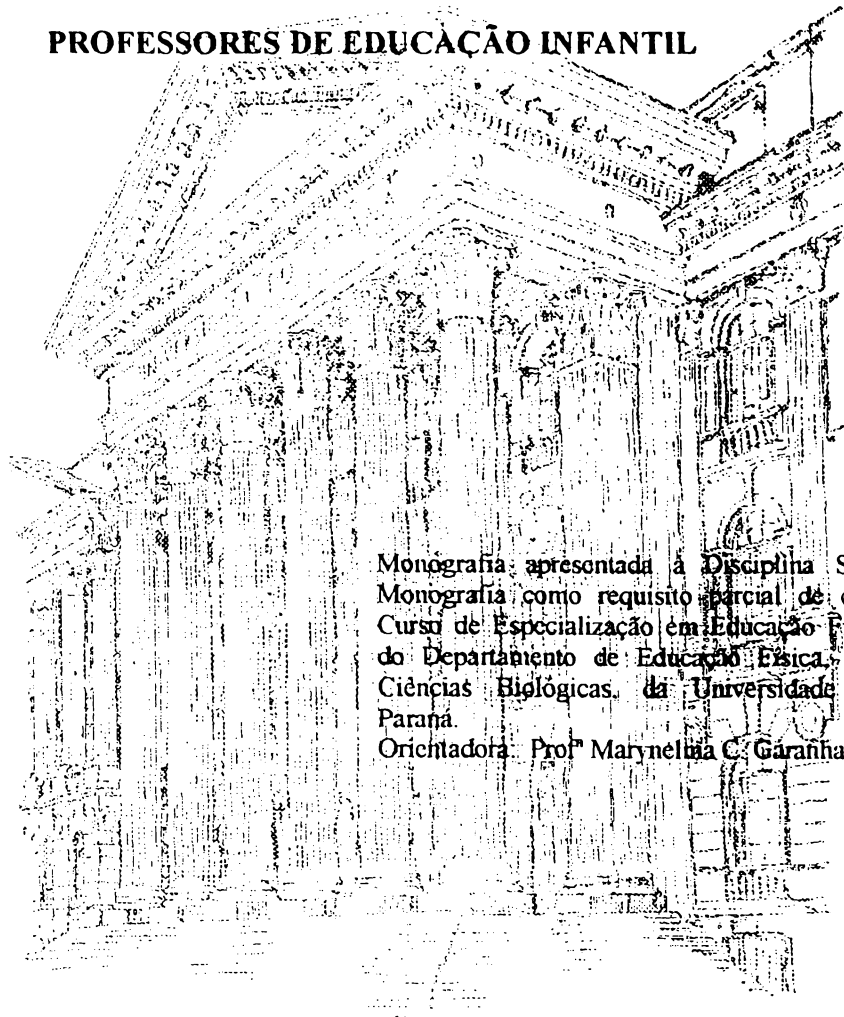


PATRÍCIA ROGÉRIA RODRIGUES PASSOS

**HIPERATIVIDADE INFANTIL: ORIENTAÇÕES PEDAGÓGICAS PARA OS
PROFESSORES DE EDUCAÇÃO INFANTIL**



Monografia apresentada à Disciplina Seminário de Monografia como requisito parcial de conclusão do Curso de Especialização em Educação Física Escolar, do Departamento de Educação Física, do Setor de Ciências Biológicas, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a Marynelma C. Garanhani.

**CURITIBA
2000**

PATRÍCIA ROGÉRIA RODRIGUES PASSOS

HIPERATIVIDADE INFANTIL: ORIENTAÇÕES PEDAGÓGICAS PARA OS
PROFESSORES DE EDUCAÇÃO INFANTIL

Monografia apresentada à Disciplina Seminário de Monografia como requisito parcial de conclusão do Curso de Especialização em Educação Física Escolar, do Departamento de Educação Física, do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^ª. Marynelma C. Garanhani.

CURITIBA

2000

AGRADECIMENTOS

Agradeço, especialmente, a Deus, por insuflar-me Sua força e amparo, não deixando-me desistir facilmente de meus intuitos, levando-me a erguer sempre a cabeça e continuar lutando.

Com muito carinho aos Mestres Professores do Departamento de Educação Física do Curso de Especialização em Educação Física, edição 1999, os quais, durante todo o transcorrer do curso, permitiram-me esclarecer diversos pontos sobre a Educação Física Escolar, além de incentivar o progresso de minha pesquisa. Sua ajuda inestimável fez-me compreender melhor a grande importância da pesquisa para a Educação Física.

Meu agradecimento todo especial à Universidade Federal do Paraná, a qual, através da Coordenação do Curso, na pessoa dos professores Wagner de Campos e Marynelma Garanhani, prestou todo o apoio necessário para que eu pudesse participar deste Curso. Obrigado professor Wagner, por ter acreditado na minha dedicação, e espero ter satisfeito vossas expectativas. Agradeço sua orientação segura e enérgica, professora Marynelma, pois estimulaste minha criatividade e colocaste minhas idéias no rumo certo.

À Leonice, querida colega que tornou-se também uma boa amiga.

Estendo também os meus agradecimentos às pessoas que, direta ou indiretamente, colaboraram para a montagem desta pesquisa. Denise Maria Oliveira Moraes, Geralda Eni Gonçalves, Sheila Cristina Barreto, Irmão Jorge Luiz Lapa Maia, Fernando Luiz Borges, Alexandre Teixeira e Sabino Pícolo. Se algum nome estiver ausente, a pessoa continua em meu coração.

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa, com gratidão, aos meus pais, que sempre acreditaram em minha capacidade, sendo sempre os primeiros a apoiar e incentivar minhas iniciativas. Agradeço ao meu marido pelo carinho e compreensão. À minha filha amada, por suportar valentemente os longos momentos de ausência. A meus caros sogros por cuidar tão bem da minha filha, a qual é a minha razão de existir.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	ii
DEDICATÓRIA.....	iii
RESUMO	v
1 INTRODUÇÃO	01
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	08
2.1 Histórico da Hiperatividade.....	08
2.2 Conceito e possíveis causas da Hiperatividade Infantil.....	11
2.3 Como identificar uma criança hiperativa.....	15
2.4 Procedimentos para tratamento da Hiperatividade Infantil.....	20
2.4.1 Procedimentos gerais.....	20
2.4.2 Tratamento da Hiperatividade pela terapia medicamentosa e psicoterapia....	28
2.4.3 Procedimentos pedagógicos no ambiente da Educação Infantil	37
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	45
4. ANÁLISE DOS CONTEÚDOS INVESTIGADOS E	
APRESENTAÇÃO DO FOLHETO.....	47
5. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57

RESUMO

Esta pesquisa teve o objetivo de reunir um grande número de informações sobre os aspectos clínicos, pedagógicos, psicológicos e comportamentais da hiperatividade, visando à melhor compreensão do comportamento hiperativo infantil. Tais dados e orientações possibilitarão aos professores de Educação Infantil desenvolver um programa de trabalho que possibilite às crianças hiperativas interagirem com seu grupo, evitando os problemas que estas crianças costumam desenvolver. Os pais de crianças hiperativas também serão beneficiados pela leitura deste trabalho, pois terão uma panorâmica da síndrome e suas principais implicações, bem como os diversos recursos para combatê-la. Além disso, o trabalho buscou relacionar as teorias existentes sobre as origens, causas, diagnóstico e tratamento desta síndrome. Este procedimento visou fornecer aos pais, professores e crianças, um conhecimento mais aprofundado sobre a questão, possibilitando-lhes lidar de modo adequado com a síndrome, de forma a amenizar os seus efeitos negativos. Para que este intuito fosse atingido, empregou-se a metodologia de natureza bibliográfica, enfocando autores das áreas médica e psicopedagógica. Entre os autores pesquisados, os mais relevantes para o tema abordado foram: BRAGA (1998), GOLDSTEIN e GOLDSTEIN (1994), HALLOWELL e RATEY (1999), ROHDE e BENCZICK (1999). Neste processo descobriu-se a necessidade de uma abordagem de tratamento múltiplo da síndrome, na qual as informações médicas, pedagógicas, psicológicas e comportamentais sejam reunidas, organizadas e avaliadas, de modo a encontrar a forma mais adequada de tratamento da Hiperatividade Infantil. As conclusões são que: a melhoria das técnicas de diagnóstico contribui para a evolução do conceito de hiperatividade, sendo considerada a mesma, até o presente momento, um distúrbio de comportamento gerado por uma disfunção na química cerebral, provocada, possivelmente, por causas genéticas; o diagnóstico da síndrome deve ser baseado em técnicas médico-educacionais, exames clínico-neurológicos e num histórico detalhado da vida da criança, pois, não havendo, até o momento presente, uma cura para a hiperatividade, deve-se iniciar o tratamento o mais rapidamente possível, não devendo este basear-se somente em aspectos isolados do problema, mas sim na cooperação entre os diversos profissionais envolvidos; e, finalmente, que há necessidade da criação de estratégias que valorizem o movimento e o trabalho corporal em sala de aula, pois as crianças hiperativas não se sentem no controle de seus corpos; além de ser por intermédio do corpo que a criança entra em contato com o ambiente que a cerca e desenvolve sua percepção espacial, social e corporal. Com base nas conclusões o trabalho apresentou um folheto elucidativo destinado aos professores de Educação Infantil, abordando orientações pedagógicas sobre Hiperatividade Infantil, baseado em autores das áreas médica e psicopedagógica.

1 INTRODUÇÃO

A criança hiperativa, segundo GOLDSTEIN e GOLDSTEIN (1994), apresenta as dificuldades comuns da infância, embora manifestando-as de forma exagerada. Quadros de desatenção, agitação, excesso de atividade, emotividade e impulsividade prejudicam o relacionamento familiar e escolar, devido ao **stresse** provocado pelo comportamento inconstante e imprevisível, afetando negativamente o desenvolvimento intelectual e afetivo.

Estas dificuldades, embora sejam, em certa medida, comuns à grande maioria das crianças, apresentam-se de forma ostensiva nas que recebem o rótulo de hiperativas. Pesquisadores como BRAGA (1998), ROHDE e BENCZIK (1999), HALLOWELL e RATEY(1999), e BASTOS & BUENO (1999) acreditam na probabilidade da hiperatividade ser consequência de algum tipo de desequilíbrio químico cerebral, embora ressalvem que o surgimento dos sintomas acima descritos possa ser creditado a quadros de ansiedade, frustração ou mesmo depressão, sendo os mesmos exacerbados por fatores sociais e familiares, entre outros.

As crianças hiperativas, em geral, parecem dotadas de uma inesgotável fonte de energia. Estão sempre movimentando-se, mesmo se outras pessoas, adultos por exemplo, buscam **frear-lhes** o excesso de atividade. A imobilidade seria então, para elas, uma verdadeira **tortura**.

BRAGA (1998, p. 11) considera que a Hiperatividade, rotulada pela Associação Americana de Psiquiatria como **Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade** (rótulo este considerado pelo mesmo autor como estigmatizante), “é o problema mais comum da infância atualmente”. O problema da hiperatividade

infantil é um dos mais controversos assuntos discutidos na área educacional. Existe uma relativa facilidade de estabelecer as características (pelo menos as mais básicas) da criança afetada por este tipo de comportamento. A controvérsia surge, entretanto, em torno da forma mais adequada de diagnóstico, compreensão da etiologia e, o mais importante, das medidas a tomar em relação à manifestação da hiperatividade na criança em idade escolar. GOLDSTEIN e GOLDSTEIN (1994) consideram que a criança hiperativa constitui um desafio não só para seus pais e médicos, como também para professores, pedagogos e outros profissionais de educação em contato com a mesma. Segundo estes pesquisadores, o assunto deverá sofrer sempre um exame cuidadoso e criterioso por parte dos envolvidos, de forma a propiciar uma troca de informações e sugestões que venham a fornecer soluções práticas e adequadas para a situação.

É comum o surgimento dos sintomas da hiperatividade em meio escolar. Pelo menos, o surgimento das reclamações dos educadores com relação a **desvios de comportamento** de certos alunos.

Os professores, a todo momento, sentem-se incapacitados para lidar com o comportamento hiperativo de algumas crianças. Isto se deve, principalmente, à falta de conhecimento sobre o distúrbio em questão, o que os torna incapazes de diferenciar um comportamento hiperativo **passageiro**, causado, às vezes, por problemas fora da esfera escolar, de um verdadeiro caso de **Distúrbio do Déficit de Atenção**. A dificuldade aumenta pelo fato de o limite entre uma criança **levada** e uma hiperativa ser muito tênue. Entender a fundo as diversas etapas e características do desenvolvimento das crianças em geral, torna-se essencial para que os professores, que se dispuserem a trabalhar com crianças hiperativas,

possam ter embasamento suficiente para lidar adequadamente com cada tipo de aluno sob sua responsabilidade.

Os próprios pais costumam, muitas vezes, taxar seus filhos de hiperativos, como forma de **desculpar** certos comportamentos destes. Para BASTOS & BUENO (1999) e ROHDE e BENCZIK (1999), não é difícil encontrar históricos de desajustes familiares que provoquem o surgimento de certas atitudes nos filhos. Egoísmo, irritação e agressividade, são algumas atitudes mais comuns, geralmente expressas pelas palavras: **eu quero!**. No caso destas crianças, um melhor ajuste do ambiente familiar e/ou uma interação maior e mais proveitosa entre escola e alunos, pode provocar o completo desaparecimento do comportamento dito hiperativo.

No que toca às crianças verdadeiramente acometidas pela hiperatividade, no entanto, uma atitude mais **firme** por parte de pais e/ou professores não costuma dar resultados. Uma educação mais rígida, ou uma maior imposição de limites no lar, não são suficientes ou eficazes, devendo a criança receber ajuda médica e/ou psicológica. Os profissionais desta área deverão ser altamente gabaritados e acostumados a trabalhar com crianças vítimas deste distúrbio, pois mesmo tratamento medicamentoso e/ou terapias mentais podem tornar-se necessários ou imprescindíveis. Naturalmente, isso não exclui a necessidade de uma dose muito grande de paciência por parte de pais e educadores, os quais deverão receber informações minuciosas sobre a situação, para poderem lidar corretamente com estas crianças.

Frente a tal quadro, uma questão sobressai acima das outras: como lidar com a criança hiperativa no ambiente escolar?

Para responder a esta questão, desenvolveu-se esta pesquisa bibliográfica na cidade de Curitiba, durante o período entre maio de 1999 e abril de 2000, resultando na confecção de um folheto elucidativo destinado aos professores de Educação Infantil, com o objetivo de orientá-los sobre a criança hiperativa no ambiente escolar.

A hiperatividade, é em última análise, um problema de interação, o qual deve ser também compreendido em uma perspectiva de desenvolvimento. Examinar, cuidadosa e criteriosamente, o assunto é muito importante face ao desafio que a criança hiperativa representa, tanto para os pais quanto para os professores.

Para GOLDSTEIN e GOLDSTEIN (1994), é de suma importância a identificação e tratamento da criança hiperativa o mais cedo possível, como forma de evitar a continuidade e mesmo o agravamento deste comportamento anti-social, seja na adolescência, seja na vida adulta. Todos os esforços devem ser dirigidos e concentrados no trabalhar a condição o mais rápida e eficientemente possível.

Como, normalmente, o comportamento hiperativo é constatado quando a criança adentra na Escola de Educação Infantil, ou logo após, tem, então, início a possibilidade de utilização dos mais variados recursos para o tratamento da criança.

A fase da Educação Infantil é a época em que, para a criança, o princípio da realidade se concretiza e se opõe ao princípio do prazer. A prioridade é a atividade motora global, concentrando-se na necessidade fundamental de movimento, de investigação e expressão, de acordo com Le Boulch, citado por RODRIGUES (1997), sendo que essa etapa do desenvolvimento está relacionada com o surgimento de múltiplas habilidades motrizes.

Exercícios de psicomotricidade são muitas vezes necessários e importantes no tratamento da Hiperatividade, visando corrigir deficiências na coordenação, nas praxias e reforçando o esquema corporal e as sinergias motoras. Desta forma, a criança aprende os limites do corpo, dando subsídios para que ela perceba os 'limites' das emoções, os 'limites' das ações e dos pensamentos, adquirindo assim, um autocontrole crescente ao longo de seu percurso de vida (BRAGA, 1998, p. 77).

GONÇALVES (1999) lembra que o comportamento inadequado mostrado pelos alunos com hiperatividade freqüentemente interrompe a concentração de seus colegas e, geralmente, resulta em relações pobres com os demais alunos. Adicionalmente, esses problemas são, freqüentemente, acompanhados por outros associados (como baixa auto-estima, quadros de depressão) que podem afetar significativamente a performance escolar desses estudantes. GONÇALVES (1999, p. 1) ainda descreve, "isto traz ao estudante (principalmente no início de sua vida escolar) problemas de rejeição, dúvidas quanto à sua capacidade intelectual, baixa auto-estima, e várias situações que, com a devida informação dos profissionais e ao próprio portador do distúrbio, podem ser minimizadas e contornadas."

Assim, nesta investigação, foram reunidas informações sobre os aspectos clínicos, pedagógicos, psicológicos e comportamentais da hiperatividade, visando à melhor compreensão do comportamento hiperativo infantil. Tais dados e orientações possibilitarão aos professores de Educação Infantil desenvolverem um programa de trabalho que possibilite às crianças hiperativas interagirem com seu grupo, evitando os problemas que estas crianças costumam desenvolver. Os pais de crianças hiperativas também serão beneficiados pela leitura deste trabalho, pois terão uma panorâmica da síndrome e suas principais implicações, bem como os diversos recursos para combatê-la.

Entre os problemas enfrentados pelos hiperativos, o da segregação imposta pelos colegas de escola é um dos mais sérios. Rotuladas pelos mesmos (e também por professores e pela sociedade em geral) como, tendo o **bicho-carpinteiro**, **endiabradas** ou **criança-problema** entre outros, o rendimento escolar e o desenvolvimento da personalidade destas crianças ficam tremendamente comprometidos.

Para melhor compreensão das informações investigadas, problemas de desatenção, distração, impaciência excessiva, emotividade excessiva e impulsividade serão mencionados como problemas de hiperatividade infantil, ou simplesmente **hiperatividade**. Este termo será empregado por sua simplicidade, brevidade, e por já ter sido amplamente difundido, podendo melhor definir as crianças afetadas por este distúrbio. Também será empregada a sigla **TDAH**, contração de **Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade** (tradução do inglês **Attention Deficit Disorder**, ou **ADD**). A sigla será usada quando for feita referência ao distúrbio propriamente dito.

Inicialmente, elaborou-se neste estudo um pequeno histórico sobre o **TDAH**, mostrando o progresso da ciência na tentativa de alcançar uma melhor compreensão deste distúrbio que, acredita-se, acompanha a humanidade desde há muito tempo, embora só recentemente tenha começado a ser diagnosticado e decifrado.

Os principais conceitos e características do **TDAH**, especialmente a melhor forma de realizar um diagnóstico do distúrbio e as possíveis causas do mesmo, também foram investigados. Igualmente foram analisados e descritos os procedimentos gerais a serem tomados com relação à criança hiperativa, bem como

as propostas de atividade que os professores de Educação Infantil poderão adotar para auxiliar estas crianças a ter acesso a uma educação plena e satisfatória.

O objetivo geral deste trabalho é reunir um grande número de informações acerca da Hiperatividade Infantil, de forma a poder informar os professores de Educação Infantil sobre as características, implicações e formas de manifestação do distúrbio no ambiente escolar.

Como objetivos específicos, destacam-se:

1. relacionar as teorias existentes acerca das origens, causas, diagnóstico e tratamento da Hiperatividade Infantil;
2. elaborar orientações, sob a forma de um folheto elucidativo, que possam auxiliar os professores de Educação Infantil a lidar melhor com alunos hiperativos, integrando-os adequadamente ao ambiente escolar.

O estudo da temática **hiperatividade** torna-se plenamente justificada, frente à necessidade de encontrar parâmetros adequados de conduta pedagógica que auxiliem no controle da hiperatividade, dentro de uma abordagem de tratamento múltiplo, no qual as informações médicas, pedagógicas, psicológicas e comportamentais, deverão ser reunidas, organizadas e avaliadas.

A escolha do tema é justificada, também, pela necessidade de encontrar-se meios eficazes de permitir a inserção da criança hiperativa no contexto escolar e social. Isto só será possível com a colaboração e a cumplicidade de pais, alunos e educadores, agindo de comum acordo para encontrar a melhor solução no combate aos sintomas limitantes impostos às crianças hiperativas pelo distúrbio.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Histórico da Hiperatividade

Problemas de comportamento em crianças como: agitação constante, falta de atenção ou agressividade, não são novidade. Sempre houve crianças irrequietas, muito ativas ou desatenciosas. A forma de lidar com este problema é que foi sendo alterado ao longo dos anos. Relatos de maus tratos em crianças estão presentes em várias páginas da História.

O tratamento dispensado às crianças sempre foi terrível no curso da história, é um dos pontos negros da história da civilização humana. As pessoas não eram muito diferentes umas das outras quando se tratava de crianças que se comportavam 'mal'. Em geral, recomendava-se que tais crianças fossem surradas ou, em alguns casos, até exterminadas. Existe algo na parte mais brutal da natureza humana que encontra grande prazer em ferir seres menores e mais fracos, especialmente se nos aborrecem ou fazem exigências (HALLOWELL e RATEY, 1999, p. 26).

Este *estilo* de educação, comum nos lares, era repetido nas escolas, sempre com grande ênfase no castigo corporal. Rodadas de palmatória, puxões de orelha, ou ajoelhar sobre grãos de milho, faziam parte do *repertório escolar*.

Há um século, no nosso sistema educacional, o método usual de um professor de lidar com essas dificuldades de temperamento era bater ruidosamente na criança com uma régua. Se a régua quebrasse antes que a criança, as autoridades, polidamente, sugeriam que a criança não retornasse à escola. Assim, as dificuldades escolares eram resolvidas e a criança era entregue ao mundo (GOLDSTEIN e GOLDSTEIN, 1994, p. 23).

O comportamento irrequieto, agitado, agressivo e desafiador, passou a ser encarado de maneira diversa ao enfoque anterior, quando atribuía-se tais

comportamentos a algo igual, ou muito próximo, de uma possessão demoníaca ou fraqueza moral, necessitando exorcismo ou punição severa.

É fácil, portanto, perceber que a síndrome do **TDH** acompanha a humanidade desde muitos séculos, embora viesse envolvida em um único **pacote** junto com as outras formas de mau **comportamento**. HALOWELL e RATEY (1999) revelam que o crédito da definição da síndrome do **TDH** é, geralmente, concedido ao pediatra inglês George Frederic Still, uma vez que este apresentou uma série de palestras no Royal College of Physicians (em 1902), nas quais descrevia algumas crianças que encontrara durante sua prática médica. Tais crianças eram difíceis de controlar, apresentando sinais de **não reconhecimento das regras**, ausência de **volição inibitória**, além de serem ainda, de modo geral, destemperadas, desonestas e voluntariosas. STILL defendeu, na época, a hipótese de que a síndrome não fosse resultado de má-criação ou depravação moral, mas sim resultado de herança biológica ou de lesões sofridas durante o parto.

Durante os anos 30 e 40, a idéia de que comportamentos incontroláveis eram causados por lesões cerebrais persistiu, surgindo diversos termos técnicos para descrever a **criança com lesões cerebrais**: propulsão orgânica, disfunção cerebral mínima são alguns desses rótulos, invocados mesmo quando os exames não apresentavam qualquer indício de dano cerebral no paciente.

Foi somente em 1960 que a situação começou a ser alterada, com o isolamento do sintoma da hiperatividade de qualquer noção de dano cerebral. Os sintomas passaram a ser encarados como parte de uma **hiperatividade fisiológica**, cujas causas estariam enraizadas mais na biologia do que no meio ambiente. Segundo HALOWELL e RATEY (1999), foi Virginia Douglas quem elaborou quatro

características principais a serem relatadas no quadro clínico: déficits de atenção e esforço, hiperatividade; problemas na regulação do nível de vigília, e necessidade de reforço imediato. Finalmente, em 1980, a síndrome recebeu o novo nome de ***Distúrbio do Déficit de Atenção***.

O estudo mais promissor dos últimos tempos sobre a hiperatividade foi o realizado por Zametkin, descrito por HALLOWELL e RATEY (1999). Neste trabalho, que curiosamente foi realizado com adultos e não com crianças, Zametkin, utilizando varreduras PET (tomógrafo por emissão de pósitrons, que registra o consumo de energia, isto é, glicose, pelas diversas áreas do cérebro), descobriu que o grupo dos portadores de ***TDAH*** metabolizou a glicose a taxas 8% inferiores às do grupo-controle.

A redução na captação da glicose se distribuía por diversas regiões do cérebro. O dado mais informativo é que a redução na atividade metabólica era maior nas regiões pré-frontal e pré-motora do cérebro. A região frontal é a principal reguladora do comportamento. Ela mantém os impulsos sob controle, permite que planejem e projetemos o futuro, e funciona como o local onde iniciamos o comportamento. Recebe input do sistema límbico — a origem das emoções, da fome, sede, sexualidade e outros impulsos fisiológicos — e ainda é provavelmente a sede da memória operante, a combinação da experiência momento-a-momento e da memória a longo prazo. Assim, os lobos frontais sintetizam as informações sensoriais e cognitivas, orquestram a atenção e funcionam como o portal das nossas ações (HALLOWELL e RATEY, 1999, p. 325-326).

Estas novas evidências mostraram que o ***TDAH*** estava realmente associado à alteração do metabolismo cerebral, embora não haja comprovação efetiva de que o mesmo seja causa ou consequência da alteração.

2.2 Conceito e possíveis causas da Hiperatividade Infantil

O conceito de hiperatividade encontra-se firmemente ligado ao histórico do distúrbio. Mesmo neste fim de século, já se cogita em mudanças na definição e nomenclatura do problema.

GONÇALVES (1999) relata que no início do século XX esse distúrbio foi chamado de disfunção cerebral mínima, passando, posteriormente, a ser chamado de hipercinesia, ou hipercinese, logo a seguir, hiperatividade, nome que ficou mais conhecido e perdurou por mais tempo. Em 1987, passou a ser chamado de distúrbio de atenção, distúrbio de déficit de atenção, ou ainda distúrbio do déficit de atenção com hiperatividade, sendo que muitas vezes utiliza-se a sigla **DDA** (em português) ou **ADD** (em inglês **Attention Deficit Disorder**). Segundo o mesmo autor, a Associação Americana de Psiquiatria declarou que “a característica fundamental do **DDAH** é um padrão persistente de desatenção, impulsividade e/ou hiperatividade-impulsividade que é mais freqüente e severa que o tipicamente observado em indivíduos em um nível comparável de desenvolvimento” (GONÇALVES, 1999, p. 1).

Para HALLOWELL e RATEY (1999), a hiperatividade é uma síndrome neurológica, e a clássica tríade de sintomas que a define inclui impulsividade, falta de concentração e hiperatividade ou excesso de energia. Cerca de 15 milhões de norte-americanos sofrem, atualmente, desta síndrome; a maior parte deles não sabendo que a tem. A condição ocorre em crianças e adultos, homens e mulheres, rapazes e moças, abrangendo todos os grupos étnicos, estratos socio-econômicos, níveis de escolaridade e graus de inteligência. Os autores frisam, ainda, que era costumeiro o pensamento de que este era um distúrbio exclusivo da infância e que

costumeiro o pensamento de que este era um distúrbio exclusivo da infância e que seria superado no decorrer da adolescência.

Hoje sabemos que apenas um terço da população com **TDHA** a supera; dois terços a apresentam por toda a vida. O **TDHA** não é uma dificuldade específica de aprendizagem, ou desordem de linguagem, ou dislexia. Também não está associado à baixa inteligência; na verdade, muitas pessoas que têm **TDHA** são bastante inteligentes. O que acontece é que essa inteligência fica emaranhada no interior (HALLOWELL e RATEY, 1999, p. 18).

ROHDE e BENCZIK (1999) utilizam o conceito de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (**TDHA**) para definir o que ele chama de problema de saúde mental. Para ele, este problema mental teria igualmente três características básicas: a desatenção, a agitação (ou hiperatividade) e a impulsividade. A criança acometida pelo **TDHA** pode apresentar outros problemas de saúde mental, que podem vir acompanhando a síndrome.

GOLDSTEIN e GOLDSTEIN (1994), por sua vez, chamam a atenção para a dúvida que paira sobre a verdadeira origem da hiperatividade. Fator hereditário ou disfunção cerebral?

Para a maioria das crianças afetadas, a desatenção, a atividade excessiva ou o comportamento emocional irrefletido e impulsivo são características do temperamento. Este termo descreve um conjunto de qualidades inatas que vieram ao mundo com eles. Muitos pesquisadores acreditam que essas qualidades, que podem não ser hereditárias, sejam consequência de algum desequilíbrio da química do cérebro. Algumas crianças, entretanto, podem apresentar sintomas de hiperatividade como resultado de ansiedade, frustração, depressão ou de uma criação imprópria (GOLDSTEIN e GOLDSTEIN, 1994, p. 20).

A maioria dos autores considera que o **TDHA** está ligado a uma disfunção química cerebral, cujas causas ainda não são totalmente conhecidas, mas com

características e efeitos bem definidos, como a dificuldade de fixação da atenção, de manutenção de esforço continuado e de conclusão satisfatória de tarefas.

BRAGA (1998), no entanto, frisa que situar a hiperatividade como patologia apresenta seus prós e contras.

A favor de sua classificação como patologia, encontramos um conjunto de sinais e sintomas razoavelmente delineados, porém, de difícil diagnóstico devido a imprecisão de seus limites com a normalidade. Contra sua classificação como doença, encontramos toda uma imprecisão e desconhecimento das possíveis causas, restando-nos apenas uma ampla gama de fatores intervenientes. Ou seja, são fatores que podem contribuir para o surgimento ou agravamento da sintomatologia da hiperatividade, sem que obrigatoriamente sejam a causa da mesma. Nem mesmo as alterações bioquímicas, com base nos neurotransmissores que sabemos cursar com a hiperatividade, podemos afirmar seguramente se são causas ou conseqüências. Tudo irá depender do referencial com que se observa o conjunto de manifestações do hiperativo e os fatores que o desencadearam (BRAGA, 1998, p. 15).

BRAGA (1998) relata que a Associação Americana de Psiquiatria, em 1980, propôs a substituição dos termos Disfunção Cerebral Mínima e Hiperatividade pela denominação Síndrome do Déficit de Atenção (SDA). A mesma Associação, em 1994, propôs nova mudança, desta vez para Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, termo este que só não é aceito pela medicina francesa, que prefere referir-se ao distúrbio como Síndrome Hipercinética. O autor descreve, ainda, alguns dos diversos nomes que a hiperatividade recebe nos muitos trabalhos científicos que a estudam: Disfunção Mínima Cerebral, Distúrbio do Déficit de Atenção; Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade; Síndrome Hipercinética ou Transtorno Hipercinético (CID-10); Síndrome da Criança Hiperativa, Instabilidade Psicomotora da Criança.

De forma geral, portanto, a hiperatividade ou **TDAH**, pode ser conceituada como uma atividade motora excessiva e incapacidade de atenção contínua.

Também pode estar presente a hiperatividade verbal e ideativa. Apresenta-se na prática como inquietação excessiva e desassossego. É melhor observada em situações que requeiram da criança um elevado grau de autocontrole de comportamento.

Um dos grandes problemas no estudo da hiperatividade infantil é, justamente, a dificuldade em definir a síndrome. Os estudiosos das áreas médica e pedagógica especulam, freqüentemente, sobre a existência de, pelo menos, três tipos de hiperatividade. Estes seriam: Hiperatividade **Verdadeira**; Hiperatividade **Situacional** e Hiperatividade **Reacional**.

A primeira seria de origem genética, podendo ser desencadeada por fatores como o sofrimento ou trauma perinatal. Assim, os sintomas apareceriam desde cedo, permitindo a um observador atento diagnosticar rapidamente a síndrome. A Hiperatividade **Verdadeira** seria o **Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade**.

O segundo tipo seria a **Situacional**, no qual o comportamento hiperativo poderia ser desencadeado por algum fator biológico estressante (agentes tóxico-alimentares ou doenças como o hipertiroidismo). Neste tipo de hiperatividade os sintomas surgem apenas em função do fator biológico desencadeador e, uma vez tratada a patologia (como o hipertiroidismo), ou diminuído ou eliminado a ingestão do agente tóxico-alimentar, ocorreria uma melhora significativa da sintomatologia da hiperatividade.

O terceiro tipo, a Hiperatividade **Reacional**, diz respeito aos problemas de adaptação da criança aos meios familiares e escolares. Problemas afetivos, emocionais e socioculturais seriam os principais fatores desencadeantes da

hiperatividade. A eliminação do quadro interacional problemático entre a criança e o meio seria, na maioria dos casos, suficiente para eliminar o comportamento hiperativo.

BRAGA (1998) divide, ainda, este último tipo de hiperatividade em duas espécies de manifestação sintomatológica, baseando-se nos fatores que desencadeiam a mesma. A primeira seria a Hiperatividade Reacional por Problemas Psico-afetivos, enquanto a segunda chamar-se-ia Hiperatividade por Problemas Psico-educacionais. "Para clarear a diferença entre a Hiperatividade 'verdadeira' e a Reação Comportamental Hiperativa, pode-se pressupor que: na primeira, a hiperatividade causa os distúrbios de aprendizagem e, na última, os distúrbios de aprendizagem podem ser um dos causadores da hiperatividade" (BRAGA, 1998, p. 28).

2.3 Como identificar uma criança hiperativa

Existe uma certa dificuldade na identificação de uma criança hiperativa. Perguntas como: onde começa a síndrome, e o comportamento considerado normal deixa de sê-lo? O que é um agir impulsivamente? Quando a falta de concentração ou o grau de energia extrapolam os limites do normal? Estas perguntas podem, em várias ocasiões, ser aplicadas a qualquer criança. No entanto, para diagnosticar uma criança como hiperativa, mais que a simples presença de alguns dos sintomas padrões, deve-se levar em consideração a gravidade e a duração dos mesmos, além da forma como interferem na vida diária da criança em questão. Então, e só então, será possível definir uma criança como hiperativa.

HALLOWELL e RATEY (1999) lembram que a linha entre uma criança *normal* e uma hiperativa é muito tênue.

Os sintomas mais marcantes do DDA — distração, impulsividade e alta atividade — são tão comumente associados às crianças em geral que muitas vezes nem se pensa em um diagnóstico. Uma criança com DDA não diagnosticado é vista como 'apenas uma criança', só que um pouco mais que as outras. Não ocorre às pessoas que esse 'um pouco mais' é uma deixa para a necessidade de um diagnóstico médico, a menos que já saibam antecipadamente algo a respeito deste problema (HALLOWELL e RATEY, 1999, p. 62).

Até onde vai esse *um pouco mais* e onde começa a síndrome do *TDAH*?

Como podemos diferenciar entre uma criança mimada e uma com *TDAH*? Como podemos distinguir uma criança com problemas emocionais de uma criança com hiperatividade? HALLOWELL e RATEY (1999) são de opinião que o histórico pessoal da criança é de suma importância, e que o diagnóstico da hiperatividade deve ser calcado em cima deste.

De acordo com ROHDE e BENCZIK (1999), pode-se definir o comportamento da criança hiperativa (o chamado comportamento hiperativo) dividindo-o em 4 características básicas: um excesso de atividade física, um certo grau de desatenção, um nível de impulsividade acima da média e certa dificuldade em lidar com as frustrações.

BRAGA lembra que, além da necessidade do histórico da criança:

Deve-se fazer uma avaliação longitudinal, isto é, um acompanhamento da criança por algum tempo para precisar melhor as características de suas manifestações. As características relativas ao comprometimento da atenção e a hiperatividade devem estar presentes em mais de uma situação (por exemplo: na escola, em casa, no clube, etc.) e ter iniciado antes dos 6 anos de idade (BRAGA, 1998, p. 51).

O autor adverte, ainda, que:

A hiperatividade Infantil exige uma abordagem **interdisciplinar** [grifos no original] para ser diagnosticada. Devemos desconfiar de diagnósticos feitos (sic) por psicólogos ou pelo pediatra da família em uma só sessão terapêutica. Os estudos [sic] demonstram que professores treinados e orientados sobre as características da Hiperatividade Infantil são muito mais precisos e eficientes, no reconhecimento de crianças que realmente apresentam o distúrbio, do que muitos pediatras ou psicólogos sem experiência no assunto (BRAGA, 1998, p. 52).

Um dos grandes impecilhos para uma identificação positiva de hiperatividade em uma criança é, justamente, o desconhecimento das verdadeiras causas dessa síndrome. Como não existe consenso acerca do que causa a hiperatividade, somente a somatória de diversos dados, como a anamnese completa, as avaliações clínicas, laboratoriais, psicológicas e psicoeducacionais, entre outros, pode fornecer dados suficientes para um diagnóstico bem fundamentado.

O Dr. Keith Conners, um pesquisador muito conhecido na área da hiperatividade infantil, afirma que o diagnóstico da hiperatividade é difícil e complexo. Não existe nenhum teste diagnóstico absoluto para a hiperatividade. É preciso uma cuidadosa coleção de informações das mais variadas fontes (por exemplo, pais e professores), através dos mais variados instrumentos (questionários, entrevistas e testes) e por vários meios. Além disso, não há sinais significativos na história do desenvolvimento da criança que com certeza absoluta possam contribuir para diagnosticar a hiperatividade. Embora certos fatores de desenvolvimento no início da infância (o bebê difícil de acalmar ou com dificuldade para dormir) possam colocar as crianças no grupo de risco, a hiperatividade é marcada por um grupo desses problemas, pela sua intensidade ou gravidade e pela sua persistência durante o processo de crescimento da criança (GOLDSTEIN e GOLDSTEIN, 1994, p. 21).

ROHDE e BENCZIK (1999) reforçam a teoria da necessidade de uma interação entre as diversas áreas médicas e educacionais para um diagnóstico fundamentado do **TDAH**.

O exame neurológico evolutivo, realizado por neurologistas de crianças, pode indicar dados que fortalecem o diagnóstico baseado na pesquisa de sintomas. Da mesma forma, alguns testes psicológicos, como a *Escala de Inteligência Wechsler para Crianças* [grifos no original], podem reforçar o diagnóstico clínico. Entretanto, os resultados dessas avaliações isoladamente ou em combinação não são suficientes para o diagnóstico ou a exclusão. Algumas crianças com sintomas importantes e incapacitantes de desatenção, hiperatividade ou impulsividade presentes em ambientes menos estruturados e individualizados, como a escola e a própria casa, podem apresentar resultados normais nesses exames e testes. Isso ocorre porque são realizados em ambientes altamente estruturados, com poucos estímulos externos e com cuidado individualizado à criança que, além do mais, está com frequência muito motivada a obter resultados satisfatórios. Outros testes neuropsicológicos mais complexos e exames mais modernos, como a tomografia por emissão única de fóton (SPECT), são bastante promissores para o futuro. Neste momento, fazem parte apenas de ambiente de pesquisa, não sendo ainda confiáveis para o diagnóstico (ROHDE e BENCZIK, 1999, p. 49-50).

Muitas vezes, devido à dificuldade de se associar **TDAH** com problemas ou sintomas físicos, o histórico do problema e a observação do comportamento da criança por outras pessoas do seu meio social, como professores e babás, são vitais para um bom diagnóstico, pois podem revelar problemas de atenção, dificuldades de aprendizado ou mesmo de apenas permanecer imóvel. Mesmo relatos de problemas na gravidez e/ou no parto da criança, podem também fornecer subsídios diagnósticos, pois segundo GOLDSTEIN e GOLDSTEIN (1994, p. 52), “a incidência destes problemas é maior entre pessoas com DAA do que na população normal.”

Dificuldades de coordenação motora: como abotoar a roupa, amarrar os sapatos, dificuldades em movimentos alternados rápidos, déficits de linguagem e problemas com a fala, costumam aparecer neste histórico, indicando a provável presença do transtorno.

Os relatos de professores, babás e pais, podem também conter casos de problemas psicológicos que costumam secundar a **TDAH**, como é o caso da depressão, da agressividade, da baixa auto-estima e do sentimento de rejeição.

Os problemas de conduta, são comportamentos que ocorrem em algumas crianças caracterizados por comportamento agressivo, dificuldade de convivência com regras e sociedade. Embora já haja evidências de uma genética deste problema, é importante lembrar que crianças com este problema normalmente apresentam uma história comum, procedendo de famílias com sérios problemas como pais ausentes, abusivos, uso de drogas, pobreza, falta de educação, comida, etc. estes comportamentos podem ser facilmente confundidos com a hiperatividade presente no ADD, e freqüentemente isto acaba acontecendo. É importante para os profissionais estarem atentos a pequenas diferenças existentes entre os dois problemas. Uma criança com ADD, quando tem um problema pode ficar frustrada, porém uma criança com problemas de conduta procura imediatamente alguém para culpar pelo seu problema. As explosões emocionais de crianças com ADD tendem a ser impulsivas e espontâneas, enquanto as de uma criança com problemas de conduta tendem a ser planejados, esperando por algum ataque ou insulto externo para acontecer. Além disso, crianças com distúrbio de conduta não apresentam os problemas de atenção e concentração das crianças com ADD (BASTOS & BUENO, 1999, p. 11).

Após a compilação de todos os dados da anamnese, e a confrontação com os resultados dos exames clínicos, neurológicos e psicopedagógicos, uma série de reuniões devem ser realizadas com todos os envolvidos na tentativa de um diagnóstico correto. Pais, professores, médicos e psicopedagogos devem, juntos, estabelecer um quadro, o mais fiel possível, do problema, visando encontrar a melhor estratégia para enfrentá-lo.

Uma das questões mais importantes a serem colocadas junto aos pais da criança hiperativa é: qual a verdadeira razão do diagnóstico? Os profissionais de saúde e de educação devem informar (e reforçar) aos pais que o intuito do diagnóstico não é simplesmente rotular sua criança, ou escolher algum tipo específico de tratamento medicamentoso. É preciso esclarecer que, apenas por ser diagnosticada, a hiperatividade não requer, necessariamente, algum tipo especial de tratamento. Além disso, deve-se ter em mente que nenhum tratamento, por melhor ou mais revolucionário que seja, poderá resolver todas as dificuldades que a criança hiperativa encontrará ao longo da infância, adolescência ou vida adulta. Não há tratamento milagroso (pelo menos até o momento atual). O diagnóstico correto e, é

sempre bom lembrar, realizado o mais cedo possível, poderá ajudar a criança a administrar eficientemente boa parte dos problemas que a síndrome poderá acarretar. Os pais, por seu lado, sabedores, desde cedo, das peculiaridades do distúrbio, poderão adequar de forma satisfatória suas próprias vidas, no intuito de fornecer condições de adaptação menos traumáticas da criança ao ambiente escolar e à sociedade em geral.

2.4 Procedimentos para tratamento da Hiperatividade Infantil

2.4.1 Procedimentos gerais

A consecução de um diagnóstico é apenas um primeiro passo para a criança com hiperatividade infantil e seus pais. Cientes do problema, resta o próximo (e espinhoso) passo: o tratamento do **TDAH**. É inegável o sofrimento das crianças acometidas pela hiperatividade, bem como de seus pais. São fartas as histórias de humilhações diversas, segregação, constrangimento, gastos com diversos especialistas, até chegar ao diagnóstico correto. Este chega como um raio de esperança, pois afinal o **mal** tem um nome, uma sintomatologia, o que promete a possibilidade de uma tão ansiada cura. Na verdade, o diagnóstico chega mesmo a fazer parte do tratamento, pois a criança descobre que não é **maluca**, **mau-caráter**, **esquisita**. Os pais descobrem que não existem **culpados** da condição de seu filho, os ressentimentos e sentimentos de autopunição começam a se desvanecer. Após o alívio vem a preocupação: o que fazer? Qual o próximo passo?

Tentar aprender o máximo possível acerca do **TDAH** é o passo a ser dado. Entender a fundo o transtorno ajuda a criar um histórico próprio. A criança passa a rememorar diversas passagens de sua curta vida, reconhecendo nelas, dentro de suas possibilidades, a ação da então desconhecida hiperatividade. Pais e filhos, juntos, passam a reconhecer como as peculiaridades da síndrome atuam sobre o comportamento da criança. Familiares, amigos e colegas de escola ou clube, passam a ser informados sobre a síndrome, e como podem auxiliar no tratamento da mesma. "O tratamento do **TDAH** não é passivo; não é algo que alguém se deite e receba. Trata-se, ao contrário, de um processo ativo, que envolve trabalho e estudo" (HALLOWELL e RATEY, 1999, p. 259).

Neste ponto, a atuação dos pais e educadores é fundamental, uma vez que é preciso decidir até onde a criança deve ser informada sobre o **TDAH**, se ela tem maturidade suficiente para entender o transtorno, se as demais crianças da escola devem saber que ela é hiperativa, entre outras questões. A maioria dos autores, entretanto, é de opinião que a verdade é o melhor remédio.

Dizer a verdade à criança e à escola ajuda a desfazer o estigma que paira sobre o DDA. Ajuda a normalizar a síndrome. Dizer a verdade desobriga a pessoa de pular certos pontos ou inventar eufemismos infantis, e assim permite que a informação seja transmitida de forma mais simples e clara. Em vez de recorrer a alguma versão disfarçada da verdade — através da qual a criança em geral consegue entrever, e que carrega uma mensagem de segredo e perigo —, dizer a verdade significa que não há o que esconder, nada a temer, nada de que se envergonhar (HALLOWELL e RATEY, 1999, p. 259).

Formulação de um diagnóstico, trabalho de compreensão profunda da síndrome da hiperatividade, e informação da criança acerca do problema que a aflige, são alguns dos passos a serem tomados pelos pais e professores. O quarto

passo constitui-se no emprego de estratégias cognitivo-comportamentais para lidar com o comportamento da criança hiperativa.

Para ROHDE e BENCZIK (1999), a primeira estratégia é compreender que a criança não se comporta desse ou daquele modo por desvio moral ou teimosia. É necessário conscientizar-se dos problemas sociais, escolares e familiares pelos quais a criança passa e dispor-se sempre a auxiliar. Os pais devem tentar enxergar a situação através dos olhos do filho, e não tentar exigir mais do que ele é capaz de fazer. Uma boa dica é escolher uma das dificuldades da criança; falta de atenção ou impulsividade, por exemplo, e tentar criar uma **rotina** de procedimento (podendo envolver toda a família) que resolva ou minimize a dificuldade. Tendo listado as dificuldades, passar para a segunda e tentar resolvê-la (na verdade equacioná-la). Só então passar para o próximo tópico da lista.

Os pais não devem, também, reagir impulsivamente ao comportamento hiperativo do filho. Como pedir ao filho que pense antes de agir se o comportamento dos pais é o oposto? Sempre que uma situação **hipertensiva** surgir, os pais devem pensar em qual a melhor alternativa para lidar com a mesma. Se o filho não pára quieto na cadeira, pode-se pensar em fornecer algo com que a criança possa distrair-se, ou oferecer-lhe uma recompensa se ela ficar quieta. O bom senso deve prevalecer.

É consenso, entre os profissionais que lidam com crianças com **TDAH**, que estas necessitam muito mais do que qualquer outra de reforços constantes para fixarem os comportamentos esperados. Além disso, as ações punitivas são muito menos eficazes com elas que o reforço positivo. Quando um comportamento indesejado surge, os pais devem refletir sobre ele e oferecer uma contrapartida, uma

recompensa à criança, sempre ressaltando para ela que isto é feito na relação direta do cumprimento dos deveres ou comportamentos que se espera dela. Não devem, também, esquecer de elogiá-la sempre que desempenhar corretamente o que lhe foi pedido. Não que não seja necessário criticar, às vezes, algum **deslize**, mas não se deve fazer disso um hábito. Os elogios devem sempre preponderar.

As crianças em geral, com **TDAH** ou não, precisam viver num ambiente previsível e constante. As estratégias adotadas (como a da recompensa) não devem ser abandonadas ou modificadas por não surtirem o efeito desejado imediatamente. Tendo, durante muito tempo, agido de certa forma, a criança hiperativa precisa readaptar-se à nova situação, e isso leva tempo. Estabelecer um prazo de um a dois meses antes de pensar em mudar de tática costuma ser proveitoso.

Não se esqueça que decidir por manter uma constância de estratégias significa, entre outras coisas: (a) não abandonar rapidamente a estratégia proposta; (b) mantê-la constante, independentemente do ambiente. Às vezes, os pais conseguem manejar bem a impulsividade da criança em casa, mas se atrapalham quando o sintoma aparece, por exemplo, no supermercado. Sentem-se constrangidos quando a criança tem um ataque de birra por não poder colocar todos os brinquedos da prateleira dentro do carrinho de supermercado; (c) certificar-se de que ambos os pais estão executando-a de forma similar. (Este é um problema crucial, especialmente em famílias em que a discórdia conjugal é intensa. Não adianta a estratégia ser executada por um dos pais e sabotada pelo outro. Tentem estabelecer um mínimo de prioridades e estratégias em que ambos estão de acordo. Façam isso de forma privada. Só tentem implementar qualquer estratégia quando houver consenso.) (ROHDE e BENCZIK, 1999, p. 77).

Outra boa estratégia a ser implementada é a organização de uma rotina no lar. Estabelecer um horário específico para as refeições, horário de estudo e tempo de lazer, cria um ambiente estruturado, constante, que auxiliará a criança hiperativa a fixar melhor em seu comportamento os próprios deveres e direitos, e os limites até onde estes chegam. A par deste procedimento, os pais devem sempre preparar a

criança para a quebra **momentânea** desta rotina, quando a criança vai a festas, quando a família muda de casa ou cidade, quando vão a supermercados ou restaurantes. Deve-se explicar à criança que aquilo é uma situação diferente, e que não há razão para abandonar o mesmo tipo de comportamento que ela vem tendo em casa, devido àquela mudança temporária. Cessado o efeito contrário, a rotina deve ser restabelecida no lar imediatamente.

Antecipar o comportamento hiperativo do(a) filho(a) em situações como as descritas no parágrafo acima é relativamente fácil para os pais. Assim, deve-se discutir com a criança o que ela acha que ocorrerá. Se a questão é a ida ao mercado, perguntar se ela tentará colocar todos os brinquedos no carrinho, explicar a razão por que ela não poderá fazê-lo, discutir o reforço positivo (recompensa) a ser empregado se ela **se comportar**. Discutir e decidir junto com a criança as estratégias a serem tomadas ajuda a criar um ambiente de cumplicidade, de parceria entre toda a família que, a partir de então, **joga** no mesmo time, antecipando e solucionando problemas.

A utilização de recursos audio-visuais pode produzir excelentes resultados. O emprego de um quadro negro, cartazes ou lembretes na parede do quarto, do banheiro, ou na porta da geladeira, onde estejam determinadas as regras de funcionamento da casa, costuma auxiliar a criança a reter na memória o que se espera dela, e o que acontecerá se ela cumprir o combinado. Evidentemente, o reforço diário e constante das regras só ajuda, mas não se deve cobrir a parede do quarto com recados. Apenas as instruções e regras mais básicas devem ser anotadas. Detalhes que surjam no decorrer do dia podem ser lembrados conversando com a criança no momento adequado.

[...] um clone de Tom Sawyer, Charlie, sem querer, estava levando a família à loucura devido a seus modos completamente desorganizados. Juntos, como uma família, procuramos resolver alguns aspectos principais do problema. Um ponto que deixava Molly, a irmã de quinze anos [Charlie tinha onze], particularmente furiosa: charlie deixava o banheiro totalmente desarrumado todo dia de manhã, exatamente quando Molly ia usá-lo. Deixava a cueca no chão, uma toalha suja na banheira, pedaços de pasta de dente grudados na pia, marcas de mãos sujas no espelho, o assento do vaso sanitário levantado (muitas vezes com as marcas da péssima mira de Charlie), o chuveiro gotejando e o exaustor desligado — o que fazia com que o vapor ainda enchesse o banheiro. Molly já havia reclamado uma centena de vezes com Charlie, que sempre prometia melhorar, mas nada mudava. Ela ameaçava matá-lo, ou ao menos feri-lo gravemente. Após algumas negociações, chegamos ao seguinte plano: **Charlie e a irmã** [sem grifos no original] escreveram uma lista de dez itens que Charlie precisava checar antes de sair do banheiro a cada manhã. Afixaram a lista no lado de dentro da porta do banheiro, onde Charlie não podia deixar de ler. Toda manhã Charlie conferia a lista antes de sair do banheiro. Ele também acrescentou um décimo primeiro item, que ele verificava com alegria por último. Nele se lia 'Estou aqui!!' Esse plano simples, esse pedacinho de estrutura, funciona muito bem. Charlie e Molly chegaram a um entendimento sem que Charlie ficasse oprimido (HALLOWELL e RATEY, 1999, p. 266-267).

Alguns aspectos interessantes destacam-se na citação acima. Primeiro: apenas uma das facetas do comportamento hiperativo de Charlie foi posto em discussão, ou seja, a bagunça no banheiro. Segundo: a família toda, junto com o autor, sentou-se para discutir uma estratégia. Terceiro: Molly e o irmão, as duas pessoas mais envolvidas com o problema em questão, elaboraram, **juntos**, a lista de tarefas para Charlie, o que deu a este um sentimento de participação, de cumplicidade e integração com a irmã e o resto da família. Quarto: o décimo-primeiro item, acrescentado por Charlie, 'Estou aqui!!!', mostra claramente que um dos grandes problemas enfrentados pelas crianças hiperativas é justamente o sentimento de solidão, de distanciamento, acarretados pelo comportamento que a síndrome lhes impõe (se este sentimento prevalece em relação à própria família, que dizer do ambiente escolar?).

É fato que uma atividade física regular é importante tanto para a criança hiperativa, como para qualquer outra. Os jogos ou outras atividades físicas deverão ter regras e limites bem definidos, o que os tornará uma continuação do que a

criança vivencia no lar. Muita energia será gasta de forma produtiva com tais atividades.

Crianças hiperativas não se sentem no controle de seus corpos, embora possam fazer grande quantidade de movimentos corporais casuais. Para elas, são essenciais os exercícios de controle corporal. Um grupo de crianças de 11 anos, inventou um jogo que queria sempre fazer. Ficávamos numa roda de oito crianças e dois adultos dentro do meu consultório, que não é grande. Criávamos assim um espaço minúsculo dentro de um círculo, onde púnhamos várias almofadas grandes. Cada criança tinha a sua vez de ir para o meio da roda e fazer alguma espécie de brincadeira. Geralmente esta consistia em cair de uma forma determinada sobre duas almofadas. Por causa do espaço limitado, a queda tinha que ser muito controlada. Alguns caíam para trás, outros para o lado, outros para frente, e assim por diante. Eles adoravam esta brincadeira, e ficavam nela por longo tempo, esperando pacientemente a sua vez, aplaudindo entusiasticamente cada membro quando inventava uma nova forma de cair. Pensei a respeito desta experiência e procurei descobrir porque as crianças gostavam tanto. (...) Finalmente compreendi que essas crianças, a maioria delas classificadas na escola como hiperativas, estavam gozando a sensação do controle corporal (OAKLANDER, 1980, p. 152).

É importante lembrar que, ao referir-se aos professores de Educação Infantil, devem ser incluídos aí os professores de Educação Física, Judô, Ballet, ou outras atividades que trabalhem o corpo e o movimento. A participação dos professores das diversas áreas deve ser incentivada para que as aulas sigam uma seqüência lógica, mantendo o interesse da criança, extravasando o excesso de energia, e da tensão acumulada pelas horas passadas em sala de aula.

Distintamente do professor de Matemática ou de Ciência, o professor de Educação Física está em posição de ajudar a criança a expressar alguns sentimentos que podem estar bloqueando a sua atenção às aulas do dia, sem ter que "roubar" tempo do currículo de aulas. [...] Todas as emoções possuem um correspondente físico. Quer estejamos com medo, com raiva ou alegres, os nossos músculos reagem de algum modo. Frequentemente reagimos de modo constringente, contendo a manifestação natural. Até mesmo nas situações de excitação e alegria tendemos a evitar uma resposta plena, que poderia ser dançar, correr ou berrar (OAKLANDER, 1980, p. 153-155).

Os pais podem, inclusive, aconselhar-se com os professores de Educação Física acerca das atividades físicas apropriadas aos seus filhos fora da escola.

Um dos fatores mais importantes a serem considerados, diz respeito à escola em que a criança estuda ou estudará. De nada adiantará o trabalho feito em casa se o ambiente escolar *minar* todo o esforço de integração feito pelos pais. É importantíssimo que os profissionais da escola tenham um bom conhecimento da síndrome, que estejam dispostos a trabalhar com um *aluno-problema*, que possam trabalhar em equipe com os pais, discutindo, avaliando e implementando os detalhes educacionais que forem considerados necessários. Caso contrário, a mudança para um estabelecimento de ensino que preencha estas especificações pode ser imprescindível para o desenvolvimento da criança hiperativa.

A escolha da escola para estas crianças é uma tarefa árdua e que deve ser muito bem pensada. É fundamental que a escola tenha uma equipe de professores e orientadores educacionais que estejam familiarizados com conceitos básicos sobre o *TDAH*, ou que, pelo menos, tenham interesse em discuti-los. Acima de tudo, é importante que a escola tenha disponibilidade para receber um aluno que poderá apresentar dificuldades de aprendizagem e/ou comportamento e para desenvolver um trabalho em equipe com os pais e com o profissional da área de saúde mental que irá trabalhar com a criança e sua família. Procure escolas que valorizem o desenvolvimento global da criança e que a avaliem individualmente, levando mais em conta seus progressos ao longo do tempo do que a comparação com a média dos colegas. Assim, escolas voltadas de modo exclusivo para o resultado em termos de conteúdo podem não ser um ambiente adequado para estas crianças e adolescentes (ROHDE e BENCZIK, 1999, p. 79-80).

Infelizmente, muitos pais responderão ser difícil encontrar, hoje em dia, escolas e educadores interessados em arcar com o ônus da educação de uma criança hiperativa. Afinal, um bom desempenho escolar tem se tornado, cada vez mais, dependente da capacidade de uma criança concentrar-se durante muito tempo, ficar sentada quietinha, fazendo intermináveis lições, esperando meses para receber um boletim sobre sua avaliação. As escolas exigem cada vez mais das crianças, a cada dia, em idades cada vez menores. Assim, se crianças sem *TDAH*

já sofrem para **dar conta** do currículo escolar, que dizer das acometidas pela síndrome?

[...] alguns pesquisadores acreditam que o fator preponderante na gênese da Hiperatividade é o atual grau de **inadequação** [grifo no original] do Sistema Educacional (Familiar e Escolar) em acompanhar a evolução das novas gerações de crianças. Segundo a pediatra e pesquisadora da USP, Dra. Ana Sucupira, não querendo admitir o seu fracasso, o Sistema necessitou medicalizar um problema social (psicopedagógico) que é o mau rendimento escolar. Virou modismo levar as dificuldades escolares para o consultório médico. A medicalização do fracasso escolar é uma ótima saída para isentar o sistema escolar e as condições familiares e sociais, transferindo para o nível individual e orgânico a responsabilidade pelo mau rendimento escolar. Em outras palavras, podemos entender que a medicalização da Hiperatividade Infantil é uma forma dissimulada de controle social (BRAGA, 1998, p. 86).

Apesar da dificuldade em estabelecer qual a melhor escola e os melhores educadores para trabalhar com seu filho, os pais de crianças hiperativas devem tentar uma conciliação junto à escola e professores no sentido de extrair um denominador comum, que forneça à criança com **TDAH** chances de desenvolver seus potenciais e corresponder às expectativas que o sistema educacional espera dela.

2.4.2 Tratamento da hiperatividade pela terapia medicamentosa e psicoterapia

Um dos aspectos mais **espinhosos** no tratamento do **TDAH**, enfrentado pelos pais e pela criança hiperativa, é a necessidade do uso de medicamentos. Nenhum pai gosta de ver seu filho **escravizado** a uma rotina de horários pré-estabelecidos para a ingestão de remédios. As crianças, em geral, detestam tomá-los, além do desconforto experimentado ao ter de explicar as razões desse procedimento a parentes, amigos ou estranhos. Infelizmente, em muitos casos a

terapia medicamentosa é imprescindível. Deve-se evitar, ao máximo possível, que o tratamento se restrinja aos remédios, devendo haver uma interação com outros tipos de tratamento.

BRAGA (1998, p. 67) é de opinião que "não se trata a Hiperatividade Infantil, mas sim a criança 'hiperativa', com uma abordagem contextualizada a sua problemática individual. Há quase que um consenso em se admitir que a melhor forma de tratar este (sic) síndrome, devido à heterogeneidade de suas manifestações, é utilizar diversos recursos combinados, envolvendo várias abordagens: medicamentos, psicoterápica, e pedagógica."

Após o surgimento do diagnóstico da hiperatividade, os pais devem esforçar-se ao máximo para conseguir que sua criança seja tratada por um médico com larga experiência em casos de hiperatividade. Inquiri-lo sobre os cursos, simpósios ou congressos médicos que abordam a hiperatividade, dos quais ele tenha participado, ou sobre quanto tempo faz que se dedica ao tratamento de crianças com **TDAH**, não deixa de ser um expediente correto, uma vez que ninguém deseja que seus filhos sirvam de cobaias para algum curioso ou algum profissional com pouca experiência. Não custa lembrar que a decisão acerca da necessidade do uso de medicação é de inteira responsabilidade do médico que atende a criança, mas que este profissional deve relatar aos pais todos os passos que serão dados e dirimir todas as dúvidas que possam surgir.

É inegável a eficácia do uso de medicamentos no tratamento da **TDAH**, seja em crianças, jovens ou adultos. Se usados corretamente, os remédios controlam satisfatoriamente os sintomas da síndrome, pois podem ajudar o indivíduo a concentrar-se melhor, reduzir a ansiedade e a frustração, amenizar a irritabilidade e

as oscilações de humor, aumentar a eficiência por meio do aumento da concentração, e o controle do indivíduo sobre seus impulsos.

Vários estudos cuidadosos demonstram claramente que mais de 70% das crianças e adolescentes com o Transtorno apresentam melhoras significativas dos sintomas de desatenção, de hiperatividade e/ou de impulsividade na escola e em casa com o uso correto de remédios. Infelizmente, não temos ainda como prever com certeza se a criança fará parte do grupo que irá responder à medicação. Portanto, teremos que lançar mão do que se chama teste terapêutico, ou seja, iniciar o uso do remédio e avaliar de modo cuidadoso a resposta da criança (ROHDE e BENCZIK, 1999, p. 66).

O uso de terapia medicamentosa em crianças é tão controversa, que a maioria dos especialistas em hiperatividade costuma advogar a sua utilização única e exclusivamente como coadjuvante (isto é, junto com outros tipos de terapia, como a psicoterapia) e por um período de tempo limitado. Ressalte-se que o emprego, em crianças, de medicamentos como a Ritalina®, é sempre uma incerteza, não se sabendo nunca qual o efeito que acabará produzindo. Vários são os efeitos colaterais passíveis de surgir após ministrar-se o medicamento: insônia, falta de apetite, dores de cabeça e irritabilidade, entre outros. Mesmo o atraso no crescimento pode ocorrer, a longo prazo.

Psicoestimulantes são drogas que estimulam o funcionamento do sistema nervoso central. As mais usadas mundialmente são o Metilfenidato, a Dextroanfetamina e o Pemoline. A mais utilizada no Brasil é o Metilfenidato, substância da família das Anfetaminas, que tem efeito no aumento do grau de atenção/concentração da criança e na diminuição da impulsividade. O metilfenidato, comercializado no Brasil com o nome de Ritalina®, é a droga mais utilizada nos EUA (8 em cada 10 crianças hiperativas usam esta medicação). A duração do efeito é de 4 a 6 horas. Pode acontecer a hiperatividade de rebote após o término do efeito. Deve-se interromper o uso nos fins de semana, férias e feriados. Não se aconselha administrar o metilfenidato em crianças com menos de 5 anos. Os efeitos colaterais são: insônia, anorexia, emagrecimento, irritabilidade, dores abdominais, cefaléia, obstipação e náuseas, palidez e onicofagia. Podem ocorrer também tiques (síndrome de Gilles de la Tourette), alucinações, delírios e reações fóbicas. Alguns efeitos de longo prazo são: aumento da frequência cardíaca e atraso no crescimento. (BRAGA, 1998, p.68).

ROHDE e BENCZIK (1999, p. 66) lembram que nem todas as crianças hiperativas precisam de medicação, pois "aquelas com sintomas leves e com boas capacidades cognitivas podem necessitar apenas de intervenções psicoterápicas e estratégias de manejo cognitivo-comportamentais em casa e na escola. Entretanto, a grande maioria apresenta prejuízos significativos na sua vida em função dos sintomas; são candidatas claras ao uso de remédios".

O Metilfenidato (Ritalina®) é um psicoestimulante da família das anfetaminas. Estas e outras da mesma espécie podem, devido ao uso prolongado, bloquear a captação da Dopamina, levando a uma psicose esquizofrênica em pessoas não-esquizofrênicas, ou mesmo agravar o quadro psicótico nas que sofrem desta moléstia. Levantou-se a hipótese de os psicoestimulantes conduzirem ou facilitarem, futuramente, a dependência da droga, fenômeno a que se dá o nome de droga habituação ou drogadição. A hipótese ainda não foi totalmente confirmada ou desmentida, embora a tendência geral entre os pesquisadores incline-se para o desmentido.

De qualquer maneira, o uso destes psicoestimulantes no tratamento da síndrome do **TDAH** vem sendo muito contestado. Braga (1998) apresenta os seguintes fatores como exemplo das dúvidas que cercam o uso destes remédios: ampla gama de efeitos colaterais indesejáveis; dúvidas sobre a real melhoria nos desempenhos cognitivos e acadêmicos; comprometimento das funções noradrenérgicas e dopaminérgicas, após a suspensão do uso do medicamento, e diminuição da auto-estima quando a criança tem que atribuir o controle do seu comportamento a um agente externo e não a si mesma.

ROHDE e BENCZIK (1999) esclarecem que os estimulantes estimulam a função das áreas cerebrais responsáveis pelo comportamento inibitório e por isso tendem a melhorar o *freio inibitório*, e que, assim como os antidepressivos cíclicos, os psicoestimulantes aumentam as disponibilidades dos neurotransmissores que parecem deficitários nessas áreas.

Os antidepressivos cíclicos, por sua vez, são empregados quando a criança com *TDAH* não apresenta uma resposta satisfatória ao tratamento com psicoestimulantes, ou apresenta tiques (cacoetes). No caso dos tiques, a medicação pode aumentar os já existentes, ou desencadeá-los em quem tem história familiar de cacoetes. Também são empregados antidepressivos se a criança sob tratamento exibir um alto grau de depressão ou ansiedade.

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* (Wellbutrin), ou *bupiriona* (Buspar), têm sua eficácia ainda muito pouco testada em estudos bem-conduzidos. Portanto, devem ser utilizadas em casos bastante selecionados e, em geral, quando o metilfenidato e/ou os antidepressivos tricíclicos não funcionaram (ROHDE e BENCZIK, 1999, p. 67).

Naturalmente, os antidepressivos também apresentam efeitos colaterais, como boca seca, constipação intestinal, sonolência, dor de cabeça, mal-estar, náuseas, vômitos e tontura. Algumas crianças podem, às vezes, apresentar um aumento significativo da frequência cardíaca (aumento do número de batimentos do coração).

BRAGA (1998) cita outros medicamentos utilizados no tratamento do *TDAH*, como os ansiolíticos; neurolépticos, anticonvulsivantes e antihipertensivos centrais.

Os ansiolíticos foram muito apreciados por pais e professores, devido ao grau de sedação que proporcionava, reduzindo o nível e a intensidade das atividades da criança. O problema é que seu efeito terapêutico no tratamento da hiperatividade é quase nulo. Em vista disso, hoje são contra-indicados, a menos que a criança apresente um nível muito exagerado de agressividade.

Os neurolépticos, ou antipsicóticos, não devem ser usados, pois os benefícios são muito menores que os prejuízos. BRAGA (1998, p. 70) é de opinião que “administrar um neuroléptico (ansiolítico) em uma criança hiperativa sem que haja algum transtorno psicótico associado, é uma atitude, no mínimo, irresponsável, para não dizer criminosa, uma vez que a relação risco/benefício inclina-se significativamente para o lado dos riscos e efeitos secundários desta medicação [...]”.

Os anticonvulsivantes, como a carbamazepina ou a hidantoína, só são usados se houver um quadro de crises convulsivas. O fenobarbital nunca é usado, pois pode agravar o quadro da **TDAH**.

Os antihipertensivos centrais, ou agonistas alfa-adrenérgicos (clonidina), foram utilizados recentemente em crianças hiperativas que apresentavam ou tiques crônicos, ou a síndrome de Gilles de la Tourette, com resultados satisfatórios, embora sejam necessários mais testes.

Retomando a questão da validade de utilizar-se medicamentos no tratamento da **TDAH**, um aspecto deve ser destacado: não há um prazo definido para a duração do emprego das drogas. Certos pacientes apresentam melhora significativa com o uso destas substâncias, enquanto outros não apresentam melhora alguma.

Além disso, certas crianças podem continuar apresentando a diminuição dos sintomas alcançada com os fármacos, mesmo com a retirada destes.

Não temos ainda uma resposta única e definitiva para esta questão. Algumas crianças que apresentam uma boa resposta a medicação (redução de pelo menos 50% dos sintomas) podem manter os benefícios mesmo após parar de tomar o remédio. Para explicar isso, tem sido sugerido que o fármaco pode, em alguns casos, promover um rearranjo das funções das áreas cerebrais envolvidas no transtorno por meio de modificações permanentes nos sistemas de neurotransmissores. Uma outra explicação seria a de que o próprio processo de amadurecimento do cérebro poderia ser responsável por este rearranjo. [...] nos casos em que o uso da medicação não determina melhoras significativas, ela deve ser descontinuada e outra pode ser tentada. Quando não se constata (sic) melhora importante com nenhuma das medicações, elas devem ser suspensas. Lembre-se que existem algumas crianças que não apresentam melhoras com a medicação (ROHDE e BENCZIK, 1999, p. 68).

Os autores acima citados, acrescentam, ainda, que alguns médicos recomendam a utilização dos remédios somente de segunda a sexta-feira, período em que as crianças freqüentam a escola. Isto deve ser feito com as crianças que apresentem prejuízos significativos dos sintomas na escola e mínima interferência em casa.

Para auxiliar os pais a compreenderem melhor os diversos mecanismos de ação dos remédios usados no tratamento do **TDAH**, em relação aos sintomas primários da síndrome, bem como os nomes comerciais dos medicamentos utilizados, é oportuna a inclusão de um quadro, apresentado por HALLOWELL e RATEY (1999, p. 291), que detalha os aspectos acima citados:

QUADRO I: Medicamentos Usados no Tratamento da Hiperatividade

SINTOMAS PRIMÁRIOS	MEDICAMENTOS (Nome comercial)	MECANISMO DE AÇÃO
Desatenção Distratibilidade Impulsividade Minipânico Impulsividade	Estimulantes, incluindo Ritalina, Dexedrina e Cylert. Antidepressivos, particularmente Norpramina, e também Wellbutrin, Ludiomil e Prozac, e também o alfa-agonista Atensina	Melhora o funcionamento de certos sintomas neurotransmissores
SINTOMAS SECUNDÁRIOS	MEDICAMENTOS	MECANISMO DE AÇÃO
Explosões de fúria Acessos de raiva Comportamento violento	Lítio Tegretol Depakene Corgard Inderal	Estabiliza o humor Betabloqueadores
TPM/Irritabilidade	Buspar Prozac Zoloft	Aumentam a ação da serotonina
Tensão somática Impulsividade	Corgard Inderal Atensina	Betabloqueadores Alfa-agonista
Sintomas Obsessivo-Compulsivos	Anafril Prozac Zoloft	Aumentam a ação da serotonina
Efeitos colaterais de inquietação devidos ao uso da Ritalina e de outros estimulantes	Corgard Inderal	betabloqueador

Fonte: HALLOWELL, Edward M; RATEY, John J. **Tendência à distração: identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção (DDA) da infância à vida adulta.** Rio de Janeiro : Rocco, 1999, p. 291.

Os diversos medicamentos expostos no quadro acima, bem como quaisquer outros utilizados no tratamento da **TDAAH**, quando ministrados adequadamente, podem apresentar resultados realmente surpreendentes. Entretanto, não são panacéias miraculosas, pois melhoram a vida dos pacientes, mas não proporcionam a cura da síndrome. Os pais e professores devem ter sempre em mente que a medicação deve servir como uma ferramenta poderosa de auxílio a um programa de tratamento abrangente, que principia com o estabelecimento de um diagnóstico cuidadosamente avaliado, continua com uma interação o mais completa possível

dos aspectos da *TDAH*, associa-se a sugestões práticas de como a pessoa pode reestruturar sua vida, controlar seu humor, e completa-se com aconselhamento técnico, psicoterapia pessoal e familiar.

A nossa opinião é de que a psicoterapia comportamental não seja a mais adequada para tratar a criança hiperativa por motivos já mencionados. Uma psicoterapia cognitiva aliada a uma psicoterapia de família parecem ser, até o presente momento, a melhor abordagem em termos psicoterápicos. É importante lembrar que, com a criança hiperativa, deve-se evitar comparações, castigos, recompensas, rejeições, competições e rotulações. Todas as abordagens terapêuticas, principalmente as de ordem psico-afetiva devem ser consideradas pelo referencial da criança e não da patologia. Desta forma, é válido considerar as peculiaridades de cada paciente, principalmente no que diz respeito a sua estrutura de personalidade (BRAGA, 1998, p. 71).

Para que a terapia possa ser conduzida de forma correta, o terapeuta deverá traçar um perfil comportamental da criança sob seus cuidados. Para BRAGA (1998), os seguintes componentes comportamentais servem como parâmetro para a construção de tal perfil: nível de atividade (carga de energia), nível de atenção/concentração; nível de persistência; adaptabilidade (como reage a mudanças); aproximação/retraimento (resposta inicial às coisas novas); intensidade (grau de profundidade da atividade); regularidade (nos hábitos e ritmos circadianos); limiar sensorial (reações aos estímulos), humor.

Além da psicoterapia, também uma intervenção psicopedagógica deve ser empregada, pois, "cerca de 25 a 30% das crianças e adolescentes com *TDAH* apresentam problemas de aprendizagem secundários ou associados ao transtorno." (BRAGA, 1998, p. 65).

Um das principais metas da intervenção é reconstruir o hiato educacional surgido em consequência da lacuna de tempo entre o surgimento dos sintomas de *TDAH* e o seu correto diagnóstico (este, não raras vezes, só é concretizado já na

adolescência). É lógico que o simples tratamento da sintomatologia da síndrome não resolve seqüelas de aprendizagem, sendo indispensável a ação de um profissional qualificado, seja ele um psicopedagogo ou um fonoaudiólogo. A par deste tratamento, um acompanhamento do professor de Educação Infantil da criança pode ajudar a prevenir novas lacunas de aprendizagem.

Quanto mais tempo o ADD permanecer sem diagnóstico, maior será o sofrimento do paciente e maior será a necessidade de tratamento psicoterápico. Enquanto uma criança diagnosticada ainda na idade pré-escolar pode nem sentir os efeitos psicológicos negativos da ADD, um adulto já nos seus 30 ou 40 anos pode já ter sofrido tanto com os problemas sociais da ADD que sua recuperação pode ser muito difícil, especialmente se este já chegou a apresentar outros problemas como o uso de drogas ou comportamentos anti-sociais (BASTOS e BUENO, 1999, p. 14).

Para evitar que a demora no diagnóstico do **TDAH** prejudique a criança hiperativa de um modo irreversível, pais e professores devem organizar o mais rapidamente possível as estratégias de combate aos sintomas da síndrome. Isto facilitará sobremaneira a integração da criança aos meios social, familiar e escolar.

2.4.3 Procedimentos pedagógicos no ambiente da Educação Infantil

O papel do professor de Educação Infantil vai muito além do simples repasse, para a criança, de meros conteúdos programáticos. O professor é, antes de tudo, uma **ponte**, um orientador, que mediará o contato da criança com um mundo novo, fora do ambiente familiar, onde regras diferentes das empregadas no lar devem ser respeitadas e assimiladas e onde a interação com outras crianças levará a criança a travar o primeiro contato com os limites dos direitos e deveres que a sociedade

exige. Para poder gerenciar melhor os conflitos e problemas que surgirão da convivência diária entre crianças portadoras de históricos familiares e sociais bem diferentes, o professor precisará de muito tato, dedicação e paciência.

Uma boa regra a ser seguida pelos professores, mormente os de Educação Infantil, é a do diálogo franco e continuado com os pais e crianças. A conversa freqüente acaba por revelar históricos de problemas familiares, que podem estar sendo revelados em sala de aula através de comportamentos fora do normal. No caso específico de alunos portadores de **TDAH**, é desejável que o professor se interesse em pesquisar sobre o assunto, pois os muitos livros sobre a matéria costumam apresentar dicas muito úteis para a solução de conflitos.

Transformar os pais, e as próprias crianças, em aliados dispostos a lutarem juntos contra um mal comum, ou seja, a síndrome, geralmente resulta em bons frutos, pois as pessoas, normalmente, costumam sentir-se gratas por alguém confiar nelas. Frases e sugestões começando por: que podemos fazer? E se fizermos assim? Ou ainda, resolveremos juntos esta situação! Demonstram um interesse genuíno em encontrar uma solução que equacione os problemas e agrade a todos. Relatórios mensais sobre os progressos e falhas da criança ajudam os pais a terem uma visão global do rendimento escolar do filho, e permite a estes direcionar melhor seus esforços no lar para remediar certos aspectos do problema.

Outro ponto importante diz respeito à participação das demais crianças no relacionamento com a criança hiperativa. Como elas logo percebem que há **algo errado** com o novo colega, dizer a verdade sobre a síndrome e pedir auxílio de todos para a criança hiperativa, pode render bons frutos, evitando inclusive a segregação e os rótulos depreciativos que costumam ser empregados pelos colegas

na maioria dos casos. Afinal, muitas crianças não conseguem entender porque a outra pode receber atenção e privilégios que não lhes são estendidos.

Dou o mesmo conselho aos professores de escolas: contem a verdade. Se uma criança está recebendo um tratamento especial em razão de DDA, as outras crianças devem saber disso e devem saber a razão. Elas notarão que algo está acontecendo, de qualquer forma; podem até mesmo saber do que se trata. Caso contrário, o tratamento acabará ficando envolto em mistério, em segredos, e o segredo sempre significa que há algo a esconder. Sugiro ao professor que, em primeiro lugar, peça permissão aos pais e à criança e então explique o que é o DDA e qual o tratamento especial que a criança receberá — como sentar próximo ao professor, fazer provas sem controle de tempo, ter permissão para sair da sala quando se sentir excessivamente agitada ou para tomar a medicação, caso faça parte da prescrição, ter deveres de casa individualizados, e assim por diante. Desde que seja preciso estabelecer um plano de tratamento individualizado em sala de aula para a criança com DDA, e uma vez que as outras crianças notarão, o melhor é dar às crianças uma explicação clara e não permitir que os boatos se espalhem lentamente, gerando explicações inadequadas. Além do mais, é quase certo que haja outras crianças na classe com DDA ou alguma outra forma de distúrbio de aprendizagem, e o quanto antes estas condições puderem ser normalizadas e compreendidas, melhor será para todos (HALLOWELL e RATEY, 1999, p. 261).

Embora os professores de Educação Infantil sejam treinados para conhecer as necessidades e características de cada faixa etária sob sua responsabilidade, não custa relembrar as diversas etapas do desenvolvimento de cada faixa de idade, e os cuidados que cada uma necessita.

BORGES (1998) elaborou quadros demonstrando as características das faixas etárias, e as necessidades das mesmas, como auxílio para pais e professores lidarem melhor com as crianças sob sua responsabilidade, os quais seguem no texto.

Criança de 3 a 4 anos

Características	Necessidades
é desajeitada, mostra movimentos ineficientes	manter atividades dentro do nível maturacional
visão biocular é desenvolvida vagarosamente	Proporcionar experiências de manejo de objetos que enfatizam a coordenação olho-mão
caminha bem, mas tem dificuldade com outras habilidades locomotoras	Proporcionar combinações de movimentos com desafios (galopar, saltitar, saltar)
a habilidade de trepar precisa ser desenvolvida	Oferecer experiências de trepar sobre pranchas inclinadas, escadas, plintos
habilidades de equilíbrio estão se desenvolvendo	Oferecer atividades com equilíbrios simples
começa a desenvolver padrões de arremesso	Realizar tarefas motoras para a coordenação olho-mão
pode apresentar dificuldades com o controle visual	Promover experiências que solicitam a coordenação olho-mão, no nível alto e baixo
crescimento físico diminui vagarosamente	a prontidão para aprender habilidades motoras grossas e finas
começa a desenvolver agilidades no movimento	Oferecer barreiras para saltar e percursos de mini-obstáculos como desafios. Oferecer prática em sair, parar, esquivar e mudar de direção
começa a gostar de jogos de pequena organização	Oferecer atividades em forma de jogos com poucas regras e participação de todos
a habilidade de agarrar (segurar) começa a amadurecer	praticar habilidades de segurar com objetos que se movem lentamente e que não vão causar medo (balões, balas)

Fonte: BORGES, Célio José. **Educação Física Para o Pré-Escolar**. 4ª ed. Rio de Janeiro : Sprint, 1998. P. 33-34.

Criança de 05 a 06 anos

Características	Necessidades
é barulhenta, constantemente ativa, egocêntrica, exibicionista; é imitativa e imaginativa; gosta de atenção	Oferecer jogos e atividades vigorosos, jogos com desempenhos individuais, caça, atividades dramáticas, jogos estoriados, poucos jogos em equipe
Grandes músculos são mais desenvolvidos; habilidades utilizadas nos jogos não são desenvolvidas	Enfatizar os movimentos básicos e habilidades básicas de lançar, pegar e bater bem
é naturalmente rítmica	Utilizar música e ritmos com habilidades, ritmos criativos, danças folclóricas, etc.
pode cansar-se, mas logo se recupera	Usar atividades de duração breve, utilizar períodos de repouso ou atividades moderadas
Coordenação olho-mão está em desenvolvimento	Manusear objetos como bolas, aros, saquinhos de areia
áreas perceptivo-motoras são importantes	Oferecer prática em equilíbrio nos movimentos unilaterais, bilaterais e cruzados
a inclinação pélvica pode ser pronunciada	Dar atenção aos problemas posturais; propiciar atividades de fortalecimento abdominal

Fonte: BORGES, Célio José. **Educação Física Para o Pré-Escolar**. 4ª ed. Rio de Janeiro : Sprint, 1998. P. 33-34.

Um dos pontos mais importantes a serem observados pelos professores de Educação Infantil diz respeito às condições dadas à criança hiperativa no sentido de conhecer a si mesma e as suas capacidades. Certas práticas simples, passíveis de serem adotadas em ambiente escolar, podem ser de grande auxílio para que a criança hiperativa alcance um bom controle de suas emoções e impulsos.

Há professores que valorizam os métodos que proporcionam à criança meios de se fixar em si mesma. À medida que seu senso de eu se torna mais aguçado, ela pode começar a controlar-se internamente, o que falta muitas vezes. Pode-se iniciar um trabalho com as atividades táteis e sensoriais simples e partindo, progressivamente, para atividades que envolvam movimento. Exercícios de respiração e relaxamento podem ser realizados antes de grandes movimentos corporais (OAKLANDER, 1980, p. 254).

As condições do mundo atual levam a uma ansiedade pela alfabetização, a qual, em alguns casos, tem se realizado a partir dos 3 anos de idade. Isso faz com que as crianças deixem de desenvolver algumas outras atividades fundamentais que serviriam como suporte para uma alfabetização futura, ampliando a base para a aquisição de conhecimento. Entre estas características está o esquema corporal, pois sabemos que o corpo da criança pode lhe proporcionar prazer e é uma fonte receptiva e transmissora de informações externas e internas. A criança desenvolve seu esquema corporal através da superação de obstáculos e treinamento dos movimentos, indo de movimentos grosseiros até a coordenação motora fina.

O corpo sensivelmente capta e percebe sensorialmente o mundo. Essa porta de entrada possibilitará para a criança criar critérios qualitativos e discriminativos que serão fundamentais para a sua percepção espacial, social, e corporal. Nas escolas de hoje, o trabalho corporal resume-se às aulas de educação física. [...] o trabalho corporal não deve ser limitado apenas à atividade esportiva, trabalhos em grupo, introdução de regras, etc. ele é sensível, é dramático, é o processo criativo, que se apresenta como um facilitador para obter a atenção da criança com ADD. Através do corpo sensibilizamos outras áreas. O esquema corporal de uma criança com ADD se vê comprometido por disfunções de inibição e controle (BASTOS & BUENO, 1999, p. 16).

BASTOS & BUENO (1999) enfatizam a importância de trabalhar o corpo da criança, uma vez que é através do extravasamento do excesso de energia e do conhecimento das potencialidades e peculiaridades do próprio corpo, que a criança poderá alcançar um maior domínio sobre o mesmo e sobre os sintomas advindos do **TDAH**. Não é nada incomum crianças com **Hiperatividade** apresentarem problemas de coordenação motora, ou demora na aprendizagem de certas tarefas simples, como alimentar-se sozinha ou ir ao banheiro sem ajuda. Este fato agrava o quadro de baixa auto-estima que a criança apresenta, aumentando ainda mais a frustração e sentimento de impotência da mesma, atrasando o desenvolvimento da criança, tanto no lar como na escola.

Atualmente é fato aceito que o movimento corporal e a aprendizagem estão interrelacionados. Crianças com dificuldades de aprendizagem caracteristicamente também apresentam um lapso no desenvolvimento de suas habilidades motoras. Parecem ineptas e desajeitadas, e às vezes lhes é difícil aprender a amarrar os sapatos, pular, andar de bicicleta, e assim por diante. A frustração e infelicidade resultantes agravam o problema, e levam a criança a evitar as próprias atividades nas quais necessita se envolver, alienando dessa forma ainda mais o seu senso de si mesma. [...] Falei particularmente a respeito da educação física nas escolas. A maioria dos alunos do segundo grau e do colegial com quem tenho trabalhado *detestam* [grifos no original] educação física. Podem gostar de esportes específicos, mas, a menos que o jovem seja um ótimo atleta, ele perde o interesse também por estes esportes. Comentei a tristeza deste fato, uma vez que o professor de educação física tem a seu dispor todo um período para trabalhar com movimento corporal e consciência corporal — ambos aspectos importantes da consciência do sentimento (OAKLANDER, 1980, p. 153).

A forma como a criança se move, permanece estática, a maneira como utiliza o corpo, as sensações que este lhe fornece, são importantíssimos para seu desenvolvimento pessoal. Quando a criança perde a noção do corpo, o senso de si própria, junto vai grande dose de força física. Torna-se necessário fornecer-lhe métodos que a ajudem a readquirir o próprio corpo, conhecê-lo, aprender a usá-lo novamente, enfim, sentir-se à vontade dentro dele. Para OAKLANDER (1980), as

crianças que sofrem do transtorno não se sentem no controle de seus corpos, embora pratiquem grande quantidade de movimentos corporais casuais. Portanto, deve-se criar uma grande variedade de atividades que as ajudem a experienciar o movimento e controle muscular.

Movimentos são de grande importância biológica, social, cultural e evolutiva, desde que é através de movimentos que o ser humano interage com o meio ambiente. A interação com o meio ambiente através da constante troca de matéria/energia e informação é um aspecto fundamental para a sobrevivência e desenvolvimento de todo e qualquer sistema vivo. Movimentos são verdadeiramente um aspecto crítico da vida. É através deles que o ser humano age sobre o meio ambiente para alcançar objetivos desejados ou satisfazer suas necessidades. São, também, de grande importância biológica para o organismo, no sentido de que constituem os atos que solucionam problemas motores (CONNOLLY apud PROENÇA, 1988, p. 11).

Como foi dito no início deste texto, o papel do professor, mais do que repassar conteúdos programáticos, consiste em mediar o contato infantil com o mundo fora do ambiente familiar, auxiliando a criança a interagir com os colegas, utilizando para isso uma metodologia onde o tato, a dedicação e muita paciência destacam-se grandemente. Para realizar tal tarefa, o interesse e o apoio incondicional por parte dos pais, bem como dos outros profissionais que lidam com a criança hiperativa (médicos, psicopedagogos, fonoaudiólogos), são fundamentais.

Todo o esforço deve ser envidado no sentido de evitar a rotulação depreciativa da criança, para que o aluno hiperativo não venha a ser segregado pelos colegas e pela sociedade em geral.

Para alcançar os resultados almejados, os professores de Educação Infantil devem estar sempre dispostos a aprender cada vez mais sobre a síndrome do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. Só assim, poderão fazer frente aos

problemas de relacionamento passíveis de surgirem no ambiente escolar, cumprindo, desta maneira, com sua verdadeira função social.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para realizar a investigação sobre a Hiperatividade Infantil e seus efeitos na vida social, familiar e escolar da criança hiperativa, foi utilizada a pesquisa bibliográfica em livros, revistas, jornais e outras publicações do gênero que abordam a temática eleita, sendo esta realizada na Biblioteca da Universidade Federal do Paraná, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Biblioteca Pública do Paraná, como também na Internet.

O objetivo da pesquisa bibliográfica é conseguir o máximo possível de informações sobre o tema pesquisado, para fundamentar melhor a análise de certos aspectos da temática que ainda não tenham sido explorados pelos pesquisadores anteriores, o que poderá fomentar o surgimento de novas soluções para velhos (ou não tão velhos) problemas.

A pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, etc., até meios de comunicação orais: rádio, gravações em fita magnética e audiovisuais: filmes e televisão. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos sob alguma forma, quer publicadas, quer gravadas (LAKATOS e MARCONI, 1991, p. 183).

Portanto, foram utilizados estudos que abordam as seguintes temáticas: O histórico da Hiperatividade Infantil, conceitos de Hiperatividade Infantil e possíveis causas; métodos para identificação de uma criança hiperativa e procedimentos para tratamento da Hiperatividade Infantil. Esta última temática foi analisada com ênfase em aspectos como: procedimentos gerais para tratamento de crianças hiperativas, tratamento através da terapia medicamentosa e pelo emprego da psicoterapia, além

de procedimentos específicos a serem adotados no ambiente da Escola de Educação Infantil.

Por último, foi elaborado um folheto elucidativo que objetiva servir como instrumento no auxílio a professores de Educação Infantil que necessitem aprender a lidar adequadamente com crianças hiperativas. Com isso, os professores poderão ajudar na integração harmoniosa destas crianças ao ambiente escolar.

Escolheu-se elaborar um folheto sobre o assunto em questão por este instrumento de divulgação ser de fácil manuseio, atingir um grande número de pessoas, ser fácil de distribuir, além de ser conciso e passível de ser reproduzido em larga escala.

RABACA e BARBOSA (1978, p. 210) descrevem o folheto ou folder como: “**FOLDER** — Folheto publicitário, constituído de uma só folha impressa, com duas ou mais dobras. Em inglês, **fold** = dobrar.”

4 ANÁLISE DOS CONTEÚDOS INVESTIGADOS E APRESENTAÇÃO DO FOLHETO

A análise dos conteúdos resultantes desta investigação bibliográfica mostra que o conceito de Hiperatividade sofreu alterações significativas, à medida em que as pesquisas médico-fisiológicas evoluíam em seu aspecto tecnológico. Enquanto nos períodos anteriores ao século XX, a criança hiperativa era caracterizada como *mau-caráter*, *criança-problema*, ou *endiabrada*, sendo recomendado tratamento baseado em severos castigos físicos, ou até mesmo práticas de *exorcismo*, desde o início deste século, o diagnóstico passou a ser focado sobre o cérebro e seu pouco conhecido funcionamento. O diagnóstico passou a basear-se em teorias que defendiam ser a síndrome de origem hereditária ou patológica, sendo que a patologia adviria, geralmente, de lesões cerebrais causadas durante o parto.

As crianças que apresentavam quadros de comportamento hiperativo eram, até o final dos anos 40, consideradas portadoras de lesões cerebrais, mesmo se os exames não apontassem quaisquer indícios de danos neurológicos. Nos anos 60, a ênfase derivou para um enfoque biológico do problema, surgindo o conceito de *hiperatividade fisiológica*. Entretanto, não havia ocorrido uma evolução significativa das técnicas de diagnóstico clínico que permitissem comprovar que a hiperatividade fosse devida a problemas na química cerebral. Na década de 90, porém, surgiria a comprovação do envolvimento de distúrbios na química cerebral na origem dos sintomas de hiperatividade. O trabalho de Zametkin, descrito por HALLOWELL e RATEY (1999), demonstrou que o cérebro de pessoas hiperativas apresenta redução na atividade metabólica, particularmente, nas regiões pré-frontal e pré-motora.

O conceito atual acerca da origem e/ou causas da hiperatividade engloba tanto as teorias fundamentadas no desequilíbrio químico cerebral, como a transmissão genética da propensão ao distúrbio. A influência do meio ambiente, principalmente como agente desencadeador da síndrome, também é aceita por grande parte dos pesquisadores. Entretanto, não existe ainda, com segurança, nenhuma conclusão definitiva sobre o que causa a hiperatividade, e como a mesma surge no ser humano.

Concomitantemente à evolução das investigações sobre as causas e características da hiperatividade, evoluíram, também, as formas de diagnosticar a presença do distúrbio. Devido à dificuldade em separar o comportamento hiperativo daquele considerado como padrão, ROHDE e BENCZIK (1999) definem o comportamento da criança hiperativa como sendo composto de 4 características primárias: excesso de atividade física, certo grau de desatenção, nível de impulsividade acima da média e dificuldade em lidar com frustrações.

BRAGA (1998) ressalta que a hiperatividade deve manifestar-se em dois ambientes distintos, no mínimo, e surgir antes dos 6 anos de idade, devendo ser feito um acompanhamento detalhado do comportamento geral da criança, no sentido de diagnosticar corretamente a presença da síndrome.

Para que o diagnóstico de hiperatividade seja realmente confiável, é necessária a integração de diversas áreas médico-educacionais, como a psicopedagogia e a investigação clínica e neurológica, bem como a elaboração de um histórico detalhado da vida familiar e social da criança.

Deve-se ressaltar, contudo, que não há forma de tratamento universal e absoluto da síndrome, mas que a precocidade do diagnóstico, e subsequente

tratamento, podem contribuir, significativamente, para a minoração dos efeitos negativos do distúrbio sobre o desenvolvimento social e afetivo da criança.

No tocante aos procedimentos gerais a serem adotados no tratamento da hiperatividade infantil um dos mais importantes diz respeito ao esforço que deve ser despendido por pais e educadores no sentido de aprender o máximo possível sobre o distúrbio. Isto feito, deve-se esclarecer a criança sobre o transtorno e suas características, conversando com ela a melhor forma de atacar o problema, o que ajudará a engajá-la, de forma ativa, na busca de alternativas para o combate às conseqüências da síndrome.

Outro procedimento válido no tratamento de crianças hiperativas enfatiza a necessidade da formação de um ambiente familiar (e se possível escolar) previsível e estável, devendo todas as rupturas momentâneas deste ambiente serem explicadas à criança, bem como o comportamento esperado dela durante este lapso (como a ida a um supermercado ou passeio escolar ao zoológico).

A programação de atividades físicas, como exercícios de controle corporal, aulas de Educação Física, Judô, Ballet ou outras quaisquer que trabalhem o corpo e o movimento, podem ajudar a criança a adquirir um maior conhecimento do próprio corpo e controle das emoções. A atividade física também auxilia a criança hiperativa, especialmente durante a participação em jogos coletivos, a estabelecer os primeiros contatos com limites e regras, ajudando no processo de integração social.

ROHDE e BENCZIK (1999) aconselham que os pais procurem matricular seus filhos hiperativos em escolas que, além de valorizar um desenvolvimento global de seus alunos, os avaliem individualmente. As escolas devem contar com

educadores conhecedores do distúrbio e que estejam dispostos a ajudar na integração da criança portadora da síndrome ao ambiente escolar.

O tratamento medicamentoso da hiperatividade infantil pode, em muitos casos, ser indispensável. Assim sendo, os pais devem escolher um médico com larga margem de experiência no tratamento do transtorno. A aplicação correta da medicação auxilia o hiperativo a aprimorar a concentração, reduzir a ansiedade e a frustração, além de diminuir as oscilações de humor e o grau de irritabilidade.

ROHDE e BENCZIK (1999) advertem que crianças hiperativas que não apresentarem sintomatologia aguda, e com razoável capacidade cognitiva, podem prescindir do uso de remédios em favor de estratégias de manejo cognitivo-comportamentais e tratamento psicoterápico. Somente as que sofrerem demais com os sintomas da hiperatividade deverão submeter-se às terapias com medicamentos.

Deve-se ressaltar que o uso de medicamentos — como por exemplo, psicoestimulantes — em crianças hiperativas tem sido muito contestado, devido aos problemas que podem advir do seu emprego. Efeitos colaterais indesejados, dúvidas sobre a capacidade dos mesmos em fornecer melhorias dos quadros clínicos dos hiperativos, bem como a diminuição da auto estima experimentada pela criança que necessita utilizá-los, são alguns dos problemas derivados da utilização de psicoestimulantes. Como o mesmo ocorre em relação a outros tipos de fármacos, como os anti-depressivos cíclicos, os ansiolíticos, neurolépticos, anticonvulsivantes e antihipertensivos centrais, reforça-se ainda mais a necessidade de se contar com um profissional da saúde realmente competente e experiente no tratamento da síndrome.

Deve-se reiterar, sempre, que a medicação é apenas um aspecto de um

programa de tratamento abrangente, o qual incluirá, também, a psicoterapia pessoal e familiar, assim como um processo de reconstrução psicopedagógica do hiato educacional derivado do período decorrido entre o aparecimento dos sintomas de hiperatividade e o seu correto diagnóstico. Este processo deverá ser acompanhado/auxiliado por um profissional qualificado (psicopedagogo e/ou fonoaudiólogo).

Todo e qualquer processo de adaptação da criança ao ambiente da Escola de Educação Infantil é bilateral, composto, no mínimo, pelo professor e o aluno. Estes terão, obrigatoriamente, que interagir para chegar a um ajuste satisfatório. Daí a importância fundamental de uma boa predisposição e interesse por parte do professor, pois a ele, como regente do ambiente em sala de aula, caberá decidir sobre os diversos aspectos referentes ao manejo dos sintomas da síndrome na escola. Logicamente, este deverá receber o apoio necessário, tanto da criança hiperativa, como dos pais desta, dos demais alunos e dos outros profissionais envolvidos.

Sendo fato comum crianças hiperativas apresentarem problemas de coordenação motora e dificuldade em aprender certas tarefas corriqueiras, o professor, mesmo não trabalhando diretamente com Educação Física, pode elaborar atividades que auxiliem a criança hiperativa a trabalhar seu corpo, com intuito de conhecer as potencialidades e peculiaridades do mesmo. Isto ajudará a diminuir o quadro de baixa auto-estima destas crianças, melhorando-lhes o desenvolvimento em casa e na escola. A elaboração, por parte do professor, de jogos e outras atividades que valorizem o movimento corporal, serão fundamentais para permitir que o aluno hiperativo possa criar critérios qualitativos e discriminativos que serão

essenciais para o desenvolvimento de sua percepção espacial, social e corporal.

A análise dos conteúdos investigados revelou que o professor desempenha um papel primordial na integração criança hiperativa-ambiente escolar. Da capacidade deste em diagnosticar, mesmo empírica e superficialmente, os sintomas indicativos da síndrome, dependerá a possibilidade de estabelecer-se um padrão de tratamento e ajuste da criança hiperativa às exigências não só do meio escolar, mas da sociedade em geral. Para que isso ocorra, o professor de Educação Infantil deverá possuir uma capacidade de comunicação e percepção muito agudas, para conseguir implementar as atividades que levarão ao controle dos sintomas negativos da Hiperatividade.

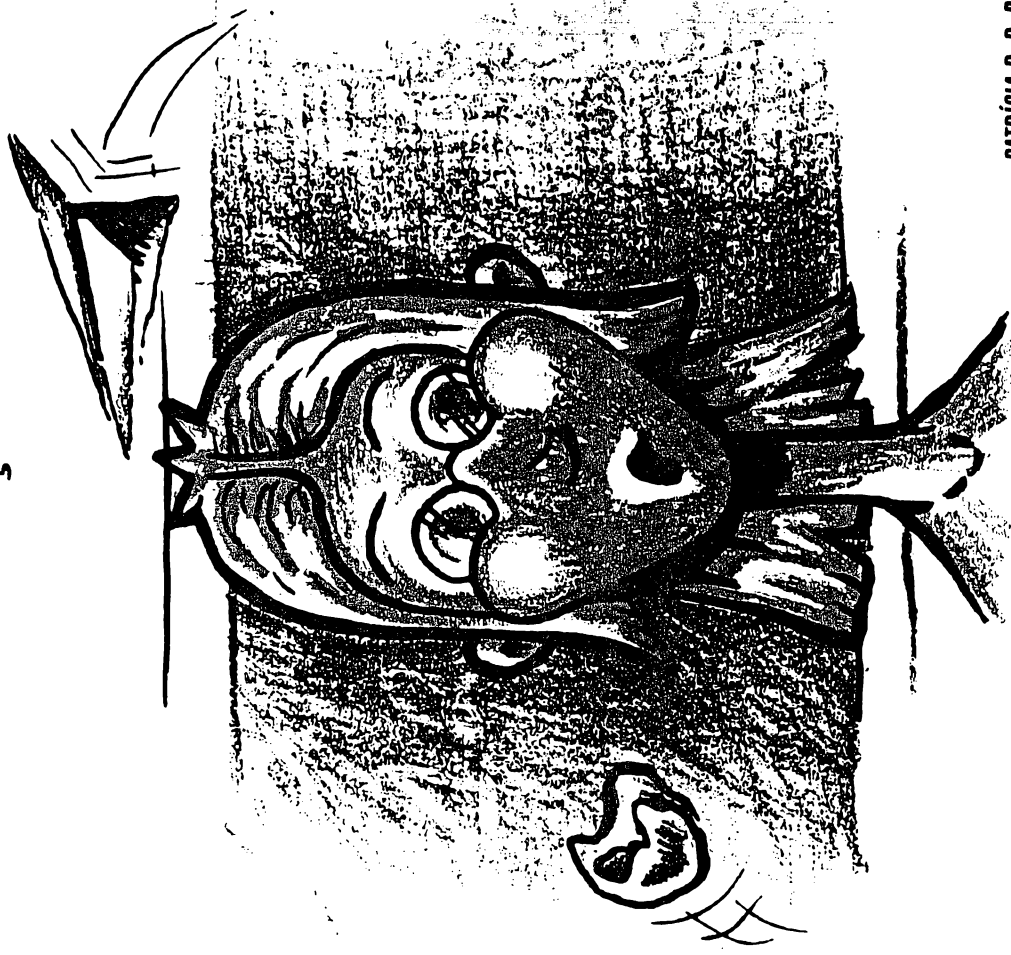
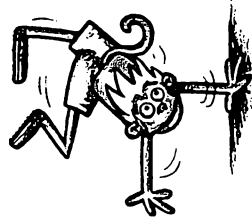
Mediante isso, o estudo apresenta um folheto elucidativo, abordando orientações pedagógicas sobre Hiperatividade Infantil, baseado em diversos autores como BRAGA (1998), GOLDSTEIN e GOLDSTEIN (1994), HALLOWELL e RATEY (1999), ROHDE e BENCZIK (1999) e OKLANDER (1980). O objetivo deste folheto será auxiliar os professores de Educação Infantil a identificar e lidar adequadamente com crianças hiperativas, de forma a integrá-los devidamente ao ambiente escolar. Portanto, segue no texto o referido folheto.

Atividade infantil

orientações pedagógicas para professores de educação infantil

Este folheto tem a função de auxiliar professores de educação infantil a identificar e lidar com crianças hiperativas, integrando-as ao ambiente escolar. Sua construção foi baseada em autores da área médica e psicoeducacional, entre eles BRAGA (1998), GOLDSTEIN (1994), HALLOWELL e RATEY (1999), ROHOE e BENCIK (1999) e OKLANDER (1980).

PATRICIA R. R. PASSOS



Como Identificar Uma Criança Hiperativa

Obs.: A criança deve apresentar no mínimo seis dos sintomas abaixo descritos, durante um período mínimo de seis meses, antes dos 7 anos de idade. Também deve apresentá-los em, pelo menos, dois ou mais ambientes (ex.: escola e em casa).

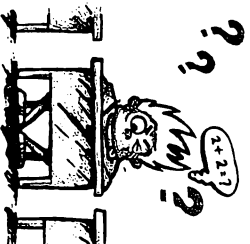
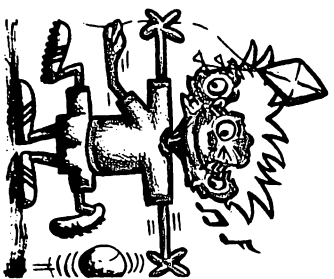


- Desatenção:**
 - Falta de atenção em detalhes ou erro por descuido, e quando lhe dirigem a palavra;
 - Não segue instruções e falha em terminar os deveres da escola, tarefas rotineiras ou de trabalho;
 - Frequentemente tem dificuldade em organizar tarefas e atividades;
 - Relata, evita ou não gosta de desenvolver tarefas que exijam esforço mental constante, como trabalhos escolares e lições de casa;

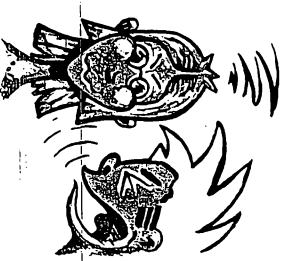
- Facilidade em perder objetos necessários para tarefas escolares ou atividades (material escolar, brinquedos);**
- Distração por estímulos alheios à tarefa a ser executada;**
- Impulsividade:**
 - Inquietação: mexe-se na cadeira, balança os pés, movimenta as mãos, levanta-se da cadeira com frequência na sala de aula ou em outras situações impróprias;



Interrompe assuntos e faz perguntas antes da hora. Fala incessantemente e interrompe-se em conversas alheias. Costuma interrompê-las, e não espera que terminem frases para respondê-las.



- Corre, pula e escala árvores e outros objetos excessivamente em situações inapropriadas. Tem dificuldade em participar de jogos ou atividades de lazer;**
- Quase sempre está *a mil por hora* ou *a todo vapor*;**
- Não sabe esperar sua vez nos jogos, brincadeiras e nas filas;**



Como Lidar Com Uma Criança Hiperativa

Faça com que a rotina na classe seja bem definida e previsível. Mudanças de rotina são difíceis de ser ajustadas por crianças com hiperatividade.

Afaste-as de portas e janelas, para evitar que se distraiam com outros estímulos;

Intercale atividades de alto e baixo interesse. Dê tarefas curtas ou intercaladas para que elas possam concluí-las antes de dispersar a atenção;

Repita ordens e instruções, faça frases curtas e peça ao aluno para repeti-las, certificando-se de que ele entendeu;

Transforme as crianças em ajudante do professor. Buscar materiais, apagar o quadro negro, recolher trabalhos possibilitam à criança sair da sala quando estiver mais agitada, recuperando o autocontrole, podendo melhorar o relacionamento com os colegas;

Mantenha contato com os pais: anote no caderno do aluno as tarefas escolares, mande bilhetes diários ou semanais e peça aos pais que leiam as anotações;

O aluno deve ter reforços positivos quando for bem-sucedido. Isso ajuda a elevar sua auto estima;

Mostre os limites de forma tranquila e segura, sem entrar em atrito. Faça-as pedir desculpas ao ofenderem colegas e convença-as a arrumar a bagunça em classe;

Sente com a criança a sós e pergunte como ela acha que agende melhor;

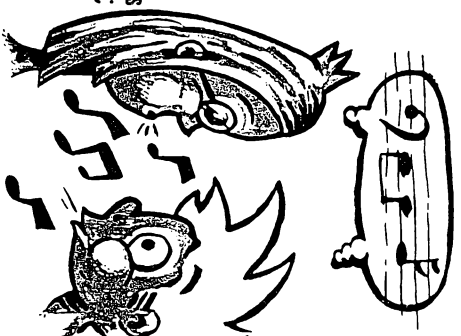
Sempre que possível, transforme as tarefas em jogos. A motivação para a aprendizagem certamente aumentará. Utilize vários recursos de ensino, tais como figuras, recursos áudio-visuais e cores. Estas auxiliam a manter a atenção;

Mantenha a coerência nas atitudes, evitando oscilar sem critérios entre o "sim" e o "não";

Ensinar a criança a perceber a consequência de seus atos, ajudando-a a colocar-se no lugar da outra para reflexão (desenvolvimento da empatia);

O professor não deve mostrar ansiedade em obter resultados imediatos;

Procure elaborar atividades que enfatizem o movimento corporal, pois crianças hiperativas não se sentem no controle de seus corpos. A atividade física ajuda a despendar o excesso de energia.



5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados investigados é possível concluir que o conceito de hiperatividade evoluiu com o aprimoramento das técnicas de diagnóstico. Considera-se, geralmente, a hiperatividade — até o momento — um distúrbio de comportamento causado por uma disfunção na química cerebral, sendo sua origem, possivelmente, oriunda de transmissão genética. A Hiperatividade **Verdadeira** não apresenta, até agora, condições de cura absoluta, sendo possível apenas minimizar os efeitos negativos de sua sintomatologia. O meio ambiente e o fator sociocultural seriam fatores desencadeadores das síndromes dos tipos **Situacional e Reacional**.

O diagnóstico da hiperatividade deve ser baseado num esforço combinado de diversas disciplinas médico educacionais, como a psicopedagogia, exames clínico-neurológicos e um histórico completo da vida da criança.

Conclui-se, também, que a precocidade do diagnóstico, seguido de um rápido início de tratamento, podem auxiliar a minimizar grandemente os transtornos decorrentes da sintomatologia do distúrbio. Além disso, a interação entre os profissionais envolvidos no processo de tratamento da síndrome deve evitar a concentração em um único aspecto do problema. Por exemplo, a terapia medicamentosa, quando a mesma é necessária, não deverá ser encarada como a solução exclusiva do problema, mas sim como uma ferramenta que auxilie no combate aos efeitos perversos da síndrome.

Outra conclusão derivada dos dados investigados aponta para a necessidade da criação de estratégias que valorizem o movimento e o trabalho corporal em sala de aula, pois as crianças hiperativas não se sentem no controle de seus corpos. Além do mais, por ser através do corpo que o ser humano toma conhecimento do

ambiente que o cerca, os alunos hiperativos devem ser estimulados a, trabalhando o corpo, desenvolver sua percepção espacial, social e corporal.

Com base nas conclusões é possível recomendar que os pais de crianças hiperativas tentem, se possível, encontrar escolas que valorizem os aspectos globais do ensino, ao invés de restringir-se ao repasse de conteúdos programáticos. A escolha de profissionais das áreas médica e educacional deve pautar-se pela experiência destes no tratamento dos sintomas da hiperatividade.

Recomenda-se que, seja no lar, seja na escola, busque-se a criação de um ambiente estável e previsível, pois isto ajudará a criança portadora do transtorno a sentir-se segura e usufruir melhores resultados do tratamento.

Após a confirmação do diagnóstico de hiperatividade, é recomendável que pais, professores, médicos e psicopedagogos estabeleçam, em conjunto, as estratégias a serem utilizadas para enfrentamento dos efeitos adversos da síndrome. Para que isso seja levado a bom termo, todos os envolvidos devem dispor-se a aprender o máximo possível sobre o distúrbio.

Recomenda-se, ainda, que novas pesquisas sobre a origem química da hiperatividade, bem como da possível implicação da genética no surgimento da síndrome, sejam encetadas, visando encontrar novas formas de combater seus efeitos negativos. Novos remédios significarão uma melhoria mais acentuada no tratamento da hiperatividade. Concomitantemente, pesquisas na área educacional e psicopedagógica permitirão que as crianças hiperativas possam ser integradas mais facilmente ao ambiente escolar.

Recomenda-se, finalmente, que os professores de Educação Infantil procurem desenvolver atividades que valorizem o movimento e a consciência

corporal, baseando-se, se considerarem oportuno, nas sugestões contidas no folheto elucidativo presente no corpo deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BASTOS, Fernando Lages; BUENÓ, Marcel Cunha. Diabinhos: tudo sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (ADD). www.neurociencias.com.br/html, 1999.
2. BORGES, Célio José. **Educação física para o pré-escolar**. 4ª. ed. Rio de Janeiro : Sprint, 1998.
3. BRAGA, Ryon. **O comportamento hiperativo na infância**. Curitiba : Editora Conscientia, 1998.
4. BOULCH, LE. **O desenvolvimento psicomotor: do nascimento até 6 anos**. 7ª. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.
5. GOLDSTEIN, Sam; GOLDSTEIN, Michael. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. Campinas : Papyrus, 1994.
6. GONÇALVES, Priscilla Siomara. Hiperatividade e distúrbio de déficit de atenção. www.geocities.com/HotSprings/Oasis/2826/ddahl.html, 1999.
7. HALLOWELL, Edward M.; RATEY, John J. **Tendência à distração: identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção (DDA) da infância à vida adulta**. Rio de Janeiro : Rocco, 1999.
8. LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 3ª ed. rev. e ampl. São Paulo : Atlas, 1991.
9. OAKLANDER, Violet. Descobrimo crianças: abordagem gestáltica com crianças e adolescentes. São Paulo : Summus. **Coleção novas buscas em psicoterapia**, v. 12, 1980.
10. PROENÇA, J. E.; TANI, G.; KOKUBUN, E.; MANOEL, E. J. **Educação física escolar: fundamentos de uma abordagem desenvolvimentista**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1988.
11. RABACA, Carlos Alberto. **Dicionário de comunicação**. Rio de Janeiro : CODECRI, 1978.
12. ROHDE, Luís Augusto P.; BENCZIK, Edyleine B. P. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: o que é? como ajudar?** Porto Alegre : Artes Médicas, 1999.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

1. AJURIAGUERRA, J. de. **Manual de psiquiatria infantil**. São Paulo : Masson, 1983.
2. ANGELOTTI, Christiane Araújo. Síndrome de déficit de atenção. www.angelotti.eti.br, 1999.
3. Arquivo de respostas da SPPA. www.sppa.org.br, 1999.
4. BARNARD, Kathy E.; ERICKSON, Marcene L. **Como educar crianças com problemas de desenvolvimento**. Porto Alegre : Globo, 1986.
5. BRANDL NETO, Inácio (org.). Educação física nas séries iniciais. **Coleção Cadernos de Apoio ao Alfabetizador**, Toledo, Brasil : EDT, v. 4, 1996.
6. CHESSE, Stella; HASSIBI, Mahin. **Princípios e prática da psiquiatria infantil**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1982.
7. COUTO, C. Professores, pais, médicos, psicólogos derrubam preconceitos e aprendem a lidar com crianças hiperativas. **Revista Educação**, Nº 41, p. 30-31, abr. 1999.
8. FIGUEIREDO, Márcio Xavier Bonorino. O corpo: da infância à sala de aula. Tese de Doutorado. In: **Revista Aprender**. Curitiba : Hoper, nº 1, maio/jul., 2000.
9. FREIRE, João Batista. Educação de corpo inteiro: teoria e prática da educação física. **Série Pensamento e Ação no Magistério**. 3. ed. São Paulo : Scipione, 1992.
10. Hiperatividade e normalidade. www.rio.rj.gov.br, 1999.
11. Hiperatividade. www.farmaciadospobres/com.br, 1999.
12. ————. www.ibiamg.com.br/abc/hiperatividade.html, 1999.
13. LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B. **Fantasmas corporais e prática psicomotora**. São Paulo : Manole, 1984.
14. PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos. **O mundo da criança: da infância à adolescência**. São Paulo : McGraw-Hill, 1981.
15. RODRIGUES, Maria. **Manual teórico-prático de educação física infantil**. 7. ed. São Paulo : Ícone, 1997.
16. SHIGUNOV, Viktor; PEREIRA, Vanildo Rodrigues. Pedagogia da educação física: o desporto coletivo na escola: os componentes afetivos. **Biblioteca de Educação Física e Desportos**, São Paulo : IBRASA, vol. 21, 1993.
17. SUKIENNIK, Paulo Berél (org.). **O aluno problema: transtornos emocionais de crianças e adolescentes**. Porto Alegre : Mercado Aberto, 1996.
18. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Normas para apresentação de trabalhos**. 3. ed. Curitiba : Ed. da UFPR, v. 2, 6, 7 e 8, 1994.
19. VAYER, Pierre. **O diálogo corporal: a educação educativa para a criança de 2 a 5 anos**. São Paulo : Manole, 1989.
20. WALLON, Henri. **As origens do caráter na criança: os prelúdios do sentimento de personalidade**. São Paulo : Difusão Européia do Livro, 1990.