Existem evidências de que ocorrem diferenças entre crianças desatentas e agitadas e as que são desatentas e calmas, [no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Médica Americana (DSM IV), para efeitos diagnósticos tem-se o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, de modo que as crianças são diagnosticadas como desatentas, apresentando ou não comportamento hiperativo].²¹

Tratando-se de taxas de incidência, apontam as pesquisas que entre 3% a 6% das crianças são afetadas, cerca de dez vezes mais comum em meninos do que em meninas, havendo indícios de que boa parte deste percentual tenha ocorrência em famílias de baixa renda.

Com a evolução das pesquisas, evoluíram também, os critérios diagnósticos, tendo estes como objetivo, o auxílio da criança e da sua família, “ a maioria dos problemas (...) não pode ser evitada, porém eles podem ser eficientemente administrados. “ (Goldstein, 1996, p.49)

Como quanto mais cedo se perceberem as características comportamentais, que podem, ou não, evidenciar a hiperatividade, uma vez que o distúrbio se caracteriza por comportamentos crônicos que se instalam definitivamente antes dos sete anos de idade, entende-se ser necessário providenciar o diagnóstico preferencialmente até os seis anos de idade.

²¹ disponível no site http://www.thotkom.com.br/VeraHelenaPessoa/Tese00_11.HTML, acessado em 12/05/2004 as 9:30

Atualmente as crianças são matriculadas cada vez com maior prematuridade, portanto as observações e os dados apresentados por professores, pedagogos e psicólogos mediante relatos, ou outros meios de registros, são de relevante importância para a elaboração de um histórico que deve ser minucioso, e que agregados a outros fatores avaliativos, consolidarão uma abordagem diagnóstica de qualidade mediada também por um neurologista. A busca de tratamento especializado pode ser precedida pela elaboração de questionários e a sua aplicação, para os pais de crianças em diferentes fases de desenvolvimento etário e os seus respectivos professores.

As informações para os pais, provenientes da escola, quanto aos aspectos emocionais, da disciplina, do seu temperamento e personalidade, das amizades, desempenho nas atividades propostas, juntamente com as atitudes tomadas pela escola quando da transgressão das normas educacionais, bem como uma consulta ao médico escolhido pela família, são imprescindíveis para o diagnóstico.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Médica Americana - DSM IV (APA, 1994), para um diagnóstico deverá existir uma correspondência entre os critérios nele definidos, a aplicação de questionários para os pais e para os professores, a coleta de informações objetivas e científicas a respeito do comportamento e às deficiências de habilidades da criança, uma avaliação cuidadosa do meio social em que se insere a criança, e por último, a verificação de que os sintomas refletem ou não, algum outro distúrbio emocional. A verificação de que uma criança se encaixa nestes quesitos, indicará uma maior probabilidade de que tenha um distúrbio biológico.

Sendo o diagnóstico um processo contínuo com a identificação, o atendimento, o acompanhamento e o encaminhamento quando necessário for, este deve ser ancorado por um referencial teórico e interligado a todas as categorias profissionais envolvidas para que a abordagem e as intervenções tenham o competente embasamento.

7 SINTOMAS DA HIPERATIVIDADE

O DSM IV (APA, 1994), apresenta os sintomas característicos e a frequência com que se manifestam, determinando a existência ou não, e a tipificação quando for o caso, do transtorno.

Os sintomas devem ser constantes e verificados antes dos sete anos de idade da criança, e persistentes por pelo menos seis meses, sem que a criança tenha conhecimento deles, em grau incompatível ao seu nível de desenvolvimento e não estar limitado a apenas uma situação.

Caracterizam o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) segundo o DSM IV (APA, 1994) dois grupos de sintomas, o da desatenção e o da hiperatividade (agitação) e impulsividade.

7.1 DESATENÇÃO

Observa-se se a criança:

- comete erros por falta de cuidados e não enxerga detalhes;
- mantém atenção com muita dificuldade;
- parece não dar ouvidos a quem fala com ela;
- apresenta dificuldade em organizar-se;
- evita, reluta, não gosta de atividades que exigem esforço mental prolongado;
- se distrai com qualquer estímulo externo;
- esquece com facilidade as atividades diárias.
- perde objetos ou materiais necessários à execução de atividades com frequência.

7.2 HIPERATIVIDADE/IMPULSIVIDADE

Observa-se se a criança:

- é inquieta, agita os pés e as mãos, se remexe na cadeira;
- levanta-se com frequência, apresenta dificuldade em manter-se sentado;
- corre, pula e escala excessivamente, sem se dar conta dos riscos;
- apresenta dificuldade em manter o silêncio em atividades que o exigem;
- fala excessivamente;
- precipita-se nas respostas de uma pergunta;
- age como se estivesse com muita energia;
- não espera a sua vez;
- interrompe e intromete-se em conversas.

Outras características podem ocorrer simultaneamente com as descritas ou ocupar o lugar delas, tais como: dificuldade em terminar uma atividade; aborrecer-se com o que não o estimula ou é rotineiro; falta de flexibilidade; comportamento imprevisível; não assimilar os erros cometidos; percepção sensorial diminuída; sono intranquilo; difícil de agradar; agressividade; sem noção de perigo; frustrar-se com facilidade; ignorar os limites alheios; relacionamento com colegas e amizade difícil como também, conseqüentemente, apresenta dificuldades nos estudos.

Caracterizará uma criança, com TDAH predominantemente desatento, quando apresentar seis ou mais características sintomáticas relacionadas ao primeiro grupo (desatenção), com TDAH predominantemente hiperativo/impulsivo, se forem observadas seis ou mais características sintomáticas do segundo grupo (hiperatividade/impulsividade) e algumas do primeiro grupo.

É possível que a criança apresente seis ou mais sintomas dos dois grupos, caracterizando o TDAH misto ou combinado, ou ainda um TDAH não específico

denominado de residual ou em remissão parcial, quando a criança apresentar algumas características em quantidade insuficiente para se determinar um diagnóstico completo, mas mesmo assim, neste último caso, estas características serão suficientes para desequilibrar o cotidiano dela.

Entende-se que a dificuldade que criança apresenta em prestar a atenção no que se está apresentando, sem se distrair com qualquer outro estímulo, irrelevante ou não, fará com que a concentração necessária para a execução de qualquer atividade seja deficitária.

A memorização de procedimentos, atividades, recados ou compromissos, também torna-se mais difícil para a criança que apresenta TDAH, e isto quando se manifesta numa fase adulta, pode resultar em problemas de relacionamento e inclusive, nas atividades laborativas.

A falta de atenção e a de concentração, obviamente acarretará em problemas de aprendizado, o que certamente agravará a situação se houver a ocorrência de outros distúrbios como o específico da linguagem em nível de leitura e escrita (Dislexia); o da escrita ilegível e muito lenta (Disgrafia); o da desordem estrutural de capacidades matemáticas (Discalculia); o da má articulação das palavras com trocas ou omissões de fonemas (Dislalia); o retardo de aquisição, que é diferença entre o que se espera em relação à produção verbal e ao seu desenvolvimento neuropsicológico e o que realmente ela produz, e, também os distúrbios de ritmo como a fala e a leitura muito rápidas (Taquilalia), a fala com bloqueios, pausas acentuadas (Gagueira ou Disfemia) e a falta de separação nítida entre uma palavra e outra (Clutter).

O comportamento irrequieto pode determinar uma rejeição por parte de outras crianças por não entenderem a sua motivação ou origem.

A introversão pode ocorrer quando a criança com TDAH, sentindo-se incapaz de acompanhar determinadas situações, torna-se passiva e não manifesta suas opiniões por achá-las sem importância.

O exibicionismo poderá traduzir um comportamento agressivo, manifestação que preocupa os pais e pode determinar o encaminhamento médico.

As dificuldades que se manifestam ao tentar amarrar os sapatos, ao se vestir, na escrita, na ordenação de brinquedos ou objetos, ao participar de jogos e outras situações, a ocorrência de acidentes pessoais e com objetos com uma certa frequência, caracterizam a incoordenação motora e a falta de equilíbrio, fatores marcantes em crianças com TDAH.

De qualquer forma como se apresente o TDAH, é notório que se acentuem as probabilidades de ocorrência de problemas determinantes de insucesso no meio escolar, como a repetência, a evasão, a indisciplina generalizada, o baixo rendimento acadêmico, bem como as situações de relacionamento social e emotivo.

Quando se percebe comportamentos inadequados em crianças, na escola ou em qualquer outro meio social, muitas são as hipóteses ou conclusões possíveis. Avaliar sem critérios com validação por experiências ou pesquisas, determina falso juízo e decisões precipitadas sem a devida e competente intervenção.

É imprescindível as conversas entre os professores a respeito destes tipos de comportamentos, e o envolvimento da orientação educacional da escola e, se viável e instituída a intervenção médica, as suas considerações, como também todas as importantes informações acerca da criança bem como de sua família e suas particularidades, o que muito auxilia na definição ou na caracterização dos aspectos sintomatológicos que possam determinar a existência da hiperatividade. É importante que se registre o máximo de informações, que haja a discussão e o confronto de suspeitas com relatos de casos reais, para que todas as intervenções sejam destituídas de dúvidas, contudo, devem ser objetivas e intencionais, verdadeiramente auxiliadoras.

8 COMO AJUDAR

Estabelecer quais os meios necessários e possíveis , e, adquirir conhecimentos para a qualificação da competência, são fatores fundamentais e determinantes para que se possa ajudar. Para a elaboração do histórico clínico são fundamentais, a avaliação do TDAH com a inclusão do funcionamento intelectual, acadêmico, social e emocional, considerando-se que para a correta abordagem do problema, exige-se um esforço coordenado entre os profissionais da área médica, psicológica, psiquiátrica e pedagógica em conjunto com os pais.

O tratamento desta forma, implica uma intervenção pluridisciplinar e pluriprofissional, envolvendo um treinamento dos pais a respeito da natureza do TDAH, o desenvolvimento efetivo de estratégias de controle comportamental, um aconselhamento individual e familiar no tocante a mediação de conflitos, a adequação ou adaptação de um programa pedagógico, as consultas e os acompanhamentos médicos , e, a intervenção medicamentosa, quando definida como necessária.

8.1 QUANTO AOS PAIS

Quando os pais não souberem como lidar com o temperamento diferenciado de seu filho, tornando-se confusos, frustrados ou o que é pior, displicentes, haverá a necessidade de uma programação, de um treinamento para que as omissões não prejudiquem ainda mais o problema.

A programação do treinamento inicia-se com o máximo de aquisição de informações significativas, por intermédio de literatura específica, vídeos, revistas médicas, científicas, pedagógicas, participação em palestras ou outros meios disponíveis, que devem ser pesquisados.

De acordo com Goldstein(1998), os quatro parágrafos seguintes, constituem as estratégias que podem auxiliar os pais de crianças portadoras de TDAH .

Para controlar em casa o comportamento resultante do TDAH, os pais precisam ter um conhecimento real do distúrbio e de suas complicações.

Distinguir entre problemas resultantes de incapacidade, que podem ser administrados através da educação e do desenvolvimento de habilidades, aqueles resultantes de recusa em obedecer ordens, que podem ser administrados satisfatoriamente através da avaliação das conseqüências.

Evitar ordenar para que pare de agir de determinada forma, mas sim, que modifique a forma de agir.

O comportamento adequado pode ser merecedor de uma recompensa, podendo ser um elogio ou alguma coisa que lhe agrada.

As crianças com TDAH necessitam de mais tentativas para aprender corretamente, e exigem respostas imediatas, freqüentes, previsíveis e coerentes quando aplicadas ao seu comportamento.

“Os pais com freqüência se queixam de que o relacionamento com seus filhos que apresentam TDAH é, por vezes, difícil e desgastante.

(...) Antes de tudo, lembre-se que seu filho está tendo certas dificuldades não porque ele é ruim ou teimoso, e sim porque o TDAH leva a criança a agir diferentemente do esperado. “ (ROHDE e BENCZIK, 1999, p.73)

Os pais devem primeiramente aceitar o diagnóstico de TDAH. Aprender a reagir aos limites de seu filho positiva e ativamente, e, modificar a rotina familiar com um planejamento, é fundamental.

As dificuldades de uma criança com TDAH não são poucas, sejam no ambiente familiar, no escolar ou com os colegas do bairro, clube, etc.

Querer abordar as diferentes incapacidades de uma só vez, não resolverá o problema, é necessário que se estabeleçam quais serão as prioritárias, e estabelecer as estratégias para o enfrentamento delas.

Através do planejamento , e dentro do seu cumprimento, as abordagens cujos resultados não forem satisfatórios ou, se forem problemáticos, devem ser evitadas ou muito bem replanejadas.

À intervenção dos pais deve preceder, a compreensão do porquê do comportamento da criança e os objetivos dos pais na interação com ela.

Assim, existem alternativas de intervenções possíveis, como um ensino mais qualificado de maior competência, a antecipação de problemas com a manipulação do ambiente procurando evitar a sua ocorrência ou, quando ocorrer, reagir no sentido de que não se repita , ensinar aptidões que possam auxiliar no controle de seu comportamento e, quando realmente necessário, castigar.

Quanto ao castigo, sabe-se que é uma prática comum, que faz parte da cultura de qualquer povo, controversa ou não, mas quando se trata da sua aplicação em crianças hiperativas, esta punição merece a consideração de que , segundo Golstein & Goldstein (1996, p.178),” perder parcialmente um privilégio se torna mais eficaz, do que perdê-lo totalmente, podendo beneficiá-la, e ainda, será eficaz o castigo quando dadas as instruções, a criança volta à situação- problema e se pede que obedeça novamente.”

Querer acertar, muitas vezes significa oportunizar os meios necessários para a sua ação, entre os quais podem se estabelecer os critérios para que haja uma punição, esta poderá ter efeito positivo caso espelhe uma atitude bem pensada, reconhecendo a criança que a conduta dos pais foi significativa, um modelo que pode ser seguido.

Acompanhar a execução das tarefas escolares exigirá dos pais muita paciência e disponibilidade de tempo, sendo necessário estabelecer horários para elas, um cronograma que poderá ser flexível mas sem interrupções, com o televisor e rádio desligados, sem interferências por conversas entre familiares e estímulos externos, com o devido afastamento da janela e sem materiais desnecessários à execução delas.

Muitas vezes com o intuito de não deixar que a criança apresente as tarefas na escola, os pais acabarão por fazer parte ou mesmo a totalidade delas, devido ao esgotamento da paciência nas explicações e na lerdeza da sua execução.

Ponderação e equilíbrio no acompanhamento das tarefas escolares devem ser práticas constantes para quem tem um filho considerado hiperativo, objetivando não deixar como um exemplo negativo, uma atitude radical que possa sugerir a desistência na conclusão de uma atividade quando surgirem dificuldades.

Estabelecer diálogo a respeito da importância das tarefas com a criança, com os professores alertando-os sobre as dificuldades que a criança apresenta, discutir propondo novas maneiras de exigí-las, facilita a aceitação delas podendo motivá-la, e conversar com outras crianças da sala (um colega com quem a criança se relaciona melhor) para que auxiliem tanto em sala como numa visita em casa são propostas que devem ser avaliadas e implementadas.

8.2 A ESCOLA

Pensar em inclusão quando se trata de uma criança hiperativa parece não ser o caso. A dificuldade em diagnosticar de fato a hiperatividade contribui para considerá-la uma necessidade especial - como se existissem alunos sem alguma necessidade especial - , uma vez que quantos alunos realmente hiperativos já não se encontravam ou se encontram inseridos em alguma escola regular, e seus comportamentos difíceis de se compreender rotulados de diversas formas, vexatórias, discriminatórias, excludentes e até agressivas.

Alguns alunos, com certeza, tem ou tiveram a sorte de terem professores interessados preparados e compreensivos, mesmo sem conhecerem com mais profundidade a hiperatividade, mas que tornam ou tornaram qualquer escola especial, sem a caracterização mediante expressões ou siglas oficiais que na realidade, discriminam e agrupam os problemas em categorias de acordo com as origens que resultarão fracassos, problemas comportamentais, emocionais, psicológicos, de origem

orgânica (fisiológica ou anatômica), com causas na desestruturação familiar, pobreza cultural e econômica, entre outras.

“... embora os sistemas escolares tendam a privilegiar o acesso ao conhecimento, é fundamental que a educação seja concebida como um todo e que nenhuma das potencialidades de cada indivíduo seja negligenciada. Numa sociedade onde a crescente falta de respeito a si e ao outro se exterioriza em discriminação negativa, competição, corrupção, marginalização e exclusão; onde a solidariedade, tolerância, aceitação e cooperação têm sido atitudes raras, em suas variadas instâncias, e a ética tem sido algo cada vez mais distante e desconhecido nas relações humanas, por certo muito se espera da escola. O fundamental é que ela se firme como espaço privilegiado das relações sociais para todos, não ignorando, portanto aqueles que apresentam necessidades educacionais especiais. Em outros termos, acolhendo “crianças com deficiências e crianças bem dotadas, crianças que vivem nas ruas e que trabalham, crianças de populações distantes ou nômades, crianças de minorias lingüísticas, étnicas ou culturais e crianças de outros grupos ou zonas desfavorecidos ou marginalizados...” conforme aponta a Declaração de Salamanca.” (UNESCO, 1994, p.18).²²

Ao se analisar as características sintomatológicas da hiperatividade, não restam dúvidas quanto as dificuldades que as escolas tem de enfrentar, para trabalhar com as crianças com TDAH.

A escola pública tem recebido em poucos anos, uma quantidade muito grande de alunos de todas as classes sociais, exigindo por parte do governo uma maior parcela de dotação orçamentária para poder atender à comunidade desde a construção de novas unidades, a disponibilidade da infra-estrutura, por mais primitiva que seja, e por fim, a contratação de professores, pedagogos e o corpo de apoio o que permitirá o funcionamento dela.

²² disponível no site <http://intervox.nce.ufrj.br/~elizabet/dilema.htm>, Educação Inclusiva, Dilemas e Perspectivas da Educação de Deficiência no Novo Milênio, MAZZOTTA, Marcos José da Silveira . acessado em 23/08/2004 as 8:20

Sabe-se que existem instituições privadas que apresentam uma organização, uma estrutura que abrange desde instalações físicas até uma equipe pluridisciplinar muito bem preparada, com um projeto pedagógico adaptado às necessidades, enfim, que oferecem as oportunidades para uma abordagem não discriminatória das necessidades voltadas à integração.

Oferecer toda uma estrutura para crianças hiperativas e não hiperativas depende de investimentos, de recursos financeiros, de parcerias, enfim, tem um custo, quer seja para os pais, para a entidade mantenedora, para a comunidade ou para o governo, na realidade para toda a sociedade .

Com certeza o que mais se precisa é de atitude, empreender para aprender e oferecer, capacitação, e, sobretudo, vontade para permitir as modificações necessárias.

“ Lidar com as diferenças e com o processo de inclusão significa que a escola modifica-se para receber o aluno no processo educativo, apesar da diversidade. Assim, independentemente de quais forem as diferenças, os alunos devem ser mantidos nas escolas, desde que possibilitem respostas educativas às necessidades específicas dos sujeitos. Toda escola deve se movimentar em função de um alunado diversificado e, algumas vezes, dentro da diversidade, das deficiências.” (OLIVEIRA, 2000, p.14)

A escola pública com a sua função social, formadora de cidadãos e agentes ativos que transformarão esta sociedade, pode e deve ser modificada por estes e para estes, individualmente ou coletivamente quando o assunto é pertinente a ela.

Associações de Pais e Mestres e Associações de Bairro que representam uma determinada comunidade tem o compromisso de discutir e o poder da mobilização para que uma exigência legal , neste caso adaptar a escola pública para que receba a todos sem preconceitos e exclusões, tendo a capacidade de educar para a vida as crianças com ou sem dificuldades.

8.3 MUDANDO O AMBIENTE DA SALA DE AULA

Que tal uma sala de aula fora dos padrões comuns ?

Mais que um desafio, uma necessidade de mudar, de inovar, uma ruptura de idéias e conceitos que perpetuam, como a da montagem de turmas seguindo um critério de homogeneidade, onde as crianças devem ter níveis de aprendizagem semelhantes e características comportamentais não muito diferentes, como resultado pode-se obter tanto turmas fáceis de se trabalhar como outras complicadas e desgastantes, e neste último caso, haverá uma tendência para normalizar as diferenças que com toda a certeza se manifestarão.

Na escola pública onde ocorre o maior ingresso de alunos de praticamente todas as classes sociais, mas em maior quantidade as populares, a realidade é uma diversidade de indivíduos que comporão turmas com alunos de realidades diferentes, de capacidades e habilidades diferentes enfim, turmas com características individuais heterogêneas.

Esta heterogeneidade de turmas evidenciará numa perspectiva sócio-econômica e teórico-prática, uma série de considerações quanto aos aspectos de oportunidades oferecidas, onde aqueles que mais tem mais podem, onde as diferenças podem excluir crianças de um contexto de processos e metodologias de ensino-aprendizagem mais competentes e qualificados, marginalizando-as. Discutir é preciso, repensar também.

Uma turma que apresenta alunos com mais ou com menos habilidades, com comportamentos que diferem um dos outros por determinadas incapacidades, com desempenhos satisfatórios e desempenhos que requerem um acompanhamento constante não pode ser fator de preocupação para quem profissionalmente age com ética, não deve ser um fator de desmotivação para o professor, mas um desafio.

Nossas características sócio-econômicas e culturais diferem, e muito, das sociedades historicamente mais evoluídas, mas tratemos de abordar quais inovações podem fazer parte da nossa práxis didático-pedagógica, aquelas que podem ser adaptadas à nossa realidade social.

Mudar uma sala de aula, no sentido de permitir uma melhor adaptação para receber crianças com TDAH é uma atitude simples, a disposição das carteiras de uma maneira que possa evitar possíveis provocações ou mesmo associações pouco produtivas, aproximar a criança da mesa do professor, afastá-la da janela diminuindo a possibilidade à distração, proporcionar uma disposição de materiais (trabalhos, cartazes, fotografias, etc) de apelo visual coerente, mas que estimule a observação e a construção de idéias, desejos e ambições voltadas para a integração, entre outras possibilidades criativas, são procedimentos de fácil administração.

Vale ressaltar que as mudanças surtem um melhor efeito, caso haja uma efetiva participação da turma , precisam estar cientes da necessidade, motivados e com objetivo de cooperação.

Um comportamento acolhedor estabelece um equilíbrio e diminui as diferenças, é uma atitude motivadora e capaz de determinar o reconhecimento do respeito, permitindo uma maior aproximação entre professores e alunos e, entre estes também.

8.4 PROFESSOR, AJUDE !

“... os professores que valorizam sobretudo o desenvolvimento dos conhecimentos e os progressos acadêmicos têm mais dificuldade em aceitar os alunos que não vão progredir num ritmo normal nesta dimensão.(...) a baixa expectativa em relação aos alunos com necessidades especiais no campo da aprendizagem ou da conduta social terá influência em seus ritmos de aprendizagem.” (COLL, PALACIOS e MARCHESI, 1995, p. 20)

Quanto aos professores podemos afirmar que a aquisição do maior número de informações a respeito do TDAH é imprescindível, que a paciência a disponibilidade e um treinamento são condições básicas para qualificar o processo ensino-aprendizagem, conhecer para ajudar.

“ A educação inclusiva é uma educação democrática, comunitária, pois supõe que o professor saia de sua solidão, arrogância, falso domínio e tenha a coragem de dizer não sei, tenho medo, nojo, vergonha. Pena, não respeito, quero aprender ou rever minhas estratégias pedagógicas, pois não consigo ensinar para certos tipos de criança, não sei controlar o tempo, não sei ajudar- não no sentido de co-dependência, mas no sentido da interdependência-, não sei respeitar meu aluno. Todas essas revisões são difíceis, mas esse é o caminho, esses são os novos desafios.” (MACEDO, 1995, p. 45)

O trabalho docente deverá oportunizar um ambiente acolhedor, constituir-se de comprometimento e flexibilidade, o professor deve se aproximar dos alunos para que possa ouvir, apoiar e efetivar as mudanças necessárias bem como as acomodações ou as adaptações, evitando sempre o menosprezo e os constrangimentos, as regras e os limites devem ser claros para todos, a conduta disciplinar equilibrada, e as rotinas consistentes e previsíveis.

As intervenções devem ser estudadas e empregadas com muita eficiência, para que a mediação de conflitos referentes ao temperamento e a diferenciação entre falta de habilidades e desobediência, possam ser determinadas.

As atividades proporcionadas devem ser variadas e interessantes, devem prever a cooperação entre alunos, com oportunidades de execução em grupos (equipes) com poucos integrantes, buscando uma variação na sua composição evitando o isolamento da criança hiperativa e a integração com o maior número de alunos, devidamente coordenadas, não extensas para que a concluam antes de dispersar a atenção, com um bom grau de objetividade, e adequadas ao nível de capacidade das crianças, priorizando a qualidade.

A exploração de recursos variados, como vídeos, jogos em grupos, gincanas, leituras, participação em apresentações teatrais muito bem planejadas, facilitam a integração, a concentração e a convivência solidária.

Sugerem alguns estudos que a exploração da música pode trazer bons resultados podendo-se variar os estilos, mas coerentes com o ambiente e com as atividades que estão sendo desenvolvidas, assim numa aula de Educação Artística uma

música suave como a clássica, favorece o relaxamento e a concentração, numa aula de Educação Física o ritmo poderá ser mais forte para se trabalhar com os movimentos corporais e a coordenação, e, também, para gastar um pouco da energia acumulada.

Algumas pesquisas nas décadas de 70 e 80 já abordavam esta possibilidade, e sabemos que a música de maneira geral, influencia e motiva muito as crianças e os jovens durante muitas de suas atividades, sejam lúdicas, de entretenimento e inclusive na execução de suas tarefas escolares.

“A música tem sido utilizada nas investigações do nível de atividade relativa ao aumento da atenção, à concentração, ao desempenho na leitura, à prontidão às tarefas propostas e à memorização da criança e do adulto(...) SCOTT (1970) e CRIPE (1986), ao estudarem a atividade do *menino hiperativo*, observaram que na presença de música rock, o mesmo apresentou melhor desempenho na realização da tarefa acadêmica e diminuição dos comportamentos de pular, correr, agitar as pernas, etc.”²³

A avaliação no processo educacional sempre foi merecedora de especial atenção, avaliar é diagnosticar e quando o professor verifica os resultados e confirma um desempenho abaixo de sua expectativa, está avaliando na realidade o seu trabalho, e oferecer novas formas e oportunidades para modificar estes resultados passa a ser uma necessidade.

Para uma criança hiperativa, é importante que as avaliações sejam criativas e bastante variadas com a valorização de cada acerto, lembrando que não se chega a um resultado final correto ou incorreto, se não houver uma tentativa de acerto. Avaliações bem preparadas, podem diminuir as frustrações e o desinteresse ampliando o universo da necessária motivação.

Técnicas de exploração de apelos sensoriais com uma previsão de períodos de tempo maior para a sua assimilação, também auxiliam.

²³ disponível no site http://www.thotkom.com.br/VeraHelenaPessoa/Tese00_11.HTML, acessado em 12/05/2004 as 9:30

Criar oportunidades para que a responsabilidade das crianças se desenvolva, através de atribuições coordenadas e monitoradas, como exemplo buscar algum material, fixar os trabalhos nos murais ou mesmo, autorizar uma ida ao banheiro, auxiliam na superação das manifestações comportamentais de inquietação.

Como uma criança com TDAH apresenta dificuldades na organização de seu material, no registro dos conteúdos, atividades e recados, o professor pode ajudar de forma discreta, conversando com a criança reservadamente alguns minutos antes do início ou após as aulas, auxiliando ou mesmo registrando em uma caderneta as tarefas ou avisos. Orientações gerais sobre o excesso de materiais ou objetos desnecessários sobre a carteira ou em poder do aluno, devem ser dadas verificando que sejam realmente guardados.

Elogiar sempre que merecer, enaltecer as atitudes significativas, os avanços na aprendizagem e os comportamentos adequados favorecem a construção e manutenção da auto-estima, constrangimentos e humilhações são ações que naturalmente não devem ser prática de qualquer educador.

O diálogo com os pais deve ser freqüente, com sentido preventivo, motivador e corretivo, uma via de dois sentidos entre a escola e a casa e preferencialmente subsidiado por acompanhamento e avaliação psicopedagógica e médica, se possível for.

Conclui-se que a atividade de docência requer posicionamentos profissionais, de experiências e condutas que visem o atendimento coletivo e o individual, numa prática que possibilite a aproximação das necessidades gerais sem descuidar das específicas tomando-se o cuidado de não discriminá-las.

Entende-se o professor como aquele que pode avaliar o seu trabalho e capacitá-lo, redirecionar as suas ações no sentido de permitir inovações, proporcionar uma evolução nas suas práticas pedagógicas, tendo em vista um novo momento de desenvolvimento tecnológico, uma nova maneira da sociedade interagir, sobretudo, pelas transformações sócio-econômicas e culturais, a valorização da vida e das relações humanas, das insatisfações populares quanto as práticas discriminatórias e

excludentes bem como o tratamento das questões educacionais, o reconhecimento dos direitos daqueles excluídos da normalidade e a sua integração no contexto educacional considerado regular, onde se julguem necessárias e viáveis todas as práticas interacionistas e as intervenções, capazes de aproximar os indivíduos com as suas respectivas diferenças.

8.5 A FAMÍLIA MEDIANDO CONFLITOS

O cotidiano de uma família com uma criança hiperativa reserva uma sorte de variados problemas.

A discórdia entre um irmão hiperativo e outro, ou outros, não hiperativos é uma realidade.

“...esta criança é dispensada de atividades e responsabilidades ou tem mais oportunidades de ganhar recompensas pelo comportamento que rotineiramente se espera deles sem recompensa.” (GOLDSTEIN, 1996, p. 123)

Dispensar uma atenção maior, ser mais tolerante e paciente com um filho hiperativo, pode determinar conflitos, um misto de ciúmes com raiva podem desencadear reações comportamentais de difícil administração com outros filhos e entre eles.

As freqüentes discordâncias, as constantes orientações sem resultados imediatos, podem frustrar pais e levá-los a atitudes ou muito enérgicas e descontroladas ou, pelo contrário, passivamente aceitam não tomando as devidas providências, se conformando momentaneamente, por acharem apenas ser um comportamento desafiador e passageiro, ao perceberem o filho como diferente podem considerar segundo Goldstein & Goldstein (1996, p. 124) “...a si mesmos normais e ao filho como mau ou problemático, ou consideram o filho normal e a si mesmos como pais ineptos ou inadequados.”

A negação da existência do problema por parte dos pais, que parece ser uma reação inicial comum, acarreta postergação de atitudes e possíveis soluções, o que na realidade agravará o problema, muitas vezes o pai compara o comportamento do filho ao seu quando tinha a mesma idade não se preocupando, mas quando a mãe seguidamente se manifesta preocupada acaba sendo a culpada por não saber lidar com a criança, podendo se estabelecer então um conflito entre o casal.

O excesso de autoridade empregada pelos pais que não aceitam o comportamento hiperativo de seus filhos, pode ser entendido como um modelo gerado conforme o pré-estabelecimento de seus ideais, conveniências ou mesmo as experiências, projetando nos seus filhos as frustrações e expectativas não atingidas.

Do contrário, quando os pais permitem que a maioria dos desejos de seus filhos sejam atendidos, pode-se entender que há a expressão de alguns sentimentos como o da culpa, de proteção aos filhos contra determinadas ameaças sociais, de proporcionar a eles o que nas suas respectivas infâncias não tiveram, entre outros.

As obrigações e responsabilidades delegadas aos filhos devem ser discutidas entre todos os familiares, para que as diferenças advindas nas suas execuções - para Goldstein & Goldstein (1996, p. 130) "tentar compensar essa diferença oferecendo recompensas, atividades e elogios adicionais para os irmãos e suas realizações" - , por falta de habilidades ou incapacidade de um deles, não gerem discussões improdutivas e discórdia entre os pais, ou ainda possam ser usadas como fator de culpa em ações que causem algum tipo de prejuízo à família.

Atividades agradáveis e diversão proporcionadas pelos familiares ou pela escola, facilitam a comunicação entre a família e os professores, tornando mais fácil e francas as informações, a tolerância da família quanto a postura docente frente aos problemas enfrentados e as atitudes tomadas em relação aos filhos.

Família e escola trabalhando com a auto-estima da criança hiperativa e uma estrutura familiar harmoniosa, favorece e ajuda nas relações sociais inclusivas.

9 ABORDAGEM MEDICAMENTOSA

“ Se os distúrbios de aprendizagem e o fracasso escolar são, sob a ótica dos professores, responsabilidade do aluno, causados por desordens orgânicas ou emocionais, torna-se natural e até mesmo correta a concepção de que os problemas dos alunos devam ser solucionados por profissionais da saúde, confirmando a tese da medicalização do fracasso escolar.” (COLLARES & MOYSES, 1989)

O fracasso escolar em função da hiperatividade passou a ser uma questão médica, porque a quantidade de casos vem crescendo, e isto pode ser observado em conversas entre professores e com profissionais da área da saúde.

Pediatras, fonoaudiólogos, psicólogos e psicopedagogos, tem sido consultados de uma forma que aparenta haver uma onda de preocupação, a que relaciona simplesmente o fracasso escolar com alguma alteração fisiológica, orgânica, neste caso a hiperatividade.

Uma vez que seja criteriosa e profissionalmente constatada e definida a existência do TDAH, o médico neurologista passará a assistir a criança como um dos ajudantes.

“Considera-se haver desequilíbrio neuroquímico cerebral, provocado pela produção insuficiente de neurotransmissores (Dopamina, Noradrenalina) em certas regiões do cérebro (região parietal posterior, sistema límbico, região frontal e sistema reticular ascendente) que são responsáveis pelo controle das emoções. Esta desorganização bioquímica leva a alterações neurofisiológicas que acarretam alterações do sono, comportamento agressivo, impulsivo, depressivo e os distúrbios da atenção que podem estar associados ao quadro da hiperatividade”. (TOPCZEWSKI, 1999, p. 38)

A abordagem neurológica do TDAH reconhece que a menor produção ou um distúrbio bioquímico de neurotransmissores (seratonina, adrenalina e noradrenalina) que são responsáveis pelo controle de diversos sistemas neurais do cérebro, aqueles que respondem pela atenção, pelo comportamento motor e pela motivação e que determinam uma ativação inferior desses sistemas, quando comparados à crianças não hiperativas.

9.1 ALOPATIA

Com a avaliação diagnóstica médica efetivamente elaborada, as recomendações recaem, mais comumente, sobre os estimulantes do sistema nervoso central, os estimulantes psíquicos, com três medicamentos em uso, o metilfenidato (MFD), a dextro-anfetamina e a pemolina.

Também são receitados os antidepressivos tricíclicos - “No Brasil, temos disponíveis vários representantes dessa classe de remédios, por exemplo, a *nortriptilina*, comercializada com o nome de Pamelor e a *imipramina*, comercializada com o nome, entre outros, de Tofranil. Outras medicações, como a *clonidina* (Atensina), *carbamazepina* (Tegretol), *bupropion* (Welbutrin), ou *bupirona* (Buspar), têm a sua eficácia ainda muito pouco testada em estudos bem conduzidos.”²⁴ - que podem ser prescritos sob rigorosa seletividade, quando da não ação comprovada do metilfenidato e dos antidepressivos tricíclicos, mas que ocasionam sérios efeitos colaterais .

Dos estimulantes psíquicos conhecidos, o MFD é o mais receitado, denominado de RITALINA é a única opção disponível no Brasil, motivo pelo qual, serão feitas algumas considerações a seguir.

A Ritalina, largamente utilizada, tem sido motivo de pesquisas, não sendo difícil encontrarmos estudos, principalmente através da internet, que não a recomendam para o tratamento do TDAH. “Utilizando técnicas sofisticadas para estudar o cérebro

²⁴ ROHDE L. A . P., BENCZIK E. B. P. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. O que é? Como ajudar?** Porto Alegre: Artmed, 1999, p. 67

humano, pesquisadores norte-americanos concluíram que a Ritalina (cloridrato de metilfenidato), tomada por milhões de crianças no mundo inteiro, produz o mesmo efeito sobre o cérebro que a cocaína. Os estudos também mostraram que as crianças hiperativas que tomam Ritalina são mais propensas a se tornarem tóxicodependentes do que aquelas que não tomam o medicamento. A Ritalina pode também alterar todo o perfil biodinâmico dos usuários e causar o mesmo efeito devastador que o uso prolongado da cocaína.²⁵

Quanto aos riscos que sugerem as pesquisas, há a propensão dos que por ela foram tratados e quando em fase adulta, de dependência em drogas consideradas ilícitas, bebidas alcoólicas ou ainda se envolverem em ações delituosas, com possível diminuição dos riscos quando da continuidade do tratamento; letargia, depressão e introversão; retardo no crescimento ao romper os ciclos dos hormônios de crescimento liberados pela glândula pituitária; sofrimento emocional, depressão, esgotamento e até suicídio quando houver suspensão da medicação; graves distúrbios no cérebro, atrofia ou outras anomalias físicas permanentes no cérebro; repressão das atividades criativas, espontâneas e independentes, tornando o medicado mais dócil e obediente, mais disposto para as rotinas maçantes, como as atividades em classe e os deveres em casa.

Biologicamente, sem comprovação ainda, especula-se que seu uso iniba o crescimento e quanto aos efeitos colaterais: "Das crianças que recebem Ritalina para hiperatividade, de 20% a 50% apresentam tais efeitos colaterais indesejados. Os três efeitos colaterais mais comuns são perda de apetite, dificuldade para dormir e agitação, em geral definido como irritabilidade."²⁶

A ocorrência de tiques motores ou vocais, também estudada, é bastante rara.

O principal fator de sucesso da Ritalina, segundo as pesquisas, é que em aproximadamente três em cada quatro crianças com TDAH, existe uma melhora real no seu comportamento impulsivo, e de relevante significância a melhora no grau de

²⁵ disponível no site <http://www.taps.org.br/hiper02.htm> acessado em 23/10/2003 as 16:30

²⁶ GOLDSTEIN, Sam . **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. Tradução Maria Celeste Marcondes, Campinas, SP: Papyrus, 1994, p. 207.

atenção e concentração, com o que questões familiares, sociais e escolares problemáticas, podem ser minimizadas.

O acompanhamento médico avaliará a dosagem indicada, os horários em que deve ser administrada, podendo estabelecer inclusive, uma pausa na sua administração em determinados períodos do ano, como por exemplo nas férias ou recessos escolares, ou mesmo a suspensão nos finais de semana.

Não são controlados pela Ritalina os problemas decorrentes de distúrbios de aprendizagem, ansiedade e depressão, mas quando se trata de desempenho escolar, discretamente ocorre uma melhora em função da mudança comportamental e de concentração, isto comparando-se com uma outra criança hiperativa que não faz o uso dela.

Na adolescência e na fase adulta, algumas características da hiperatividade continuam a se manifestar, podendo-se determinar de acordo com a avaliação médica e o caso, uma diminuição na sua administração.

Sabe-se que existem resultados mais satisfatórios com aqueles que foram tratados ou continuam em tratamento, do que com aqueles que não foram tratados ou que o interromperam deliberadamente.

9.2 HOMEOPATIA

Para os pais que decidiram interromper um tratamento com medicação alopática, ou que nem o iniciaram por temerem os efeitos colaterais e outras situações, as alternativas disponíveis podem indicar a homeopatia.

A hiperatividade não apresenta cura, mas seus sintomas podem e devem ser atenuados, e os conhecimentos seculares sobre a utilização de elementos, compostos químicos ou substâncias naturais são uma realidade, apontando em estudos e pesquisas bons resultados em diversas doenças, já existindo indícios de abordagens positivas sobre o TDAH .

O “tratamento fitoterápico”²⁷ oferece algumas opções como a camomila (relaxante), o bupleuro (relaxante do sistema nervoso, alivia o stress mas não deve ser dado para crianças com febre ou sinal de infecção aguda), a escutelária (relaxa a mente mas contra-indicada para crianças com menos de 6 anos de idade), a aveia branca (acalma o sistema nervoso) entre outros.

Entende-se necessária a prescrição por um homeopata ou fitoterapeuta conforme a opção, uma vez que a utilização de produtos naturais, mesmo isentos de conservantes, agrotóxicos ou corantes podem conter elementos ou substâncias não recomendáveis de efeitos não esperados.

Cabe aos pais uma avaliação mediante a busca de informações com homeopatas e também em instituições públicas de saúde que começam a oferecer esta modalidade de tratamento.

Trata-se de uma alternativa cujos resultados positivos podem demorar mais para se manifestarem, mas que aliviam as preocupações que existem a respeito da medicação alopática, mas de qualquer forma, se os resultados não forem os esperados, novas intervenções e tratamentos terão que ser discutidas.

²⁷ disponível no site www.saudeinformacoes.com.br/bebe_hiperatividade.asp acessado em 24/09/2004 as 8:00

10 ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

Quando a decisão dos pais for a de conduzir uma criança com TDAH para uma consulta e posterior tratamento, entendemos que deverá haver uma ação profissional conjunta, uma integração de vários campos do conhecimento. Nesta abordagem o conhecimento da Psicopedagogia (campo relativamente novo e integrador) e a reflexão de suas bases teóricas sob o espectro da Pedagogia e da Psicologia, serão importantes aliados para o alcance de bons resultados.

Alternativas para proporcionar modificações comportamentais são muito importantes, e buscar terapias é uma intervenção apropriada.

Para que as crianças sejam ajudadas, é fundamental que entendam a razão destas intervenções, o estabelecimento dos procedimentos e objetivos e reconhecer e avaliar o seu comportamento, devendo existir a cooperação entre todos os envolvidos, criança, pais, a escola e o profissional, com um planejamento e sua execução de forma simples e clara e com muita disposição, paciência e ponderação.

10.1 PSICOTERAPIA

Um acompanhamento psicoterápico torna-se uma importante ferramenta no tratamento de crianças e adolescentes com TDAH, tratando-se de uma necessidade, a sua implementação e as formas de intervenções, devem ser decididas pelo profissional que acompanha a criança junto com a sua família, abordando os sintomas do transtorno com fundamentação em intervenções ancoradas em estratégias cognitivo-comportamentais.

Como em muitos casos a ansiedade, a depressão e a baixa auto-estima acompanham o transtorno, o profissional utiliza-se de estratégias de apoio e compreensão das dificuldades que se apresentam na criança ou no adolescente.

10.2 PSICOPEDAGOGIA

“ A Psicopedagogia estuda o ato de aprender e ensinar, levando sempre em conta as realidades interna e externa da aprendizagem, tomadas em conjunto. E, mais, procurando estudar a construção do conhecimento em toda a sua complexidade, procurando colocar em pé de igualdade os aspectos cognitivos, afetivos e sociais que lhes estão implícitos”. (cit Neves, 1991, p.21; Bossa 2000, p.19)²⁸

Quando o transtorno for diagnosticado a tempo, têm-se uma boa perspectiva de minimizar , dentro das possibilidades, o insucesso escolar mediante acompanhamento de um profissional da área psicopedagógica, tendo em vista que aproximadamente um quarto das crianças apresentam problemas de aprendizagem secundários ou associados ao transtorno, porém, se o transtorno for diagnosticado tardiamente, o que ocorre com muitos adolescentes, já existem interrupções nos processos de aprendizagem, que precisam ser tratados através de uma reconstrução de habilidades e replanejamento de conteúdos.

Neste caso, além de um acompanhamento psicopedagógico, é importante que o professor auxilie no sentido de prevenir novas interrupções na aprendizagem, esta sendo deficitária, não será corrigida por intermédio de reforços de conteúdos ou tratamento sintomatológico.

Intervenções psicoterápicas e psicopedagógicas geram comprometimento, atitudes e esforços da família.

Muitas vezes não existem recursos financeiros suficientes, ou mesmo disponíveis, pois a crise econômica enfrentada pela família brasileira na sua grande maioria, é conhecida e real, mas alternativas existem, e é preciso explorá-las, é possível entrar em contato com Instituições de Ensino Superior Privadas ou Públicas,

²⁸ disponível no site: <http://users.hotlink.com.br/fico/ref/0101.htm> O Recado da Pesquisa, Hiperatividade: Sucesso de Aprendizagem Segundo o Pensamento de Nadia Bossa. Araújo, Érida Farias de. *et al* acessado em 14/05/2004 as 8:50

com Entidades de caráter Filantrópico, ou procurar por postos públicos de atendimento a saúde que possam oferecê-las de uma forma mais ajustada a sua condição.

10.3 FONOAUDIOLOGIA

Para os casos em que existam comorbidades relacionadas aos distúrbios da fala ou de ritmos, com atrasos na aquisição e no desenvolvimento da linguagem, em decorrência da dificuldade de atenção e da lentidão na apropriação da linguagem oral, com alterações fonêmicas sistemáticas devido a imaturidade dos mecanismos articulatórios, há a necessidade de um tratamento com a abordagem multidisciplinar direcionado à Fonoaudiologia.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando numa família, os conflitos entre seus membros parecerem fugir do controle, as orientações e as intervenções dos pais não surtirem os efeitos desejados, e o problema parecer estar centralizado num dos filhos, é chegado o momento da observação mais criteriosa, da avaliação mais profunda e das tomadas de atitudes e decisões.

O conceito sobre a hiperatividade tem ancoragem na construção do pensamento médico, surgindo como uma enfermidade, doença neurológica, paralelamente à observação dos distúrbios de aprendizagem, tendo sido inicialmente consideradas pelas observações que sobreviventes de infecções e traumas apresentavam um comportamento alterado como seqüelas, e na década de 60 exigia-se a exclusão de outras doenças ou fatores que justificassem as dificuldades no processo educacional como os pedagógicos, os culturais e os sociais.

“ Se por um lado, ao reduzir o social ao biológico, ocorre uma generalizada isenção de responsabilidades, à criança rotulada sob a estigmatização, a introjeção da doença, com repercussões previsíveis em sua auto-imagem, autoconceito, auto-estima. Seu consolo é a possibilidade de um dia encontrar como terapeuta um ótimo analista que não acredita na existência destas “doenças” e seja capaz de lhe restituir a própria normalidade, de que foi expropriada.” (MOYSÈS & COLLARES, 1992, p.45)

Diagnosticar, abordar e intervir num sentido amplo, onde o problema existe mas pode não estar centralizado unicamente na criança hiperativa, podem haver fatores externos cúmplices, ou seja, causas pedagógicas como as inadequações metodológicas, uma qualificação deficitária do corpo docente, um currículo defasado, um processo avaliativo padronizado, concebido para uma turma “homogênea”, ou seja, estas falhas ou o problema podem estar sendo criados pela instituição escolar, ou o que

é mais grave, pelas interações incompetentes daqueles que com ela convivem e ainda por cima as discriminam e excluem do rol da normalidade.

No campo das pesquisas, os trabalhos em andamento ou disponíveis, a respeito das possíveis causas do fracasso escolar, de caráter psicológico ou orgânico, existem em grande número o que denota um interesse crescente.

A hiperatividade tornou-se um dos termos definidores de fracasso escolar, uma justificativa para o comportamento que rompe com a dita normalidade.

Os professores exercem suas funções, com uma jornada de trabalho que chega a ser exagerada, na maioria dos casos para ganharem mais precisam aumentar sua carga horária e sofrem com a falta de valorização profissional, com a falta de investimentos, com a desvalorização profissional e com a dificuldade para se capacitarem. Quando se deparam com um quadro comportamental e um processo ensino-aprendizagem muitas vezes caótico e de difícil administração, falta-lhes uma qualificação que atenda as necessidades evidenciadas.

A indisciplina pode ser uma manifestação de insatisfação contra a forma de como se trabalha com os temas, com os conteúdos e com a metodologia na escola.

É possível observar dentre os indisciplinados, distraídos, irrequietos ou desinteressados, aqueles que podem apresentar características da hiperatividade, e iniciar uma proposta que objetive, num primeiro momento, atitudes que não acentuem os problemas, como a desmotivação e o cansaço do professor e baixa produtividade do aluno.

Dentro de uma limitação, por falta de informações, apresentar receptividade para as mudanças de postura e metodologia, utilizar estratégias didático-pedagógicas inovadoras podem na realidade gerar oportunidades para ouvir os alunos, envolve-los na construção das soluções, explorar a criticidade e a criatividade, buscar e enaltecer as qualidades onde pareçam não existir e investir na capacitação e no tratamento da questão de forma coletiva, cooperada e solidária.

O comportamento dos pais e professores deve ser sustentado pela paciência e ponderação, fazendo com que a rejeição, as atitudes discriminatórias e outros fatores excludentes de oportunidades, cedam lugar às ações concretas e construtivas.

A desestruturação emocional ou familiar, o desinteresse dos pais, a discriminação oficializada pela posição sócio-econômica e cultural, em conjunto com alguma disfunção orgânica seja mental ou física, são enfrentamentos de uma grande parte de crianças no contexto educacional, parece que por destino ou fatalidade são desprovidas de dons e talentos não conquistando um desenvolvimento cognitivo aceitável como padrão de normalidade e muito menos, tendo acesso a um nível social mais elevado.

Os conflitos familiares, principalmente entre o casal devem ser resolvidos sem a presença da criança hiperativa, principalmente se ela for o centro da discussão. É possível que durante as discussões a criança seja lembrada de alguma forma agressiva e negativa, o que refletirá na sua queda da auto-estima e interferindo na consciência dela quanto da sua importância para os pais.

O isolamento social da criança hiperativa precisa ser evitado, tanto em casa como na escola, considerando-se as dificuldades em fazer e manter amizades, pais, irmãos e professores devem oferecer todas as oportunidades possíveis e com criatividade envolvê-la permitindo a integração e fazendo as intercessões quando necessárias, principalmente para restabelecer a ordem e as regras quando não respeitadas.

Os traços positivos da personalidade de uma criança hiperativa devem ser reconhecidos, ressaltados e elogiados, assim como todas as ações e atitudes que denotam um comportamento adequado, pois enaltecer as qualidades é parte importante do tratamento dela.

Pais, professores e profissionais de saúde devem utilizar suas habilidades e capacidades, para ajudar quem não as tem plenamente disponibilizadas, cada qual com sua competência oferecendo um tratamento adequado às crianças hiperativas, a orientação, a educação, as intervenções pedagógicas e a medicação, considerando que

para a hiperatividade não se receitam fórmulas para a sua cura, que na realidade não existe, mas se administram propostas de auxílio que atenuem as diferenças.

O encaminhamento da criança para um tratamento terapêutico, quando a necessidade assim o determinar, por si só não trará os resultados esperados tendo em vista que os diálogos entre pais e profissionais precisa ser constante e instruído com o aval da escola, onde os professores aplicarão seus conhecimentos, conduzindo as estratégias e metodologias mediante as informações e orientações recebidas nesta rede de competências estabelecidas para ajudar.

As quatro instituições abaixo poderão ser escolhidas pelos pais por oferecerem atendimento gratuito ou de baixo de custo:

- a) Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná.
- b) Núcleo de Atendimento à Família da Clínica de Psicologia - Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR).
- c) Centro Psicológico da UNICENP - Grupo Positivo.
- d) Universidade Tuiuti do Paraná.

Eventos como seminários , congressos, palestras e cursos sobre o TDAH são também opções disponíveis, sendo necessário que se busquem as informações com médicos ou outros profissionais da área da saúde, com as instituições acima ou outras, ou ainda pesquisando na internet em algum site sobre hiperatividade .

A orientação dos pais quanto ao sentido da vida, os aconselhamentos repetitivos e constantes que parecem não terem sido levados em consideração, a importância dos valores morais , toda esta preocupação merece outros cuidados como saber acompanhar o filho na sua interação social, se há discordâncias dos pais quanto as amizades e a as razões delas, com as diversas opções de entretenimento disponíveis para ele, e o que preocupa sobremaneira, considerar a facilidade ou mesmo a pré-disposição de um envolvimento ou manifestação de conduta anti-social.

A promoção de um correto tratamento e as mudanças de comportamento propostas, com o envolvimento e o comprometimento do maior número de familiares e amigos numa ação conjunta, propondo atividades variadas, duradouras e significativas,

trarão mais vantagens que aborrecimentos, terão um impacto positivo e poderão beneficiar a criança hiperativa conferindo-lhe uma maior vitalidade, entusiasmo e criatividade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, Lígia Assumpção. Histórias da Exclusão – E de Inclusão? – Na Escola Pública. *In* MACHADO, Adriana Marcondes. **Educação Especial em debate**. São Paulo: Casa do Psicólogo: CRP-6, Região, 1997.

AMBROSETTI, N. B. O “eu” e o “nós”, trabalhando com a diversidade em sala de aula. *In* ANDRÉ, M. (org.) **Pedagogia das diferenças na sala de aula**, Campinas: Papyrus, 1999.

BARROS, Juliana M. G. **Jogo Infantil e Hiperatividade**. Rio de Janeiro: Editora Sprint Ltda, 2002.

BENCZIK, Edyleine B. P. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Atualização Terapêutica, Um guia de orientação para profissionais**.

_____ **Manual da Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Versão para professores**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

BRAGA, R. **O Comportamento Hiperativo na Infância**. Curitiba: Editora Conscientia, 1998.

BRASIL, Secretaria de Educação Especial – **Tendências e desafios da educação especial**. Editora organizadora: Eunice M. L. Sorano de Alencar. Brasília: SEESP, 1994.

CEDES, **Educação Especial**. São Paulo: Cortez, 1989, caderno nº 23.

_____ **O Fracasso escolar um desafio pedagógico**. São Paulo: Cortez, caderno nº 28.

CESAR COLL, JESUS PALÁCIOS, ALVARO MARCHESI. (organizadores) **Desenvolvimento Psicológico e Educação. Necessidades Educativas Especiais.** tradução de Marcos A. G. Domingues, v. 3, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

COLLARES, C. A. L. e MOYSÉS, M. A. A. "Educação ou Saúde ? Educação X Saúde ? Educação e Saúde !" **Cadernos CEDES nº 15**, São Paulo: Cortez, 1986, pp. 7-16.

Diagnóstico da medicalização do processo ensino-aprendizagem nas primeiras séries do primeiro grau no município de Campinas. v.11 Brasília, 1992.

COLLARES, C. A. L. **Ajudando a Desmistificar o Fracasso Escolar.** São Paulo: F.D.E., Caderno IDÉIAS nº 6, 1989, pp.24-28.

FONSECA, Vítor da. **Educação Especial – Programa de estimulação precoce.** Porto Alegre/RS: Artmed Editora S.A., 2002.

GOLDSTEIN, Sam. e GOLDSTEIN, Michael. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança.** Tradução de Maria Celeste Marcondes. 3. ed. Campinas/SP: Papyrus, 1994.

Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança . 2ª ed. Campinas/SP: Papyrus, 1996 .

Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. Tradução de Maria Celeste Marcondes. 3. ed. Campinas/SP: Papyrus, 1998.

JONES, Maggie. **Hiperatividade: como ajudar seu filho.** Tradução de Denise Maria Bolonho. São Paulo: Plexus Editora, 2004.

KASSAR, Mônica de Carvalho Magalhães. **Ciência e senso comum no cotidiano das classes especiais.** Campinas/SP: Papyrus, 1995.

_____. Reforma do estado e educação especial: preliminares para uma análise. *In Revista de Educação PUC-Campinas*, Educação Especial. Campinas, n. 11, Novembro de 2001.

MACEDO, Lino de. **Competência relacional e situação-problema: elementos para uma reflexão pedagógica**. Manuscrito não publicado. São Paulo: Instituto de Psicologia, USP, 1999.

_____. Fundamentos para uma educação inclusiva. *In Psicologia da Educação: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia da Educação/ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo*, n. 1, São Paulo: EDUC, dez. 1995.

MACHADO, Adriana Marcondes. **Educação Especial em debate**. São Paulo: Casa do Psicólogo: CRP-6, Região, 1997.

MANTOAN, Maria Teresa Eglér. Ensino inclusivo / educação (de qualidade) para todos. *In Revista Integração*, Ministério da Educação e Desporto/Secretaria de Educação Especial, ano 8 nº 20, 1998.

MANZINI, Eduardo José (org.). **Educação Especial: temas atuais**. Marília: Unesp-Marília-Publicações, 2000.

MATTOS, Paulo. **No mundo da lua: Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos**. 4. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2004.

MARCHESI, Álvaro e MARTÍN, Elena. Da Terminologia do Distúrbio às Necessidades Educacionais Especiais. *in* CESAR COLL, JESUS PALÁCIOS (org). **Desenvolvimento Psicológico e Educação. Necessidades Educativas Especiais**. trad. de Marcos A. G. Domingues, v. 3, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MAZZOTTA, Marcos José da Silveira. **Trabalho Docente e Formação de professores de educação especial**. São Paulo: EPU. 1993.

MORAES, Mônica Martinez de. Uma possibilidade de escola para todos: a formação continuada de professores em educação especial. *In Revista de Educação PUC-Campinas, Educação Especial*. Campinas, n. 11, Novembro de 2001.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso (et. al.). A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *In: CEDES, O Fracasso escolar um desafio pedagógico*. São Paulo: Cortez, caderno nº 28.

OLIVEIRA, Anna Augusta S. de & LEITE, Lucia P. Escola inclusiva e as necessidades educacionais especiais. *In Educação Especial: temas atuais*. Marília: Unesp-Marília-Publicações, 2000.

PAIN, Sara. **Diagnóstico e Tratamento dos Problemas de Aprendizagem**.

PEREIRA, Olívia. **Educação especial: atuais desafios**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

PIRES, José e Gláucia N. da Luz Pires. A integração escolar de crianças portadoras de necessidades especiais na classe regular: implicações legais e compromisso social. *In Revista Integração, Ministério da Educação e Desporto/Secretaria de Educação Especial*, ano 8 nº 20, 1998.

PRIETO, Rosângela Gavioli. Atendimento escolar de alunos com necessidades educacionais especiais: indicadores para análise de políticas públicas. *In Revista UNDIME – RJ*. ano III, n.º 1, I Semestre de 2002.

HALLOWELL & RATEY. **Tendências à Distração**. São Paulo: Editora Rocco, 1999.

ROHDE L. A .P., BENCZIK E. B. P. **Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade. O que é? Como ajudar?** Porto Alegre: Artmed, 1999.

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

www.autismo-br.com.br/home/F-sda1.htm

www.intervox.ce.ufrj.br/~elizabet/dilema.htm

www.hiperatividade.com.br/article.php?sid=49

www.neuropsicologia.psc.br/tdah.html

www.orientacoesmedicas.com.br/hiperativdadeda.asp

www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=53

www.psique.med.br/trastornodeficit.htm

www.saudeinformacoes.com.br/bebe_hiperatividade

www.thotkom.com.br/VeraHelenaPessoa/Tese00_02.HTML

<http://www.uff.br/grupalfa/feitopornos/turmasheterogeneas.htm>

<http://users.hotlink.com.br/fico/refl0101.htm>