



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
MONOGRAFIA DO CURSO DE PSICOLOGIA

**A RELAÇÃO ENTRE AUTOCONCEITO E HIPERATIVIDADE
EM CRIANÇAS ENTRE 7 A 9 ANOS DE IDADE.**

MILDRED DE VASCONCELOS MARQUES

BRASÍLIA
JUNHO, 2006.

MILDRED DE VASCONCELOS MARQUES

**A RELAÇÃO ENTRE AUTO CONCEITO E
HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS ENTRE 7 A 9 ANOS
DE IDADE.**

Monografia apresentada como registro
para conclusão do curso de Psicologia
do UniCEUB - Centro Universitário de
Brasília.

Professora orientadora: Maria do Carmo
de Lima Meira

BRASÍLIA
JUNHO, 2006

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelas glórias alcançadas e pelas bênçãos recebidas.

À minha família que em todo tempo tem me apoiado com todo amor e carinho e me incentivado a buscar a realização dos meus objetivos.

Ao meu namorado Touré, pela paciência e compreensão durante este tempo de produção, que sempre acreditou em mim e no meu potencial.

A Igreja Jesus Vive pelo apoio, orações e espaço oferecido.

À Ester Coutinho, Socorro Mendes Côrtes, Luiza Helena, Gizela Maria Valério e Beatriz Pelli Ribeiro Mattiello pela sabedoria, sinceridade, estímulo, experiências e materiais fornecidos para que este trabalho viesse ser realizado.

À minha orientadora Maria do Carmo de Lima Meira, que em todo momento esteve presente, contribuindo com seus conhecimentos e suas críticas construtivas.

SUMÁRIO

RESUMO	5
ABSTRACT	6
INTRODUÇÃO	7
1. O DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE CRIANÇAS ENTRE 7 A 9 ANOS DE IDADE.....	9
2. CONHECENDO A HIPERATIVIDADE	14
2.1 HISTÓRIA / DEFINIÇÃO	14
2.2 CAUSAS DA HIPERATIVIDADE.....	17
2.2.1 Fatores genéticos	17
2.2.2 Problemas durante o parto	18
2.2.3 Lesão cerebral	19
2.2.4 Alimentação	20
2.2.5 Chumbo.....	21
2.3 TIPOS DE HIPERATIVIDADE.....	21
2.3.1 Déficit de atenção - desatento	21
2.3.2 Atividades motoras excessiva	23
2.3.3 Impulsividade ou falta de controle	24
2.4 A CRIANÇA HIPERATIVA EM CASA.....	25
2.5 A CRIANÇA HIPERATIVA NA ESCOLA	29
2.6 COMO OS PAIS E PROFESSORES DEVEM LIDAR COM A CRIANÇA HIPERATIVA.....	32
2.7 DIAGNÓSTICO	35
2.8 TRATAMENTO	38
3. CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE	41
4. A RELAÇÃO ENTRE AUTOCONCEITO E HIPERATIVIDADE	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58

RESUMO

Tendência à distração, impaciência, dificuldade em seguir regras, agir sem pensar nas conseqüências, sentimentos de rejeição, perder coisas e a noção de tempo com freqüência, descontrole emocional: todas são características comuns em crianças, adolescentes e adultos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O TDAH pode interferir no desenvolvimento infantil, deixando os pais em situações extremamente desconfortáveis e colocando em risco a relação conjugal. Quando há irmãos, as cenas de ciúme podem ser muito mais constantes e intensas. Ocorrem, também, reclamações freqüentes na escola, por apresentarem dificuldades no aprendizado, problemas de socialização, comportamentos inadequados e falta de concentração. O indivíduo com esse transtorno se sente muito solitário, provoca brigas pela tendência que tem em transformar sentimentos em ações, podendo desenvolver no futuro vários outros distúrbios, o que chamamos de comorbidade. A conscientização a respeito dos sintomas e os critérios para identificar o problema são de grande valia para se evitar rótulos e diagnósticos errôneos. O resultado desta pesquisa foi desencadear uma reflexão sobre a criança com TDAH, visando a importância do papel da família, da escola e dos profissionais envolvidos no caso para a construção do seu autoconceito.

Palavras Chaves Hiperatividade. Autoconceito. Construção da Identidade

ABSTRACT

Tendency to distraction, impatience, difficulty following rules, acting without thinking about the consequences, feelings of rejection, frequently losing things and the notion of time, lack of emotional control: these are all common characteristics found in children, teenagers and adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). ADHD can interfere with infantile development, leaving parents in extremely uncomfortable situations and putting the conjugal relationship at risk. When there are brothers or sisters, scenes of jealousy can be more constant and intense. Frequent complaints at school, because of learning difficulties, socialization problems, inadequate behavior and poor concentration also occur. The individual with this disorder feels very lonely, provokes fights because of the tendency he or she has to transform feelings into actions, and may develop many other disturbances in the future, we call this comorbidity. Becoming aware of the symptoms and the criteria for identifying the problem are of great worth to avoid erroneous labels and diagnostics. The result of this research paper was the unchaining of a reflection about a child with ADHD, focusing the importance of the role of the family, the school and the professionals involved in the case for the construction of his or her self-concept.

Key Words: Hyperactivity. Self-Concept. Identity Construction

Falar hoje sobre hiperatividade é algo fácil e difícil ao mesmo tempo. Fácil, pois, tem-se publicado e pesquisado muito sobre este tema, que apresenta uma taxa de prevalência em torno de 3% na população de infantes, caracterizando um comportamento estereotipado, com agitação motora, déficit de atenção e impulsividade, implicando em uma conduta caótica para a criança e prejudicando na sua área psico-afetiva-social e, sobretudo, acadêmica. Difícil, pois apesar dos inúmeros estudos existentes, datados desde 1902 com a descrição de Still, até os dias atuais, ainda não temos nomenclatura definida, pois esta se apresenta de forma multi e plurivariada, assim como a sua etiologia (Barbosa, Barbosa & Amorim, 2005).

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) repercute na vida da criança e do adolescente levando a prejuízos em múltiplas áreas, como a adaptação ao ambiente acadêmico, relações interpessoais e desempenho escolar (Barkley, 2002). Estes são denominados sintomas não-cardinais do TDAH, ou seja, embora não imprescindíveis para o diagnóstico, freqüentemente, fazem parte das queixas do portador.

Criar uma criança com TDAH pode ser incrivelmente desafiador (Barkley, 2002) para qualquer pai. Essas crianças são muito desatentas, impulsivas ou desinibidas, superativas e exigentes. Seus problemas podem colocar uma responsabilidade em seu papel como pai ou mãe que jamais imaginou sendo possível quando começou a considerar a possibilidade de ter um filho. Esses problemas podem até mesmo fazê-lo repensar a sensatez de tal decisão.

Esta monografia falará sobre a criança que apresenta TDAH a qual tem dificuldade de prestar atenção, controlar as emoções, dirigir à atividades psíquicas em um foco específico e que não pensam antes de agir. Falará também de como estas crianças se comportam na escola e em casa.

Foi feita uma pesquisa bibliográfica à respeito do TDAH entre 7 a 9 anos de idade visando entender o seu desenvolvimento cognitivo, autoconceito, os seus sentimentos em relação a situação atual, seu contexto familiar, escolar e social.

A idéia de autoconceito, segundo Sanches & Escribano (1999) tem recebido grande atenção de vários profissionais que lidam com as crianças, principalmente psicólogos, pedagogos e psicopedagogos. Mais que nunca é reconhecido que a formação do autoconceito é um processo lento, que se desenvolve a partir das experiências pessoais da criança em interação com os outros e da reação dos outros ao seu comportamento. Ela tem extraordinárias conseqüências para o desenvolvimento da pessoa, devido a sua importância na determinação do que a criança será ou não. Fica evidente a necessidade de fazer com que ela desenvolva um autoconceito adequado, para garantir uma boa adaptação ao seu meio ambiente. A estima que um indivíduo sente por sua própria pessoa é de uma suma importância para sua experiência e seu desenvolvimento vital, para sua saúde psíquica, sua atitude para consigo mesmo e para com os outros.

As crianças portadoras de TDAH estão sempre perdendo, formando um conceito interno de “molenga”, “boba”, “retardada” e outros adjetivos semelhantes. Gradualmente, desde a tenra infância, vão-se acumulando, camada após camada, rótulos de incompetência pessoal em relação aos outros. O autoconceito formado é de inadequação, inferioridade, incompetência, etc. A auto-estima é destruída, ou nunca se forma. A criança cresce tímida, inibida, inferiorizada e com dificuldades de ajustamento que vão durar por toda a vida.

É importante estudar este tema, pois a vida afetiva da criança com TDAH é relatada como um passeio de montanha-russa, com seus altos e baixos, reviravoltas de pernas para o ar, coração apertado e muita emoção.

1. O DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE CRIANÇAS ENTRE 7 A 9 ANOS DE IDADE

Faw (1981) classifica este período como sendo a meninice, de sete a onze anos de idade. Diz que diferentemente das crianças mais jovens, pré-operacionais, as crianças da meninice já não vêem mais o mundo de seu ponto de vista singular. Conseguem compreender que os outros percebem o mundo de um modo diferente. Quando adquirem mais idade, podem até buscar um entendimento de outras perspectivas para que possam apreciar mais plenamente o problema.

Segundo Piaget em Kail (2004), as crianças do ensino fundamental entram em um novo estágio de desenvolvimento cognitivo que é claramente mais adulto e menos infantil. No estágio operatório concreto, que se desenvolve entre sete a onze anos de idade, as crianças começam a utilizar operações mentais para resolver problemas e para raciocinar. Operações mentais são estratégias e regras que tornam o pensamento mais sistemático e poderoso. Algumas operações mentais se aplicam a números. Por exemplo, adição, subtração, multiplicação e divisão são operações familiares que crianças operatórias concretas utilizam. Outras operações mentais aplicam-se a categorias de objetos. Por exemplo, classes podem ser adicionadas (mães + pais = genitores) e subtraídas (genitores – mães = pais). Ainda outras operações mentais aplicam-se a relações espaciais entre objetos.

Aos sete anos, segundo Sandström (1971), a criança é em geral, boa ouvinte, e tem uma boa capacidade de concentrar a atenção. São fatores muito importantes para os métodos de trabalho na escola. Piaget (2002) é nesta idade, que coincide com o começo da escolaridade da criança, propriamente dita, marca uma modificação decisiva no desenvolvimento mental. Em cada um dos aspectos complexos da vida psíquica, quer se trate da inteligência ou da vida afetiva, das relações sociais ou atividades, propriamente individual, observa-se o aparecimento de formas de organizações novos, que completam as construções

espocadas no decorrer do período precedente, assegurando-lhe um equilíbrio mais estável e que também inaugura uma série ininterrupta de novas construções.

A criança aos sete anos é ágil e viva, mas usualmente é mais cautelosa do que aos seis anos e mais cônica do perigo. Não subirá muito alto numa árvore, calculará, freqüentemente a altura antes de começar a escalada e comprovará a resistência dos galhos com o maior cuidado (Sandström, 1971).

Segundo Enderle (1987) nesta fase a criança adquire autonomia motora e realiza certas tarefas sem auxílio dos adultos. Revela um ritmo regular ascendente, sendo que ao final do sexto ano verifica-se uma precisão geral nos movimentos efetuados, graças ao sistema nervoso que adquire o controle voluntário de todos os músculos. É a idade ótima para o incentivo às atividades desportivas, jogos, dança e recreações que exijam esforço físico. A alfabetização e a escrita exigirão mais do que a motricidade da criança nessa fase. A atenção, o conhecimento das sílabas, letras e palavra, a memória para reter tais conhecimentos, bem como a integração da coordenação visomotora são um complexo harmônico necessário no sustento da aprendizagem.

Essas capacidades, segundo Enderle (1987), vão se aperfeiçoando gradativamente, até que entre oito e dez anos pode se falar em “mecanização” devido sua necessidade para que haja coordenação geral. Assim a mecanização diz respeito à capacidade de reproduzir sem interrupções, um mesmo movimento, com a continuidade. Quando isso não é possível, surge a lentidão motora que impede a realização de tarefas manuais.

Faw (1981) afirma que as crianças com sete anos conseguem descentrar. Podem considerar mais do que um aspecto de um problema ao mesmo tempo; sua atenção não é dominada pelas características perceptuais de uma série de estímulos.

Grandes progressos são feitos na linguagem quando a criança ingressa na escola e começa a ler e escrever. As descrições orais são organizadas de uma forma nova e por vezes mais rigorosa. O interesse na leitura varia consideravelmente, isso não é simplesmente a diferentes graus de capacidade para compreender os símbolos necessários à leitura, mas também à medida que a leitura concorra com outros interesses (Sandström, 1971).

A escola contribui bastante para o comportamento de adaptação da maior parte das crianças e fornece uma utilização ativa dos recursos intelectuais; embora a reação da criança aos estímulos intelectuais fornecidos pela escola possa estar considerada pelo ambiente familiar (Sandström, 1971).

Em geral, pode-se afirmar que a criança de sete anos tem uma opinião mais realista de seu meio circundante. Sua imaginação é mais refletida. As brincadeiras de “faz de conta” deixam-na menos entusiasmada. A autocracia e a capacidade de deliberação hesitante podem amortecer o entusiasmo pela brincadeira. A gravidade da realidade penetra na vida da criança (Sandström, 1971).

O início do processo de socialização caracteriza-se, conforme Enderle (1987), por um verdadeiro “salto”, em termos da conduta observável; de uma vida limitada quase que exclusivamente ao âmbito familiar, a criança passa para uma sociedade mais ampla que tem como componentes principais a escola e os grupos infantis.

Para Piaget (2002), esse “salto” para o social deve-se exclusivamente à metamorfose intelectual que se verifica nessa idade, e não, como se poderia pensar, ao resultado de influências familiares e grupais externas.

Socialmente, essa hesitação em relação às coisas e aos seres humanos representa um conflito com o mundo externo. Em virtude da relativa docilidade e sensibilidade da criança de sete anos, esse conflito nem sempre é observado. A criança é mais um recipiente do que um doador, em sua vida social. Está desenvolvendo o seu sentido de conduta ética: as regras das brincadeiras e jogos adquirem importância. O bom e o mau nas ações dos companheiros e nas da própria criança são notados. Chorar abertamente deixou de ser o que era, e o próprio ato de chorar tornou-se menos infantil (Sandström, 1971). A “dramatização” pode ser-lhe um recurso valioso, e nessa idade a criança experimenta com frequência (Enderle, 1987).

De acordo com Sandström (1971), aos oito anos, o comportamento motor pode-se mover mais rapidamente, seus movimentos são mais ligeiros e mais graciosos. Na linguagem a criança é extrospetiva e desenvolve-a com rapidez, a pronúncia e a construção de frases são geralmente boas. Piaget (2002) afirma que do ponto de vista das relações interpessoais, a criança, depois dos sete anos, torna-se capaz de cooperar, porque não confunde mais seu próprio ponto de vista com o dos outros, dissociando-os mesmo para coordená-los.

Conforme Faw (1981), o vocabulário da criança melhora sensivelmente. Estima-se que a cada ano a criança adiciona por volta de mil palavras a seu dicionário pessoal. Entretanto, o desenvolvimento semântico durante a parte média da meninice envolve mais do que simplesmente adicionar palavras a um vocabulário. Também envolve mudanças no

significado atribuído às palavras. Muitas vezes a mesma palavra tem significado diferente para uma criança de oito anos de idade.

No comportamento de adaptação a criança demonstra uma expansão conjugada com maior profundidade, começa a entender relações que, antes, só eram fragmentariamente experimentadas. Pode apreciar mais facilmente as semelhanças e diferenças nas pessoas e coisas. A hesitação dos sete anos foi substituída, em muitos aspectos, por opiniões decididas, e a criança compreende agora a distinção que existe entre imaginação e realidade. Embora possa afligir-se com o medo infundado do escuro ou animais bravios, é capaz de mobilizar forças para enfrentar esses temores (Sandström, 1971).

A criança de oito anos começa a entender a impersonalidade dos objetos e as leis da natureza, o pensamento revela-se menos animista embora ainda se conservem vestígios desse modo de pensar (Sandström, 1971). Socialmente, a grande atividade da criança de oito anos desempenha um papel muito importante e pode-se afirmar também que serve a fins sociais. Gosta de estar na companhia de adultos, em casa, mas exige mais deles. Dará e receberá informações.

A criança de nove anos em seu comportamento motor tem mais amplos e mais conscientes interesses do que a de oito anos, cuja mobilidade, avidez e contatos em praticamente todas as direções estão agora consideravelmente limitados. A coordenação de olho e mão está bem desenvolvida; ambas as mãos podem trabalhar independentemente uma da outra, e os dedos também podem ser usados mais livremente e com maior diversidade (Sandström, 1971).

Sandström (1971) afirma que a linguagem não é tão efusiva quanto aos oito anos. Frequentemente, há uma reversão para as anteriores expressões gramaticamente incorretas, devido em parte ao emprego da linguagem para novas tarefas.

O processo do desenvolvimento de adaptação não se reflete menos nas apreciações e no sistema particular de normas que surge agora. A criança de nove anos gosta de meditar numa tarefa e organizá-la antes de tentar a sua realização (Sandström, 1971).

Wadsworth (1997) afirma que a autonomia cognitiva e a afetividade surgem dos esforços das crianças no sentido da sua auto-regulação. O ato de construção do conhecimento é um ato de auto-regulação e é autonomia de ação. Desde o nascimento, as crianças lutam para “dar sentido” às suas experiências, a fim de assimilarem o mundo à sua volta e de serem autônomas em sua construção do conhecimento cognitivo e afetivo. Portanto, a autonomia

pode ser entendida como um hábito que as crianças podem começar a desenvolver muito cedo. Um período-chave no desenvolvimento contínuo da autonomia afetiva é o estágio operacional concreto, quando as crianças normalmente mudam de uma perspectiva moral baseada no respeito unilateral para uma perspectiva baseada no respeito mútuo. As relações sociais cooperativas com os adultos (pais e professores) e com os colegas tornam-se necessárias.

2. CONHECENDO A HIPERATIVIDADE

2.1 HISTÓRIA / DEFINIÇÃO

O estudo da etiologia do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) vem sendo objeto de muitas pesquisas, especialmente a partir do início da década de 90. Apesar do grande número de estudos já realizados, as causas precisas do TDAH ainda são desconhecidas. Entretanto, a influência de fatores genéticos e ambientais no seu desenvolvimento é amplamente aceita na literatura (Tannock, 1998 em Rohde, Mattos & cols, 2003).

Agentes psicossociais que atuam no funcionamento adaptativo e na saúde emocional geral da criança, tais como desentendimentos familiares e presença de transtornos mentais nos pais, parecem ter participação importante no surgimento e na manutenção da doença, pelo menos em alguns casos (Mattos, 2003).

Este transtorno vem sendo estudado há muitos anos, Thorley (1984) em Barbosa, Barbosa & Amorim (2005), comenta que no final do século XIX esta síndrome foi descrita na literatura médica por termos, tais como “idiotas, loucos”, “insanidade impulsiva” e “inibição defectiva”.

Em Barbosa, Barbosa & Amorim (2005), Gaião e Barbosa (2001) afirmam que o precursor deste transtorno foi Heinrich Hoffman, um psiquiatra alemão que no ano de 1845, através de desenhos, ilustrou uma breve conduta de uma criança com Transtorno Hiperkinético em seu livro Zappel Philip (Felipe o travesso). Entretanto, foi somente em 1902 que George Frederic Still descreveu, pela primeira vez, crianças excessivamente ativas e agitadas como sendo hiperativas, com falta de atenção, dificuldades de aprendizado e problemas de conduta, caracterizando-as como tendo “defeito mórbido de controle moral”.

Strauss, em 1947, na obra de Barbosa, Barbosa & Amorim (2005), descreveu algumas crianças retardadas com hiperatividade, impulsividade, defeitos cognitivos, considerando-as com lesão cerebral, mesmo que esta lesão não fosse demonstrada. Strauss afirmou que estas crianças tinham uma “Lesão Cerebral Mínima”. Clement e Peters (1962) em Barbosa, Barbosa & Amorim (2005), criaram nova conceituação, agora como “disfunção cerebral mínima”, proveniente da fraca coordenação, deficiências de aprendizagem, instabilidade emocional sem apresentar lesões neurológicas específicas.

Nesta mesma época alguns clínicos sugeriram que uma criança não podia ser rotulada como lesionada cerebral unicamente em consequência de seu comportamento. Apesar de todas as críticas, o termo foi mantido, como enfatiza Weiss (1995) em Barbosa, Barbosa & Amorim (2005). Ainda na mesma década, foi denominada como “Reação Hiperkinética da Infância” (DSM-II, 1968) e por “Síndrome Hiperkinética da Infância” (CID-9, 1975) (Barbosa, Barbosa & Amorim, 2005).

Segundo Brioso e Sarriá (1995), nos anos 80, como resultado de diversas investigações, e com mudanças na caracterização do distúrbio, ocorreram certas confusões em relação a sua definição e denominação, sendo então novamente nomeada. O DSM III renomeou a condição como Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade, constando de três elementos básicos: desatenção, impulsividade e inquietação. O DSM-III-R (*American Psychiatric Association*, 1980) aceitou esta opinião e renomeou a condição como Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade, constando de três elementos básicos: desatenção, impulsividade e inquietação. O DSM-III-R (1987) novamente mudou a terminologia para Transtorno de Déficit de Atenção por Hiperatividade (WEISS, 1995).

De acordo com Barkley (2002), os avanços da pesquisa clínica permitiram verificar que a hiperatividade e a impulsividade, observadas nas crianças, que tinham sido diagnosticadas como portadoras deste transtorno, estavam bastante relacionadas uma com a outra, o que indica que ambos formavam um único problema ligado a um controle inibitório pobre. Em 1987, o nome foi novamente modificado para Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Apesar de todas mudanças ocorridas em sua nomenclatura, proveniente de duas causas e caracterização, atualmente é denominado de Transtornos Hiperkinéticos, de acordo com a CID-10 (1993) e Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, segundo o DSM IV (1995).

O TDAH é uma síndrome neurológica. Cerca de 15 milhões de norte-americanos sofrem dessa síndrome atualmente; a maior parte deles não sabe que a tem. A condição ocorre

em crianças e adultos, homens e mulheres, rapazes e moças, abrangendo todos os grupos étnicos, estratos sócio-econômicos, níveis de escolaridade e grau de inteligência. Costuma-se pensar que esse era um distúrbio exclusivo da infância e que seria superado ao decorrer da adolescência. Hoje sabemos que apenas um terço da população com TDAH a supera; dois terços a apresentam por toda a vida. O TDAH 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 TDAH são bastante inteligentes. O que acontece é que essa inteligência fica emaranhada no interior. Desfazer o emaranhado para que a linha corra mais fácil pode exigir mais paciência e perseverança do que essas pessoas são capazes de suportar (Hallowell & Ratey, 1999).

Silva (2003), fala que ao pensarmos em TDAH não devemos relacionar como se estivéssemos diante de um cérebro “defeituoso”. Devemos, sim, olhar sob um foco diferenciado, pois, na verdade, o cérebro do TDAH apresenta um funcionamento bastante peculiar, que acaba por trazer-lhe um comportamento típico, que pode ser responsável tanto por suas melhores características, como por suas maiores angustias e desacertos vitais.

Kaplan, Sadock & Grebb (1997, p. 989) em Barbosa, Barbosa & Amorim (2005) descrevem que o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é caracterizado por um alcance impropriamente fraco de atenção, em termos evolutivos ou aspectos de hiperatividade e impulsividade ou ambos, inapropriado à idade. A fim de satisfazer os critérios diagnósticos, o transtorno deve estar presente por pelo menos seis meses, comprometer o funcionamento acadêmico ou social e ocorrer antes dos sete anos.

Conforme Barkley (2002), o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, ou TDAH, é um transtorno de desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controle do impulso e com o nível de atividades. Esses problemas são refletidos em prejuízos na vontade da criança ou em sua capacidade de controlar seu próprio comportamento relativo à passagem do tempo. Não se trata apenas de um estado temporário que está superado, de uma fase probatória, porém normal, da infância. Não é causado por falta de disciplina ou controle parental, assim como não é o sinal de algum tipo de “maldade” da criança.

Para Barkley (2002), o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um transtorno real, um problema real e, freqüentemente, um obstáculo real. Ele pode ser um desgosto e uma irritação.

Conforme Rohde & Benczik (1999) em sua obra afirma que o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um problema de saúde mental que tem três características básicas: a desatenção, a agitação (ou hiperatividade) e a impulsividade. Este transtorno tem um grande impacto na vida da criança ou adolescente e das pessoas com as quais convive (amigos, pais e professores). Pode levar a dificuldade emocional, de relacionamento familiar e social, bem como a um baixo desempenho escolar. Muitas vezes é acompanhado de outros problemas de saúde mental.

A criança hiperativa, segundo Goldsten & Goldstein (1994), representa um enorme desafio para pais e professores. As pesquisas sugerem que a hiperatividade pode ser o problema mais persistente e comum na infância. É persistente ou crônico porque não há cura e muitos problemas apresentados pela criança hiperativa devem ser administrados, dia a dia, durante a infância e adolescência.

2.2 CAUSAS DA HIPERATIVIDADE

2.2.1 Fatores genéticos

A herança genética parece não ser o único fator determinante para o aparecimento do TDAH. Em torno de 90% do TDAH é devido à genética, o que é muitíssimo em medicina (Mattos, 2003)

Segundo Barbosa, Barbosa & Amorim (2005), a primeira ligação entre a hiperatividade e a hereditariedade foi estabelecida pelo estudo dos familiares da criança hiperativa. O comportamento dos pais, aflitos e agitados, pode proporcionar que uma criança tenha hiperatividade, e esta criança, mesmo não existindo outros membros na família com TDAH, pode desencadear problemas comportamentais em outros membros, pela difícil convivência e pelo ambiente caótico que geram. Os estudos com famílias não excluem a possibilidade de que a transmissão familiar do TDAH tem origem ambiental.

Rohde, Mattos & cols (2003) se refere a Thapar e cols. (1999) com a afirmativa de que irmãos de parentes com TDAH apresentam uma prevalência maior da doença do que meio-irmãos. Parentes em segundo grau de crianças afetadas também apresentam um risco aumentado para o TDAH (no mínimo 1,7% maior) quando comparados a parentes em segundo grau de controle.

Para mostrar que a maior incidência de hiperatividade dentro de uma família está mais relacionado à hereditariedade que ao ambiente, Goldstein & Goldstein (1994) afirmam que foi necessário estudar situações nas quais a criança foi criada longe de sua família biológica. Filhos adotivos constituem um grupo no qual a ocorrência de hiperatividade não é afetada pela influência diária da família biológica. O vínculo hereditário da hiperatividade foi estabelecido quando se determinou que os pais e outros parentes consanguíneos de criança hiperativas adotivas têm uma probabilidade quatro vezes maior de apresentar comportamento hiperativo.

Outra maneira de estudar o efeito da hereditariedade é comparando o comportamento de dois gêmeos: aqueles geneticamente idênticos, resultantes da divisão do mesmo óvulo após a concepção; e os gêmeos geneticamente diferentes, resultantes da fecundação de dois óvulos. Se a hereditariedade for um fator importante, os gêmeos idênticos terão comportamentos mais semelhantes do que os gêmeos fraternos. A maior incidência de hiperatividade observada entre os gêmeos idênticos, em comparação com os gêmeos fraternos, é a denominação mais cabal do fator hereditário como causa subjacente de hiperatividade.

Cypel (2003) afirma que é importante deixar bem destacado a constância desse fato: a não-colocação de limites pelos pais, ou por um deles, tem sido uma verificação quase absoluta nesses casos. Estabelecer limites não é uma tarefa simples, porque implica dizer não ao próprio filho, e tolerar sua frustração e raiva. Sua implementação compete, inicialmente, aos pais, no ambiente doméstico. As atitudes devem ser sensatas, determinadas com firmeza e autoridade, e, ao mesmo tempo, afetuosas, tendo a consciência de que se está fazendo o melhor. Os pais também deverão ter a devida flexibilidade para acolher o filho ou rever suas decisões se a dose da restrição que propuseram for exagerada. Esta última atitude também será útil para a criança perceber que seus pais não são insensíveis, demonstrando capacidade de reavaliar uma situação prévia e, a partir daí, modificar a forma de pensar e agir.

Na prática, segundo o autor, constata-se que, em boa parte das ocasiões nas quais encontramos crianças com TDAH, estão presentes essas distorções dos vínculos familiares.

2.2.2 Problemas durante o parto

Para Mattos (2003), os problemas obstétricos (quando se fala em problemas durante o parto não está referindo a problemas emocionais, bem entendido, trata-se de

trabalhos de parto laboriosos ou com algum grau de sofrimento para o feto) realmente parecem se associar a uma maior frequência do TDAH.

Alguns estudos têm sugerido que mulheres que tiveram complicações durante a gravidez ou no parto apresentariam probabilidade maior de terem crianças com TDAH. Mães com TDAH poderiam apresentar menos cuidados pré-natais e, portanto, mais complicações durante a gravidez e parto. A carga genética também seria a responsável pelo aparecimento do TDAH na criança (Rohde & Benczik, 1999).

Para Barkley (2002) a nicotina do fumo de cigarros e bebidas alcoólicas consumidas durante a gravidez se mostraram como causa significativa de anormalidade de desenvolvimento no núcleo caudado e regiões frontais do cérebro de crianças. Pesquisas indicam que crianças nascidas de mães alcoólatras têm maior probabilidade de apresentar problemas de comportamento com hiperatividade e falta de atenção e, mesmo, TDAH clínico. A quantidade de álcool consumida por suas mães durante a gravidez parece estar relacionadas diretamente ao grau de risco de falta de atenção e hiperatividade em crianças de quatro a sete anos de idade.

2.2.3 Lesão cerebral

Sabe-se, já há algum tempo, que cada área do cérebro tem uma função específica. Segundo essa teoria, uma lesão em uma área resultaria em decréscimo ou eliminação da capacidade cerebral em desempenhar apenas a função controlada por aquela região. Por exemplo, acredita-se que o controle da mão direita esteja centralizada na parte frontal esquerda do cérebro, pois uma lesão nesta área prejudica a habilidade da pessoa em controlar a mão direita (oposta). Da mesma maneira, lesões na região occipital ou posterior do cérebro, do lado direito, afeta a visão à esquerda. Entretanto, lesões em qualquer parte do cérebro parecem ter algum efeito sobre a capacidade de concentração e de atenção. Essa deterioração inespecífica tornou-se conhecida como síndrome de lesão cerebral. Outras formas de lesão cerebral, provocadas por derrame (danos aos tecidos cerebrais por falta de irrigação), esclerose múltipla (perda da capa protetora em torno de conexões nervosas) ou encefalite (ataque às células cerebrais por infecção virótica) também poderiam provocar alterações de atenção e concentração, semelhantes àquelas causadas por agressões diretas ao cérebro. Os pesquisadores demonstraram que um histórico de lesões cerebrais ocorre somente em uma porcentagem muito baixa de crianças hiperativas (Goldstein & Goldstein, 1994).

Segundo Kaplan, Sadock & Grebb (1997) em Barbosa, Barbosa & Amorim (2005) algumas das crianças com TDAH podem durante os períodos fetal e pré-natal ter sofrido uma lesão cerebral mínima ou sutil do Sistema Nervoso Central. Esta lesão poderia ter sido causada por insultos circulatórios, tóxicos, metabólicos, mecânico, bem como por estresse e insulto físico ao cérebro durante a primeira infância, causado por infecção, inflamação e traumatismo. Esta gravidade mínima, sutil e subclínica da lesão cerebral podem ser responsáveis pela gênese de distúrbios do aprendizado e do TDAH. Sinais neurológicos não focais (leves) são freqüentes.

Barkley (2002) descreve que algumas pesquisas no início do século XX convenceram os cientistas de que lesões cerebrais provenientes de infecções, traumas por queda ou no crânio e complicações da gravidez, ou parto, eram as principais causas dos sintomas apresentados no TDAH. Porém, com o passar do tempo, há mais de 20 anos, os cientistas perceberam que a maioria das crianças com TDAH não apresentavam história de lesões cerebrais, estando apenas relacionadas 5 a 10% das crianças que desenvolveram o TDAH devido a algum tipo de lesão cerebral, embora deva haver algo disruptivo no desenvolvimento dessa porção do cérebro.

Os fatores externos, também chamados de ambientais, já foram considerados muito importantes antigamente, o que levou ao TDAH os nomes de lesão cerebral mínima e disfunção cerebral mínima. Esses nomes indicavam que, embora houvesse um comportamento “orgânico” ou neurológico (e não psicológico), este era de pequena monta. Estes comportamentos eram secundários a vários fatores que poderiam afetar o sistema nervoso do feto ou da criança, ainda em desenvolvimento (Mattos, 2003).

Para Mattos (2003), as pessoas que herdaram a predisposição para o TDAH têm uma alteração nas substâncias que passam as informações entre as células nervosas, os chamados neurotransmissores. No caso do TDAH, são a dopamina e a noradrenalina que estão deficitárias. Esses neurotransmissores são importantes especialmente na região anterior do cérebro, o lobo frontal, e suas conexões para vários outros locais no cérebro.

3.2.4 Alimentação

Há alguns anos, várias matérias foram publicadas na imprensa leiga sugerindo a associação entre uma dieta muito rica em açúcar ou em alimentos que continham aditivos ou conservantes e o surgimento de comportamento hiperativo em crianças. Na verdade, Rohde &

Benczik (1999) e Goldstein & Goldstein (1994) falam que não existe nenhuma evidencia científica que indique qualquer associação entre alimentos e TDAH.

3.2.5 Chumbo

De acordo com Weiss (1995) em Barbosa, Barbosa & Amorim (2005), estudos confirmam que altos níveis de chumbo no sangue produzem transtornos cognitivos e comportamentais em algumas crianças estando estes associados a maior risco de comportamento hiperativo e desatenção. Por ser um metal sem nenhum valor biológico conhecido, quando ingerido, pode envenenar o sistema energético humano. Alguns estudos, segundo Barkley (2002) evidencia a relação entre o chumbo e a hiperatividade, mostrando que níveis de chumbo no organismo podem causar o TDAH.

2.3 TIPOS DE HIPERATIVIDADE

2.3.1 Déficit de atenção - desatento

As crianças hiperativas têm dificuldade em se concentrar em tarefas e prestar atenção de forma consistente quando comparadas com seus colegas. Quanto mais enfadonha, desinteressante ou repetitiva for a tarefa, maior a dificuldade encontrada. A atenção, entretanto, é um processo complexo que envolve diferentes habilidades (Goldstein & Goldstein, 1994).

Para Barbosa, Barbosa & Amorim (2005) um aspecto intrigante desta característica é a sua variabilidade. A criança distraída, quando começa a fazer alguma coisa se esquece de terminar, como as tarefas da escola ou algum trabalho doméstico; quando vai a algum lugar pára no caminho para falar com alguém, para brincar ou apenas para entreter-se com um animal ou um passarinho que passa voando. Essas mudanças ocorrem porque elas perdem o interesse em atividades mais longas que as usuais, esta constitui a parte mais difícil de prestar atenção para essas crianças.

É comum dizer-se que esse tipo de criança parece estar no “mundo da lua”, fica com o olhar vago, perdido através da janela, distraído-se ou sendo solicitado por qualquer tipo de estímulo. Atende ao ruído que vem da rua, em seguida a tosse do colega, ao lápis do amigo que caiu no chão três filas adiante, entre outros. Enfim, tudo é motivo para

desconcentrá-lo. Trata-se de uma dispersão da atenção que não se fixa em um objetivo determinado, ou seja, uma falha em sua atenção seletiva, caracterizando o que se chama de **foco errático**: sua atenção para situações ou objetos menos importantes em um determinado contexto, não se fixando naquilo que é o mais importante (Cypel, 2003).

Barkley (2002) comenta uma pesquisa realizada por ele e colaboradores, na qual constatou que a criança com TDAH não têm problemas para absorverem informações e distinguir o que é importante na hora que são solicitados a realizar, enfatizando que elas têm a mesma capacidade que as crianças sem TDAH, para observar ou ouvir algo.

Brioso & Sarriá (1995), comentam que uma forma de compreender o alcance dos distúrbios de atenção nos hiperativos é fazer referências ao desenvolvimento normal do controle de atenção. Até os dois anos de idade, a atenção da criança é controlada e determinada por estímulos externos, esta criança não possui ainda controle voluntário, o qual só começa a surgir entre os dois a cinco anos de idade. A criança já consegue se concentrar em alguns aspectos de estimulação externa, mas atenção ainda é dominada pelos estímulos, e desta forma, continua sendo dirigida pelo ser interno. A criança já consegue desenvolver estratégias para atender os estímulos que ela considera importantes para solucionar problemas, sejam eles ou não os aspectos mais centrais da estimulação externa. Conclui-se que com as crianças hiperativas estes processos encontram-se alterados, já que o processo de atenção continua sendo dirigido à estimulação externa.

As crianças desatentas podem apresentar um nível mais alto de isolamento social e retraimento (Biederman, 1998; Pfiffner & cols., 2000 em Rohde, Mattos & cols., 2003). Alguns autores sugerem que crianças com TDAH predominantemente desatentas sofrem de inabilidade social, o que pode ser o cerne da imaturidade (com o isolamento, há pouca oportunidade de aprender habilidades sociais de forma apropriada) ou da ansiedade e da relutância de participar em atividades de grupo.

Infelizmente, à medida que essas crianças crescem, esperamos que elas se tornem aptas a fazer tais coisas, mesmo quando maçantes ou quando exigam muito esforço. Quanto mais velhas ficam, mais devem ser capazes de realizar tarefas necessárias, porém desinteressantes, com pouca ou nenhuma assistência. Aquelas com TDAH irão ficar atrás de outras nessa capacidade, talvez em algo em torno de 30% ou mais. Isso significa que uma criança com 10 anos com TDAH, por exemplo, pode ter um período de atenção equivalente ao de uma outra de sete sem TDAH. Isso irá exigir que outros participem, auxiliando a guiar, supervisionar e estruturar seu trabalho e seu comportamento. É fácil, então, perceber como

freqüentemente emergem conflitos entre as crianças com TDAH e seus pais e professores (Barkley, 2002).

Conforme Cypel (2003) é necessário que faça uma distinção entre uma desatenção Primária e outra chamada Secundária relacionada à circunstância de vida da criança. Crianças com déficit de atenção primário têm em geral alterações prévias e sérias do comportamento, com características pervasivas associadas a dificuldades persistentes da atenção seletiva. Nesses casos, a curta fixação da atenção é observada em todo o tipo de ambiente e na companhia de pessoas conhecidas ou não. Essas crianças nem sempre são hiperativas ou agressivas. Podem também, mostrarem-se imaturas em outros setores. Além da atenção seletiva, também poderá estar comprometida a intenção seletiva.

O déficit de atenção secundário é o tipo mais comum e afeta um número considerável de crianças. Os componentes da função da atenção estão todos preservados: o despertar, a atenção seletiva e a intenção seletiva. Neste grupo, vamos encontrar crianças com discretas alterações funcionais interferindo na atenção seletiva. Algumas, por exemplo, com dificuldades na área da compreensão da linguagem, embora com boa audição, poderão apresentar limitações no entendimento do que está sendo falado em classe, desconcentrando-se por períodos variados (Cypel, 2003).

O terceiro tipo é o déficit de atenção situacional. Ocorre predominantemente em uma condição específica. Por exemplo, poderá ocorrer uma situação na qual uma criança com dificuldade na aquisição da leitura e escrita estar freqüentando uma escola bilíngüe, exigente, que transmite uma quantidade razoável de ensinamentos diariamente, solicitando trabalhos para serem realizados em casa. Nessa pressão intensa de solicitação, a atenção poderá deteriorar-se, e, assim, permanecer enquanto persistem as exigências escolares. Trata-se de uma dificuldade de manutenção da atenção que ocorre somente na escola ou mesmo durante a realização das tarefas escolares em casa (Cypel, 2003).

É de fundamental importância ressaltar a necessidade da identificação de qual ou quais tipos de atenção estão ocorrendo, pois esse diagnóstico terá correlação direta com a conduta a ser tomada (Cypel, 2003).

2.3.2 Atividades motoras excessiva

Segundo Goldstein & Goldstein (1994) as crianças hiperativas tendem a ser excessivamente agitadas e ativas, e facilmente levadas a uma emoção excessiva. Elas têm

dificuldade se controlar o corpo em situações que exijam que fiquem sentadas em silêncio por muito tempo. Suas reações emocionais são mais intensas e mais frequentes que as de outras crianças. E isso ocorre independentemente do tipo de emoção que esteja sendo expressa: raiva, frustração, felicidade ou demonstra abertamente suas emoções. O termo superexcitação parece descrever melhor essa tendência.

Essa característica do TDAH conforme Barbosa, Barbosa & Amorim (2005) pode ser descrita como: inquietação, impaciência, fala em excesso, a criança parece movida por um motor, não consegue permanecer sentada, produz sons estranhos, está sempre em movimento e atrapalhando o funcionamento de algo; estas são algumas das muitas definições que escutamos, quando se refere a atividade motora da criança portadora do TDAH.

A ausência de um objetivo concreto, para a atividade corporal excessiva e desorganizada é o que permite diferenciá-la da superatividade, que observamos no desenvolvimento normal da criança em certas situações, como comentam Briosso e Sarriá (1995).

2.3.3 Impulsividade ou falta de controle

As crianças com TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade são mais agressivas que as crianças com um dos outros dois tipos, tendendo a apresentar altas taxas de rejeição pelos colegas e sofrer de impulsividade (Biederman, 1998; Rohde e cols. 1998 e 2000 em Rohde, Mattos & cols., 2003).

Segundo Castro e Malagris (2003) em Barbosa, Barbosa & Amorim (2005), a impulsividade está igualmente relacionada a dificuldade de esperar por sua vez, intrometendo-se em conversas e brincadeiras, refletindo em comportamento inadequado, que rotula esta criança como inconseqüente. Observa-se nas crianças hiperativas uma tendência à satisfação imediata de seus desejos e pouca tolerância às frustrações.

Pessoas hiperativas, conforme Joff (2005) tem dificuldades em lidar com o conceito do tempo, esquecem frequentemente das obrigações enquanto tomam banho, por exemplo.

Para Barkley (2002) a impulsividade observada no TDAH também pode explicar por que os adolescentes e os adultos jovens com TDAH têm dificuldades maiores para controlar o dinheiro e o crédito. Eles compram coisas que vêem e desejam apenas por impulsos, sem pensar no que realmente têm condições de adquirir no momento. Eles não ponderam as conseqüências que a compra desses itens terá em seu orçamento semanal ou em sua capacidade de cobrir os débitos já existentes.

A impulsividade em pessoas com TDAH não está limitada, aparentemente, a suas ações, pois também afeta seu pensamento. Uma evidência clara de que aqueles com TDAH acham mais difícil concentrar-se em seu trabalho e inibir pensamentos que não se relacionam à tarefa em mãos (Barkley, 2002).

2.4 A CRIANÇA HIPERATIVA EM CASA

O que se desenvolve em famílias nas quais um dos filhos (ou um adulto) tem TDAH é o que chamamos de Grande Luta. A criança com TDAH não consegue habitualmente cumprir suas obrigações, os afazeres domésticos, os deveres escolares, e respeitar os horários da família – levantar da cama na hora, chegar em casa na hora, sentar-se para as refeições na hora, estar pronto para sair na hora, manter o quarto arrumado, participar de forma cooperativa da vida familiar e, em geral, “seguir a programação” da casa. Isso conduz à tendência crônica, por parte dos pais, de estabelecer limites, com a adoção de penas cada vez mais rigorosas e limitações cada vez mais inflexíveis. Com isso, a criança se torna progressivamente mais desafiadora, menos cooperativa, mais alienada, o que leva os pais a ficarem exasperados com o que mais parece um problema de atitude, sob controle voluntário, e não o problema neurológico do TDAH. Quanto mais insuportável para os pais é o comportamento do filho, mais eles se tornam intolerantes com as desculpas ou explicações que a criança possa oferecer, menos propensos a acreditar em promessas de melhora e sempre mais tendentes a atitudes rigorosas, num esforço inútil para controlar o comportamento da criança. Aos poucos, o papel da criança na família se cristaliza, como o de “criança-problema”, e ela é eleita o bode expiatório para todos os conflitos e problemas da família (Hallowell & Ratey, 1999).

De acordo com Goldstein & Goldstein (1994) a criança hiperativa exerce um impacto significativo e às vezes inesperado sobre os membros da família, levando, algumas vezes, à falência emocional desta família, gerando discórdia, inclusive no casal, em relação aos procedimentos utilizados na disciplina da mesma. É difícil para os pais lidarem com a variação de comportamento desta criança, já que ela consegue certo controle sobre algumas atividades que são de seu interesse, e não obedece aos pedidos e atividades solicitados pelos pais, levando-os a interpretar estes comportamentos da criança como de propósito ou executados só para irritá-los. É comum que os pais culpem uns aos outros pelo problema da criança e os fatores estressantes multipliquem-se.

Os irmãos da criança, hiperativa também têm sentimentos negativos sobre elas, pois logo percebem que ela concentra mais tempo e atenção dos pais, o que torna uma fonte de inveja, ciúme, raiva e frustração, principalmente quando os irmãos são mais novos. A diferença de tratamento entre eles e a criança hiperativa acarreta, para os primeiros, perda de benefícios ou discriminação, o que aumenta ainda mais os sentimentos negativos. A relação entre os irmãos é muito difícil, pois sua baixa tolerância à frustração a conduz a não aceitar os direitos dos outros, como também afasta a possibilidade de troca de afeto. Os irmãos da criança que sofre do TDAH tendem a crescer cansados e exasperados por ter que conviver com essa força instável (Goldstein & Goldstein, 1994; Barkley, 2002).

De acordo com Hallowell & Ratey (1999), à medida que as crianças crescem, a negociação se torna mais importante nas famílias. A negociação é a chave para a gerência do comportamento de qualquer família ou grupo, mas persistir na negociação numa família com TDAH é muito difícil. Os autores recomendam um método de negociação que chamam de “negociação com princípios” ou “negociação por méritos”:

1. Pessoas: separar as pessoas do problema, conseguir desemaranhar o ego e o orgulho da pessoa de qualquer problema, de modo que o problema possa ser atacado sem que ninguém seja atacado no processo. Se a pessoa estiver agarrada ao problema, ela nunca poderá mudar de opinião, não importa quão razoável seja a solução, pois não deseja ficar desacreditada.
2. Interesses: concentrar-se nos interesses, e não nas posições. É isso que diferencia as negociações dos debates.
3. Opções: gerar uma variedade de possibilidades antes de decidir o que fazer. Isso é muito importante em famílias com TDAH, pois é uma tendência da pessoa com TDAH levar a discussão a um fechamento prematuro, apenas para não ter de suportar o problema da divergência.
4. Critérios: insista para que o resultado se baseie em algum padrão objetivo.

As interações com os pais também são difíceis, como já foi mencionado anteriormente. Porém, em uma pesquisa, Barkley (2002) constatou que estas crianças parecem se comportar melhor com os pais, sendo menos negativos e mais capazes de permanecer em tarefas do que quando em companhia das mães. O fator para isso é uma incógnita, contudo pode estar relacionado ao fator das mães terem mais responsabilidade para interagir com as crianças.

Muitas vezes é deixada à mãe a tarefa de interagir com este filho nas circunstâncias do dia-a-dia. A mãe geralmente se utiliza com carinho, do diálogo e da razão para lidar com os problemas de comportamento dos filhos, enquanto a maioria dos pais é menos paciente, e não se empenham num repetido apelo para que seu filho hiperativo realize uma tarefa. Outro fator provável para estas crianças obedecerem mais rápido ao pai, é que ele, ao contrario da mãe, interage menos com o filho, e gasta o tempo em atividades agradáveis e não nas atividades rotineiras. Com isto o marido culpa a esposa por não ter domínio da criança, porém, quando o pai cuida mais da criança, logo percebe as dificuldades do filho e passa a concordar com o relato da mãe (Barkley, 2002 e Goldstein & Goldstein 1994).

Barbosa, Barbosa & Amorim (2005) dizem que várias são as reações dos pais diante dos problemas comportamentais apresentados pelos filhos. De início tentam resolver de sua forma, negando que seu filho possa apresentar algum problema e com isso evitam o auxilio médico, pois seus filhos são apenas ativos pela energia da idade e afirmam que esta teimosia é da fase e logo passará.

De acordo com Barkley (2002), os pais tentam ignorar ou negar a atenção a seus filhos quando estes exibem comportamento disruptivo, como forma de diminuir o problema, já que acreditam que estas crianças estão querendo chamar atenção; com isto, pedem para elas pararem de se comportar desta ou daquela forma, dando-lhes ordens e direções no intuito de tentar controlar os impulsos da criança. Como não obtêm resultados positivos, utilizam o meio habitual da disciplina física ou outras formas de punição, como perdas de privilégios a fim de tentarem controlar esses comportamentos. Alguns pais, depois dessas tentativas, simplesmente desistem e algumas vezes fazem eles próprios as tarefas dos filhos, ou deixam por fazer; eles desistem em lhes dar ordens e deixa-os fazer o que lhes agrada.

Barkley (2002) relatou que quando chegam a esse ponto os pais podem passar por depressão, baixa auto-estima e pouca satisfação com o papel de pais. Ele ainda adverte que a convivência com essas crianças portadoras do TDAH pode comprometer a saúde mental dos pais e seu compromisso com a paternidade, podendo até piorar se esses pais já tiveram problemas emocionais.

Alguns pais podem, inicialmente, engajar-se na negação do rótulo, do diagnóstico ou da base neurológica. Eles mantêm, desesperadamente, seu ponto de vista original de que nada está errado que não possa ser corrigido através de conselhos ou métodos mais simples para controlar o comportamento. Essa reação ocorre, provavelmente, quando os pais não suspeitam que muita coisa estava errada com seu filho, ou mesmo se o pai de um amiguinho

levanta a possibilidade de existir algum problema. Quando os pais são os últimos a saber que seu filho é portador de TDAH, é natural negar ou minimizar a extensão do problema até que possam reavaliar a informação que receberam sobre o problema de seus filhos, pensando por si próprios (Barkley, 2002).

Outros pais aceitam, desejosamente, a informação que recebem sobre o TDAH, abraçando sua mensagem como resposta à busca desesperada de longa data. Finalmente, eles têm uma denominação para as preocupações com seu filho e podem buscar forma de auxílio (Barkley, 2002).

Essas famílias dão, geralmente, boas-vindas ao alívio do peso que carregam quanto à incerteza e à culpa. Sabendo que o TDAH é de base biológica, libertam-se da idéia prévia que criaram sobre o problema. Para alguns pais, um diagnóstico de TDAH provoca ira – ira voltada a todos que asseguraram que nada estava errado; ira àqueles que culpam os pais pela falta de controle do problema de seus filhos. Quando os pais descobrem, finalmente, que não são os culpados, ira e ressentimento não são reações exageradas (Barkley, 2002).

É natural e saudável uma leve reação de tristeza diante da informação sobre o TDAH em um filho. Quase todos os pais, quando confrontados com a novidade de que seu filho é algo diferente, afligem-se com a perda do estado de normalidade. Alguns pais se entristecem com só futuros riscos de seus filhos; outros reagem às mudanças que a família tem de fazer para se acomodar ao TDAH (Barkley, 2002).

O resultado natural e desejado de lidar com a informação sobre o TDAH é a aceitação – aceitação do que seu filho é e como pode se tornar e, igualmente importante, do que seu filho não é nem nunca se tornará. Ocorre, nesse estágio, a paz da mente, como se uma nuvem se elevasse, permitindo que os pais vejam os problemas de seu filho e suas próprias reações em face desses problemas mais claramente (Barkley, 2002).

A decisão de buscar ajuda geralmente ocorre quando estas crianças entram na idade pré-escolar e percebem que seu filho se comporta de forma diferente em relação a outras crianças, pela sintomatologia apresentada (déficit de atenção, impulsividade e hiperatividade) que torna difícil de ser ignorada, quando finalmente concluem que algo está errado.

É no ambiente escolar que a grande maioria dos pais toma conhecimento que o comportamento impulsivo e desatento do seu filho não é apenas característico da idade, sendo

necessário atenção e um tratamento. Barkley (2002) alerta os pais que quando começarem a suspeitar que seu filho pode sofrer do TDAH, procurem auxílio.

Quanto antes os pais identificarem os sintomas e procurarem auxílio de profissionais especializados como médicos (neurologistas, pediatra), psicólogo ou psiquiatra, para obterem uma avaliação completa e detalhada, que conduza ao tratamento, mais cedo serão evitadas os malefícios que este transtorno ocasiona na vida da criança e dos que convivem ao seu redor (Barbosa, Barbosa & Amorim, 2005).

De acordo com Barkley (2002) os pais podem ter algumas reações emocionais quando descobrem que seus filhos são portadores do TDAH. Alguns se sentem aliviados, aceitando de forma positiva, enquanto outros negam. Eles engajam-se na negação do rótulo, do diagnóstico ou da base neurológica. Quando eles são os últimos a saber que seu filho é portador do TDAH é natural negar o problema até que possam refletir sobre a informação, e conhecer esse transtorno. Outros pais, no entanto, recebem a informação com alívio, porque já existe uma causa para o comportamento do filho e desta forma já podem buscar auxílio e liberar-se do peso que carregam quanto à incerteza e a culpa de terem criado um problema.

De acordo com Goldstein & Goldstein (1994), os pais devem ver o mundo com os olhos do filho hiperativo, o que irá auxiliá-lo a lidar com ele no cotidiano. É importante salientar que os pais têm um papel fundamental para auxiliar estas crianças, porém, faz-se necessário também aprender a cuidar de si, já que este trabalho é cansativo e estressante.

2.5 A CRIANÇA HIPERATIVA NA ESCOLA

Numa época em que se luta pela inclusão de todos os alunos, não é razoável conceber uma escola exclusiva para portadores de TDAH. Eles precisam ter benefícios de convívio social com os colegas da mesma idade e aprender a lidar com regras, com a estrutura e os limites de uma educação organizada, pois a escola representa, em pequena escala, a sociedade em que irão viver quando chegarem à idade adulta. O sucesso na sala de aula pode exigir uma série de intervenções. A maioria das crianças com TDAH pode permanecer na classe normal, com pequenas intervenções no ambiente estrutural, modificação de currículo e estratégias adequadas à situação (Chadd, 2000 em Rohde, Mattos & cols., 2003).

O professor tem o papel fundamental no processo de aprendizagem e na saúde mental de crianças e adolescentes com TDAH. Ao tomar conhecimento das dificuldades que ocorrem numa família com membros portadores de TDAH, é provável que os professores

comecem a entender a atitude dos pais, da mesma forma que os pais podem sensibilizar-se com a situação dos professores se souberem das reais dificuldades que os seus filhos encontram na escola (Rohde & Benczik, 1999).

Segundo Barkley (2002), as crianças com TDAH têm grandes dificuldades de ajustamento diante das demandas da escola. Um terço ou mais de todas as crianças portadoras de TDAH ficarão para trás na escola, no mínimo uma série, durante sua carreira escolar, e até 35% nunca completará o ensino médio. As notas e pontos acadêmicos conseguidos estão significativamente abaixo das notas e pontos de seus colegas de classe. Entre 40% a 50% dessas crianças acabarão por receber algum grau de serviços formais através de programas de educação especial, como salas com recursos, e até 10% poderá passar todo o seu dia escolar nesses programas. Complicando esse quadro, existe o fato de que mais da metade de todas as crianças com TDAH também apresentam sérios problemas de comportamento opositivo. Isto ajuda a explicar porque entre 15 a 25% dessas crianças serão suspensas ou até expulsas da escola devido a problemas de conduta.

Na idade escolar, segundo Goldstein & Goldstein (1994), a criança hiperativa começa a se aventurar no mundo e já não tem a família para agir como um amortecedor. O comportamento, antes aceito como engraçadinho ou imaturo, já não é tolerado. A criança hiperativa que está no jardim-de-infância precisa agora aprender a lidar com as regras, a estrutura e os limites de uma educação organizada, e seu temperamento simplesmente não se ajusta muito bem com as expectativas da escola. Rapidamente seu comportamento ocupa uma porcentagem desproporcionalmente grande do tempo do professor. Infelizmente, esta atenção por parte do professor é frequentemente negativa e dirigida à criança por ela não estar fazendo o que dela se espera. Isto desintegra ainda mais a classe, pois existem muitas outras crianças que preferiam assistir a uma batalha entre o professor e a criança hiperativa completar seu próprio trabalho.

Algumas crianças com TDAH, segundo Mattos (2003), conseguem ter bom desempenho acadêmico (e profissional, no futuro), mas muitas apresentam desempenho abaixo do esperado em relação aos seus pares e ao seu potencial, não sendo raras as repetições. O TDAH ocorre em toda a faixa de inteligência, qualquer QI pode ser encontrado em quem tem o transtorno, desde aluno com inteligência limítrofe até os superdotados.

Silva (2003) diz que o desempenho escolar da criança com TDAH é marcado pela instabilidade. Um exame nos boletins escolares ou nos registros dos professores pode ilustrar bem o problema. Em um momento, ela é brilhante, em outros, inexplicavelmente, não

consegue aprender os conteúdos ministrados. Tais momentos tão díspares, muitas vezes, são bastante próximos no tempo. Não é incomum que se alterem de um dia para o outro. A instabilidade de atenção é a causa desse sobe-e-desce no desempenho. A criança hiperativa também tem a incapacidade de manter-se quieta em sua carteira, que a impedirá não só de aprender, como também de conquistar e manter amizades.

Para Mattos (2003), além da inteligência, outros fatores podem modificar o prognóstico de quem tem TDAH:

1. A presença de outros problemas associados ao TDAH, algo comum, em geral leva a um pior desempenho acadêmico ou a uma pior adaptação na escola. Muitos alunos diagnosticados com TDAH apresentam outros problemas e são justamente estes que causam a maior parte das dificuldades.
2. Problemas familiares significativos, famílias caóticas ou com muitos problemas de relacionamento interpessoal podem comprometer o desempenho da criança ou do adolescente.
3. Presença de quadros de depressão ou ansiedade significativas em co-morbidade com o TDAH se associam o pior desempenho acadêmico.
4. Abuso de álcool e/ou drogas que, por si só, já traz muitos problemas.

Quanto aos alunos que apresentam dificuldades e elas são exclusivamente secundárias aos sintomas do TDAH, observa-se que são crianças e adolescentes que vivem no mundo da lua, fazem erros “por bobagem”, parecem estar prestando atenção a outra coisa, esquecem de algo que havia estudado previamente, respondem antes de ler ou ouvir a pergunta até o final e evitam tarefas longas, monótonas ou que exijam concentração (Mattos, 2003).

É sábio escolher uma escola que esteja o mais próximo possível dos valores da família, que dê importância às mesmas coisas que os pais dão, que siga o caminho que os pais pretendem trilhar, enfim, uma escola que complemente a educação que o aluno recebe em casa (Bromberg, 2001 em Rohde, Mattos & cols., 2003). Do contrário, o conflito resultante de visões educacionais contraditórias pode trazer resultados desastrosos para o desenvolvimento desse aluno.

Rohde, Mattos & cols. (2003) aconselham escolher uma escola que tenha a preocupação com o desenvolvimento global do aluno, em vez de uma que vise a algum tipo específico de sucesso. A escola que melhor atende as necessidades dos portadores de TDAH é

aquela cuja preocupação maior está em desenvolver o potencial de cada um, respeitando as dificuldades individuais, reforçando os seus pontos fortes e auxiliando na superação dos pontos fracos, pois eles precisam de apoio e intervenção psicopedagógica mais intensos.

2.6 COMO OS PAIS E PROFESSORES DEVEM LIDAR COM A CRIANÇA HIPERATIVA

O passo inicial para todos os pais e/ou professores, segundo Silva (2003), é o conhecimento. Quanto mais eles estudarem, se informarem e se educarem sobre o problema de seus filhos, mais estarão preparados para lidar com ele da forma mais apropriada. Além disso, conhecer profundamente o problema capacitará os pais e/ou professores a enxergarem o mundo através dos olhos de seus filhos. Conhecer como eles se comportam, por que e quando, saber principalmente que muitas vezes deflagra comportamentos indesejáveis e ter em mente que muitas vezes a criança não tem a intenção ou consciência da inconveniência de seus comportamentos, possibilitará aos pais e/ou professores agirem de forma preventiva e também a controlarem seus próprios acessos de raiva em relação à criança.

O passo seguinte, segundo Silva (2003), é consequência do primeiro: saber diferenciar desobediência e inabilidade. Uma vez que os pais e/ou professores conheçam suficientemente bem o problema, eles estarão aptos a distinguir quando a criança está sendo desobediente e rebelde, ou quando, simplesmente, não está conseguindo controlar seus impulsos e fazer o que eles ou outras pessoas responsáveis estão pedindo. Para o primeiro caso, os pais e/ou professores podem sinalizar com as consequências desagradáveis de a criança não fazer o que se pede, e, em último caso, lançar mão de punição. A criança com TDAH está freqüentemente recebendo punições e verbalizações negativas por atos que não aprendeu a controlar, sem muitas vezes ter a intenção de ser desobediente ou opositora. Obviamente, essa criança aprenderá a enxergar o mundo como um lugar punitivo, restritivo e controlador. Daí, sim, poderá desenvolver comportamentos rebeldes e desobedientes em reação a um ambiente hostil. Ela ouve centenas de vezes frases como “deixa disso”, “pare com isso”, “não faça isso”, “tire a mão daí”, “não mexa nisso”, “saia daqui” etc. Ouve várias vezes sobre o que não deve fazer, mas também não sabe o porquê de não poder fazer aquilo e o que deveria estar fazendo em seu lugar. Resumindo, é punida por algo de errado que não sabe bem o que é, ao passo que ninguém lhe diz o que ela então deveria estar fazendo! Assim, é extremamente importante que os pais e/ou professores aprendam a dar ordens positivas.

O próximo passo, segundo Silva (2003), é saber dar ordens positivas. Isso vai um pouco contra o que se aprende a fazer, de forma não espontânea, levando um pouco de tempo e prática até que se acostume. Em geral, destaca-se no ambiente o que desagrada, em detrimento das situações agradáveis. Se o filho faz algo errado, isto imediatamente salta os olhos, ao passo que, quando está se comportando do modo como se deseja, é adotada uma postura indiferente, ou seja, porque ser comparado não chama a atenção, ou porque se parte da pressuposição errônea de que fazer o certo é natural, obrigatório e devido, e, portanto, não há necessidade de incentivo nem de reforço especial. Assim, uma criança é constantemente repreendida, quando não faz o que se espera que faça, ao mesmo tempo em que não é elogiada, quando faz o que dela se espera. Daí, podemos imaginar a confusão que começa a se avolumar nessa pequena mente: “Tudo que faço é errado, mas o que será o certo?”

É bem provável que a criança com TDAH obedeça por um tempo a ordem, até que se distraia e sua impulsividade dê novamente partida para outros entra-e-sai. Uma vez que se tenha estabelecido o que se quer da criança e tenha sido dito a ela, em forma de instrução positiva, é extremamente importante que a recompense imediatamente após fazer o que se quer. Essa recompensa pode ser social (elogios, beijos, dizer o quanto ela o deixa feliz, etc.) ou não-social (como balas, bombons ou mesmo um sistema de pontos que, acumulados, valerão alguma coisa importante para a criança). A recompensa mais positiva para a auto-estima da criança é a de cunho social. No entanto, quando se está tentando modificar o comportamento inconveniente, é importante que no início do processo as recompensas sejam não-sociais, por causa de seu caráter concreto e imediato. Jamais se deve esquecer de que, para a criança com TDAH, elogios, incentivos e demonstração de amor são o aditivo mais eficaz para a grande quantidade de combustível que ela tem, mas que eram queimados inadequadamente ou subutilizados, seja pelas características específicas do comportamento do TDAH, seja pela grande quantidade de repreensões que ela ouve e abalos que são imputados em sua auto-estima (Silva, 2003).

O último passo é a continuidade dos anteriores e seu objetivo principal é sempre promover o sucesso da criança. Hábitos arraigados são difíceis de mudar, mas não impossíveis. Trata-se de abandonar o padrão antigo de valorizar mais as atitudes negativas da criança e mudar para um padrão de sempre incentivar, reforçar e promover o sucesso dela (Silva, 2003).

Goldstein & Goldstein (1994) afirmam que os pais das crianças hiperativas devem ser pacientes, persistentes e orgulhosos. Devem estar dispostos a ter paciência para instruir os

professores sobre os distúrbios de atenção da infância e oferecer recursos, compreensão e apoio. Os pais das crianças hiperativas devem ser persistentes em seus esforços de ajudar seu filho a obter sucesso na escola. Devem aprender a transpor os obstáculos e a assumir compromissos, além de reconhecer quais tipos de intervenção são possíveis de serem executadas pelos professores e pelos educadores especiais. Os pais devem estar dispostos a oferecer auxílio adicional na forma de sugestões para os programas de orientação comportamental que possam ser implementados na escola e seguidos em casa. Os professores de classe são muito receptivos a tais idéias, especialmente quando já esgotaram todo o seu próprio repertório.

Os pais devem estar dispostos a recrutar o auxílio de um psicólogo ou educador comunitário para trabalhar com a equipe da escola. Finalmente, os pais devem ser orgulhosos, devem trabalhar para ajudar os professores a entender que existem valores e potenciais em toda criança. Os pais devem ajudar os professores a aprenderem a procurar, nutrir e reforçar aquilo que existe de positivo na criança hiperativa e a entender que com o passar do tempo essa criança pode e deve se tornar um membro que colabora para a comunidade escolar. Da mesma forma que é importante que os pais se coloquem na posição de seu filho para ajudar a criança a lutar, é igualmente importante que os pais vejam as coisas da perspectiva do professor. Os professores também devem ser francos e honestos com os pais (Goldstein & Goldstein (2004).

Cypel (2003) dá algumas sugestões que podem ser utilizadas nas escolas:

1. A primeira atitude, até de bom senso, é colocar o aluno sentado bem próximo ao professor, logo na primeira fila. Será fácil assim vigiá-lo e estimulá-lo na participação e realização das atividades;
2. O professor experiente tentará encontrar estratégias para motivar aquele aluno, o que, em algumas vezes, pode ficar descuidado. Um pequeno detalhe na apresentação do material, um acréscimo particular na didática e terá ganho a atenção e o interesse do aluno;
3. Solucionar a relação das tarefas dentro da capacidade demonstrada pela criança e, aos poucos, com cuidado, solicitar algo mais. Se as tarefas forem em grande quantidade, procurar dividi-las em duas ou três partes. Exigências exageradas terão respostas incompletas e desestimularão a criança, expondo-a ao fracasso. Nesse período, quanto mais sucesso puder obter e usufruir, melhor será.

- Procurar elogiar o aluno quando as tarefas e o comportamento estiverem adequados;
4. Evitar correções e comentários desabonadores, depreciativos. Mais eficiente será chamar o aluno para próximo de si e mostrar-lhe como é o certo, tantas vezes quantas forem necessárias;
 5. Manter a classe organizada facilitando, por conseqüência, a organização do aluno. Inserir rotinas com essa mesma facilidade para que tenha uma previsibilidade do que vai ocorrer;
 6. Manter o diálogo com o médico e outros profissionais que lidam com a criança para ter informações, trocar idéias e encontrar estratégias que possam beneficiá-la;
 7. Se o aluno estiver em um dia de maior inquietude oferecer-lhe a oportunidade de sair da sala, ir ao banheiro, ou levar algo até a biblioteca.

É difícil encontrar-se a escola e o ambiente ideal para a criança desatenta e/ou hiperativa. Essa ambientação precisa ser criada, organizada para cada criança individualmente, do ponto de vista do preparo dos professores, do material e do planejamento das atividades. Absorver uma criança nessas condições e tentar improvisar esquemas sem a suficiente experiência poderá apresentar mais um fracasso à vida desse individuo e que resultará, em um curto período de tempo, em mais nova perda, vindo como conseqüência o “convite” para sair da escola (Cypel, 2003).

2.7 DIAGNÓSTICO

Conforme Hallowell & Ratey (1999), o primeiro passo no processo diagnóstico é encontrar um médico que tenha conhecimento do assunto TDAH, sentar com ele e examinar a sua história de vida. Se após rever sua história o médico concluir que: (1) há sintomas de TDAH; (2) apresenta desde criança; (3) tem os sintomas em grau muito maior do que outras pessoas da mesma idade mental; (4) não há outro diagnóstico capaz de explicar os sintomas – ai há um diagnóstico presumível de TDAH.

Os critérios diagnósticos para o TDAH do DSMIV foram derivados e têm sido avaliados em pesquisas com amostras populacionais e clínicas (Baumgaertel e cols., 1995; Lahey e cols., 1994; Wolraich e cols., 1996; Rohde e cols., 2002 em Rohde, Mattos & cols., 2003).

A seguir tem-se uma tabela com os critérios diagnósticos para o TDAH do DSM-IV em sua íntegra:

Crítérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
A. Ou (1) ou (2)
<p>1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:</p> <p>Desatenção:</p> <p>(a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras</p> <p>(b) com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas</p> <p>(c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra</p> <p>(d) com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)</p> <p>(e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades</p> <p>(f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)</p> <p>(g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)</p> <p>(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa</p> <p>(i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias</p>
<p>(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:</p>
<p>Hiperatividade:</p> <p>(a) freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira</p> <p>(b) freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado</p> <p>(c) freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)</p> <p>(d) com freqüência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer</p> <p>(e) está freqüentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"</p> <p>(f) freqüentemente fala em demasia</p>
<p>Impulsividade:</p> <p>(g) freqüentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas</p> <p>(h) com freqüência tem dificuldade para aguardar sua vez</p> <p>(i) freqüentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras)</p>
B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.
C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).
D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).

Crêterios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Aten�o/Hiperatividade
Codificar com base no tipo:
F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Aten�o/Hiperatividade, Tipo Combinado: se tanto o Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses. F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Aten�o/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento: Se o Critério A1 � satisfeito, mas o Critério A2 não � satisfeito durante os últimos 6 meses. F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Aten�o/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: Se o Critério A2 � satisfeito, mas o Critério A1 não � satisfeito durante os últimos 6 meses.
Nota para a codifica�o: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar "Em Remissão Parcial".

Fonte: DSM, 1995

O propósito da avalia o diagnóstica da criança e do adolescente   determinar a psicopatologia presente e estabelecer o diagnóstico diferencial, a fim de que se possa determinar um plano de tratamento que envolva o paciente e sua família (AACAP, 1997 em Rohde, Mattos & cols., 2003). De modo específico,   necessário que, na avalia o diagnóstica da criança sejam identificados os fatores que levam a família a buscar uma avalia o psiquiátrica.

Para Rohde, Mattos & cols. (2003), o diagnóstico de TDAH pode também envolver avalia es complementares com outros profissionais e outras especialidades médicas. Inicialmente, uma avalia o das capacidades auditiva e visual da criança   necessária, já que dificuldades ativas podem ocorrer na vigência desses déficits sensoriais. Alem disso, normalmente, sugere-se: a) encaminhar, para a escola, escalas objetivas para avalia o de desaten o, hiperatividade e impulsividade que possam ser facilmente preenchidas pelos professores; b) avalia o neurológica; c) avalia o neuropsicológica; d) avalia o psicopedagógica ou pedagógica.

Testes psicológicos também podem ser instrumentos úteis para auxiliar o processo diagnóstico do TDAH. Para crianças, um dos mais aceitos e largamente utilizados   WISC (*Wechsler Intelligence Scale for Children*), teste de inteligência e execu o, composto de subescalas para habilidades verbais, espaciais, de aten o, entre outros. O WAIS (*Wechsler Adult Intelligence Scale*)   um teste de características semelhantes, desenvolvido para a popula o adulta. Os resultados de tais subescalas, quando apresentam determinadas discrepâncias, podem fornecer indicativos para o diagnóstico do TDAH (Silva, 2003).

2.8 TRATAMENTO

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 & Ratey, 1999).

Conforme Mattos (2003), o tratamento do TDAH envolve vários aspectos que são complementadores. Alguns passos podem ser opcionais, no caso de crianças e adolescentes:

1. Confirmação do diagnóstico e avaliação de outros diagnósticos associados. Isso pode exigir o parecer de um especialista e a realização de entrevistas mais aprofundadas, preenchimento de questionário e realização de testes neuropsicológicos incluindo testes feitos por fonoaudiólogos;
2. Explicação detalhada do transtorno, indicação de livros, associações ou sites da Internet para que os pais conheçam melhor o TDAH;
3. Uso de medicamentos;
4. Orientação aos pais, incluindo a modificação do ambiente de casa e aconselhamento sobre a forma de se lidar com o transtorno;
5. Orientação à escola;
6. Terapias e programas especializados;
7. Treino em técnicas de reabilitação da atenção.

Se o diagnóstico de TDAH estiver claro, ou seja, se existe desatenção, hiperatividade e impulsividade que causam problemas significativos na escola, no ambiente familiar, no convívio com outras pessoas em geral, o tratamento com medicamentos sempre deve ser feito (Mattos, 2003).

Segundo Cypel (2003), o efeito de alguns medicamentos tem como mecanismo de ação favorecer uma maior concentração dos neurotransmissores catecolaminérgicos na fenda sináptica, seja por aumento de sua liberação local, redução em sua metabolização ou por maior reaproveitamento após sua utilização. Este efeito medicamentoso depende da droga utilizada e das características de cada criança, isto é, duas crianças com sintomas semelhantes poderão ter respostas diferentes a um mesmo medicamento.

Para Barkley (2002) os medicamentos são formas mais largamente prolongada e ardentemente debatidas em relação ao tratamento para o TDAH. Centenas de estudos conduzidos indicam que os estimulantes, certos antidepressivos e clonidina (droga utilizada para o tratamento da hipertensão em adultos) podem ser de grande utilidade para portadores

de TDAH. Os estimulantes, as drogas mais comumente utilizadas, têm-se mostrado bastante eficazes na melhora do comportamento, desempenho acadêmico e ajustamento social para aproximadamente 50 a 95% das crianças com TDAH. As medicações mais comuns incluem Ritalina (metilfenidato), Dexedrina (d-anfetamina), Adderall (associação de d-el-anfetamina) e Cylert (pemolina).

No presente, o potencial efeito colateral do metilfenidato sobre o crescimento não parece provocar conseqüências sérias de longo prazo, mas é uma questão controversa que requer atenção adicional (Holmes, 2001), dose-dependente, surge nos primeiros dias ou semanas do tratamento, e é transitória, desaparecendo poucos dias após seu surgimento. Pode-se dividir os efeitos adversos das drogas em dois grandes grupos, a saber: aqueles que surgem a curto prazo e aqueles que surgem a longo prazo (Rohde, Mattos & cols., 2003).

Dentre os primeiros, temos, com maior freqüência: anorexia, insônia, ansiedade, irritabilidade, labilidade emocional, cefaléia e dores abdominais. Com menos freqüência, citamos: alterações de humor, tiques, pesadelos e isolamento social. Psicose causada pela droga é grave e exige a retirada imediata da mesma (Rohde, Mattos & cols., 2003).

Grande maioria dos profissionais não-médicos que têm um bom conhecimento acerca do TDAH e que trabalham em centros de pesquisa ou referências para tratamento informa que é necessário o uso de medicamentos e indica um médico de sua confiança, geralmente com quem trabalha em equipe. Muitos, inclusive, só aceitam para tratamento psicoterápico pacientes medicados, porque sabe que seu trabalho não terá o mesmo êxito com pacientes sem medicação. A psicoterapia não é alternativa à medicação, é complementar (Mattos, 2003).

Nos casos mais brandos é possível, conforme Cypel (2003), no consultório médico, fazer-se uma orientação aos familiares para as situações mais freqüentes no dia-a-dia, visando a maior e mais adequada colocação de limites, organização dos materiais escolares, disciplina nas atividades em geral e na rotina das alimentações. Embora com dificuldade, alguns pais passam a exercer melhor seus papéis, conseguindo, assim, um bom resultado.

Em casos mais complexos nos quais o comportamento da criança está bastante alterado e os familiares se dizem exauridos para quaisquer tentativas de intervenção, mesmo porque o que fazem “só piora” e o desgaste familiar é importante, opta-se pelo recurso de ajuda psicoterápicas (Cypel, 2003).

Terapia familiar, terapia de casal e psicoterapia individual procuram abordar os aspectos relacionados com a dinâmica familiar, tratando conjuntamente os componentes da família (pai, mãe e filho), ou, então, lidando somente com o casal (Cypel, 2003).

A importância da abordagem familiar é, entre outros aspectos, não tomar a criança como sendo o único foco do problema. Embora ela seja o elemento sintomático, a terapia familiar a vê como fazendo parte de um sistema de relacionamentos afetivos desarmônicos e cuja psicodinâmica pode estar comprometendo a todos de maneira geral, muitas vezes de modo despercebido. Portanto, todos terão de rever sua posição na estrutura familiar (Cypel, 2003).

A terapia cognitiva constitui uma atividade terapêutica que inclui trabalhar conjuntamente processos cognitivos e comportamentos da criança, utilizando-se de técnicas operacionais (Cypel, 2003).

3. CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE

Psicólogos, sociólogos, antropólogos, filósofos e os mais diversos cientistas sociais têm estudado a questão da identidade. Grubits (1996) em sua obra diz que uma das áreas que mais têm se desenvolvido na formação do psicólogo social no Brasil é a Identidade, por ser considerada de importância fundamental para o entendimento da construção do ser social e conseqüentemente, da cidadania.

Berger & Luckmann (1983), em 1966, citado por Grubits (1996), afirma que a socialização primária, que o indivíduo experimenta na infância, demanda mais do que um aprendizado puramente cognitivo, pois ocorre em circunstâncias carregadas de alto grau de emoção. Este processo implica uma dialética entre identificação pelos outros e a auto-identificação, entre a Identidade objetivamente atribuída e a Identidade subjetivamente apropriada. A formação do outro generalizado, na consciência infantil, significa que o indivíduo se identifica não apenas com os outros concretos, mas com a generalidade dos outros, isto é, com a sociedade e desta forma é que sua identificação consigo mesmo alcança estabilidade e continuidade.

O processo de formação da identidade, segundo Erikson (1998), surge como uma configuração desenvolvente, uma configuração que, gradualmente, integram dados constitucionais, necessidades libidinais idiossincráticas, capacidades preferidas, identificações significativas, defesas efetivas, sublimações bem-sucedidas e papeis constantes. Tudo isso, entretanto, só pode emergir de uma mútua adaptação de potenciais individuais, visões de mundo tecnológicas e ideologias religiosas ou políticas.

A construção sadia de uma Identidade envolve um processo de formação do sujeito, que se realiza de um modo descontínuo, sendo assim, via de regra, marcado por

crises, estudadas em diferentes contextos teóricos, como por exemplo, na tradição teórica analítica ou na cognitiva do desenvolvimento. (Grubits, 1996).

Uma das formas mais simples, habitual e inicial em uma apresentação, conforme Ciampa em Lane & Codo (1985) é fornecer um nome, um substantivo. Nós nos identificamos com nosso nome, que indica uma singularidade: nosso nome próprio.

O primeiro grupo social que fazemos parte é a família, exatamente quem nos dá nosso nome. Nosso primeiro nome nos diferencia de nossos familiares, enquanto o último, o sobrenome, nos iguala a eles. O uso do próprio nome pela criança é um importante evento no desenvolvimento do seu autoconceito (Bee, 1977). Sucessivamente, vamos nos diferenciando e nos igualando conforme os vários grupos sociais de que fazemos parte: brasileiro, igual a outros brasileiros, diferente dos estrangeiros; homem ou mulher.

Grubits (1996) se refere a Zimerman (1993), quando diz que o sentimento de Identidade se processa nos planos: sexual, social, profissional, entre outros, a partir de identificações. No plano social, os valores culturais se formam através de normas, hábitos, leis e preconceitos e são fatores determinantes na construção da Identidade.

Para Zimerman (1993) em Grubits (1996), a família e principalmente os pais são os principais modelos de identificação. Existe uma tendência de que conflitos, valores, expectativas, interdições, presentes no mundo interior dos pais sejam reproduzidos nos filhos. Ele chama a atenção para os “*enunciados identificatórios*”, que impregnando a criança de rótulos, como o de preguiçoso ou irrequieto, por exemplo, ou nas predições como “vai ser advogado famoso ou um vagabundo”, determinam a adaptação da criança à Identidade que lhe é imposta, sendo a consequência mais comum o fato de que sua conduta irá confirmar a previsão dos pais.

Além disso, a ausência da função paterna mantém a criança indiferenciada da mãe e assim ela permanece no desejo dela e, portanto, ela não tem o seu próprio desejo, o que impede o desenvolvimento de sua individualidade e Identidade e o reencontro de si (Zimerman, 1993 em Grubits, 1996).

Freud (1976) conceitua identificação como a manifestação mais prematura do laço afetivo com outra pessoa e que desempenha um importante papel na pré-história do complexo de Édipo. Para ele a identificação primária é direta e imediata, situando-se antes de qualquer investimento do objeto enquanto que as identificações secundárias se estabelecem

consecutivamente a uma relação de objeto propriamente dita ou a uma ligação previamente estabelecida.

Freud (1976), em 1921, apresenta três formas de identificação. A primeira é a própria relação afetiva mais precoce com outra pessoa anterior à escolha de objeto, na identificação primária com o pai. Outra forma seria a identificação regressiva que é posterior à escolha de objeto e em particular o abandono deste, como por exemplo, a identificação que sucede o complexo de Édipo e por último, a identificação parcial com um traço de outro indivíduo, através da imitação da personalidade ou conduta do outro.

Além de afirmar que a identificação se traduz por uma modificação no ego, sob forma de um resíduo ou depósito, assegura ainda que a idéia de uma vida pulsional desligada da realidade externa é um conceito vazio, pois a satisfação da pulsão, seja ela sexual, agressiva ou de autoconservação, está relacionada à existência de objeto à psique do indivíduo (Grubits, 1996)

Um fato significativo, de acordo com a teoria freudiana, é que simultaneamente à identificação com o pai, ou um pouco mais tarde, o menino começa a tornar a mãe como objeto de suas pulsões libidinais, no primeiro caso o pai é modelo a imitar, no segundo, a vinculação psicológica é francamente sexual. Inicialmente as duas vinculações coexistem sem influir uma na outra. Mas à medida que as vinculações vão-se aproximando até se encontrarem, surge o complexo de Édipo, sendo a indicação ambivalente desde o principio, podendo envolver tanto o desejo de imitar quanto de eliminar. Assim, se o menino quer imitar o pai, sendo como ele, deve substituí-lo em todas as situações, inclusive no relacionamento com a mãe. Como essa substituição total encontra o obstáculo que é a continuação da existência do pai, aparece a hostilidade e o complexo pode então emergir (Freud, 1976).

Segundo Kail (2004), à medida que a criança aprende os comportamentos atribuídos a homens e a mulheres, começam a se identificar com um desses grupos. A criança constrói uma identidade de gênero, a percepção de si mesma como homem ou mulher.

As crianças, em diferentes fases de desenvolvimento, identificam-se com aqueles aspectos parciais de pessoas pelos quais elas próprias são mais diretamente afetadas, quer na realidade como em fantasias. As suas identificações com os pais, por exemplo, concentram-se em certas partes, características e aparências funcionais, supervalorizadas e mal compreendidas, do corpo. Esses aspectos parciais, além disso, são favorecidos não por causa da sua aceitabilidade social (eles são freqüentemente tudo menos os atributos mais ajustados

dos pais), mas pela natureza da fantasia infantil que só gradualmente dá lugar a um julgamento mais realista. (Erikson, 1976)

Conforme a obra de Bee (1977), duas realizações cognitivas precedem o primeiro estágio de desenvolvimento do autoconceito pela criança, primeiro, ela precisa reconhecer que está separada dos outros, que o corpo de sua mãe não é uma extensão do seu próprio. Freud (1976) fala de uma relação inicial da criança com sua mãe, na qual parece considerar as duas como uma unidade. Piaget (2002) também enfatiza que a criança muito pequena ainda não compreende a separação entre “eu” e “não eu”. Durante os primeiros seis ou oito meses, da mesma forma como a criança desenvolve o conceito de objeto, ela desenvolve noção de separação de si em relação ao resto do mundo. Mas, uma vez que ela tenha feito isto, ela precisa adquirir uma outra relação cognitiva necessária; precisa conceber que ela é um evento constante. Em um sentido, esta compreensão é meramente uma extensão de sua noção emergente de Constancia do objeto, exceto que nesta circunstância ela e seu corpo são os objetos. A criança precisa chegar a considerar a si e a seu corpo como evento contínuo e único, antes que possa desenvolver um conceito estável de si.

Para Oliveira (1984) na obra de Oliveira (1994), o auto conceito se apresenta como “a atitude que o indivíduo tem de si mesmo, decorrente da maneira como se percebe”; a auto-imagem constitui-se em um silêncio de autoconceito, mas com uma ênfase no aspecto social de sua formação; auto-estima, por outro lado, é abordada em termos de uma atitude valorativa do indivíduo com relação a si mesmo. Carl Rogers (1981) considera o autoconceito como sendo as auto percepções do indivíduo.

Outra influência que forma a identidade da criança segundo Langlois & Downs (1980) em Kail (2004) são os colegas. As crianças em idade pré-escolar criticam os colegas que se engajam em brincadeiras do gênero oposto.

A televisão também influencia o aprendizado dos papéis de gênero pelas crianças. As mulheres na televisão tendem a ser escaladas para papéis românticos, conjugais ou familiares; são retratadas como emotivas, passivas e fracas. Os homens costumam ser escalados para papéis de liderança ou profissionais e são retratados como racionais, ativos e fortes (Huston et al., 1992 constando em Kail, 2004)

Já para Erikson (1976) o que também pode influenciar o desenvolvimento da identidade de uma criança é o fato da maioria dos professores em suas escolas, serem constituídas de mulheres, visto que pode redundar num conflito com a identificação masculina

do rapaz não-intelectual, como se o conhecimento fosse feminino, a ação masculina. Por isso a seleção e o treino das professoras é uma questão vital, para que se evitem os perigos que podem ocorrer ao indivíduo nesta fase.

Durante os anos pré-escolares, as crianças, segundo Kail (2004) começam a assumir mais responsabilidades sobre si mesmas, como se vestir sozinhas. Começam também a se identificar com os adultos e a entender as oportunidades disponíveis em sua cultura. A brincadeira começa a ter um propósito quando as crianças exploram papéis adultos, como o de mãe, pai, professor, atleta ou músico. As crianças começam a explorar o meio ambiente sozinhas, a fazer inúmeras perguntas sobre o mundo e a imaginar possibilidades para si mesmas. Durante os anos pré-escolares, a auto-estima costuma ser avaliada por meio de uma abordagem concebida por Harter e Pike (1984) na obra de Kail (2004), de que a maioria das crianças em idade pré-escolar possui auto-estima extraordinariamente elevada; são cheias de autoconfiança e ávidas por assumir novas tarefas. De fato, a auto-estima está no auge nessa idade.

Bee (1977) afirma que entre os primeiros anos, a criança absorve todos os julgamentos dos outros, no que diz respeito a suas habilidades e comportamentos e estes primeiros inputs ajundam-na a formar sua auto-imagem em todos os sentidos. Mas, talvez a criança comece a verbalizar seus sentimentos a respeito de si mesma somente por volta de cinco ou seis anos. Uma criança de cinco anos tem uma imagem de si semelhante à do adulto, englobando julgamentos positivos e negativos. Mas, na medida em que a criança pequena não expressa seu autoconceito claramente, é difícil saber como estas primeiras impressões são formadas.

Para atingir um autoconceito, a criança é influenciada não apenas por suas próprias conclusões a respeito de suas habilidades e capacidades, mas também, em grande parte pelos julgamentos dos outros a respeito dela e por suas ações em relação a ela. Ela incorpora todas as afirmações feitas pelos outros: “oh, como você é uma criança desajeitada!”; “Você não pode terminar as coisas que começa?”; “Algumas vezes eu acho que você não tem nada na cabeça?”; “Certamente, você é um ótimo ajudantezinho!”; “Você foi muito sábio fazendo isso sozinho”. O acúmulo de todas estas mensagens, juntamente com suas próprias experiências de competências e fracassos, começam a moldar o conhecimento e as crenças da criança a respeito de si mesma (Bee, 1977).

A identidade negativa, segundo Erikson (1998), é uma combinação de elementos de identidade socialmente inaceitáveis e, no entanto, obstinadamente afirmados. Se o ambiente social fracassa em oferecer qualquer alternativa viável, tudo isso pode levar a uma regressão

súbita e às vezes, “borderline” dos conflitos das primeiríssimas experiências do senso de “Eu”, quase como uma tentativa desesperada de auto-rendimento.

Pela idade escolar, senão antes, as crianças parecem ter imagens de si mesmas bastante estáveis e parecem ter feito julgamentos de valor a respeito de suas próprias características. Nessa idade nós podemos encontrar, em geral, crianças que têm uma auto-estima alta e crianças que têm uma baixa auto-estima e estas designações parecem ser amplamente estáveis. Além disso, o fato de uma criança gostar ou não de si mesma é indicativo de uma grande variedade de outros comportamentos (Bee, 1977).

Para muitas crianças, o autoconceito parece funcionar como um tipo de profecia autoconsumada: a criança tem uma idéia de quão bem ela pode se desenvolver e, assim, se comportar de forma a confirmar sua idéia. A auto-estima da criança parece ser altamente dirigida por suas experiências familiares. As mães das crianças com alta auto-estima demonstram maior aceitação e atitudes positivas em relação a seus filhos, são mais afetuosas e tendem a elogiar as realizações de seus filhos, incentivam a criança a ter opiniões e a compartilhá-las com os outros (Bee, 1977).

4. A RELAÇÃO ENTRE AUTOCONCEITO E HIPERATIVIDADE

Segundo Salvador & cols. (2000), o autoconceito é amplamente descrito na literatura psicológica, de forma que, diferentes terminologias de significados semelhantes são utilizados, tais como auto-imagem, auto-estima, auto-eficácia, que grosso modo, se relacionam à percepção da pessoa sobre si mesma. Por falta de uma definição mais precisa de cada um destes termos, é comum encontrar confusões na utilização dos mesmos.

Lummertz e Biaggio (1986), por exemplo, se refere ao autoconceito como um conjunto de crenças inter-relacionadas que uma pessoa tem a respeito de si mesma, de forma que estas crenças são provenientes de sua interação social, as quais são hierárquicas e sistematicamente organizadas. Devido à natureza dinâmica do sistema, uma mudança em um aspecto pode provocar mudanças em outros, embora os elementos centrais resistam mais às mudanças.

Copersmith (1967) em Sanches & Escribano (1999) define que auto-estima é a avaliação que o indivíduo faz de si mesmo e que tende a se manter; expressa uma atitude de aprovação ou de repulsa e até que ponto o sujeito se considera capaz, significativo, bem-sucedido e valioso. A auto-estima é o juízo pessoal do valor que está expressa nas atitudes que um indivíduo tem para consigo mesmo.

O autoconceito para Sanches & Escribano (1999) é a atitude valorativa que um indivíduo tem sobre si mesmo, sobre sua própria pessoa. Trata-se da estima, dos sentimentos, experiências ou atitudes que o indivíduo desenvolve sobre seu próprio eu.

O autoconceito desempenha um papel central no psiquismo do indivíduo. É de grande importância para sua experiência vital, sua saúde psíquica, sua atitude para consigo mesmo e para com os demais, por fim, para com o seu desenvolvimento construtivo da personalidade. Assim, conforme assinala Machargo (1991) em Sanches & Escribano (1999),

considera-se necessário ter um autoconceito positivo para que o indivíduo consiga uma adaptação adequada, para a felicidade pessoal e para um desempenho eficaz.

Souza (1996) define o autoconceito como uma característica dinâmica que o ser humano adquire e desenvolve, à medida que desenvolve sua percepção e compreensão de seus valores pessoais e sociais. As aptidões e características pessoais de personalidade, o contexto familiar e contexto social são fatores significativos para a consolidação positiva ou negativa do autoconceito.

Conforme Machargo (1991), Burns (1979, 1982) em Escribano (1999) define o autoconceito como um conjunto de atitudes que a pessoa tem para consigo mesma. Esta atitude constitui-se de três componentes:

1. *Cognitivo*. O componente cognitivo do autoconceito é o que a pessoa vê quando olha para si mesma, o conjunto de características com as quais descreve a si mesma e que, embora não sejam necessariamente verdadeiras e objetivas, orientam seu modo habitual de ser e de se comportar.
2. *Afetivo*. São os afetos, emoções e avaliações que acompanham a descrição de si mesmo.
3. *Comportamental*. O conceito que uma pessoa tem de si mesma influi claramente em seu comportamento cotidiano. O autoconceito condiciona a forma de se comportar. A pessoa se guia, em sua conduta, pelas qualidades, valores e atitudes que percebe dela mesma. O homem costuma se comportar de uma forma que esteja de acordo com seu autoconceito.

O autoconceito influi na relação com o outro. Uma pessoa com um bom conceito de si mesma, ou seja, um indivíduo que assume todas as experiências de vida, que não ignora ou distorce suas percepções, que não mostra grandes discrepâncias entre seu eu real e ideal, adota menos atitudes de defesa, é mais aberto, percebe de forma mais autêntica a realidade e aceita com maior facilidade os outros. Ao contrário, as pessoas com um conceito negativo de si mesmas e com uma percepção depreciativa distorcida são companheiros difíceis. Com frequência, então na defensiva e suas tensões internas tornam complexo o contato com elas (Sanches & Escribano, 1999).

Salvador e cols. (2000), ao diferenciar o autoconceito da auto-estima, enfatiza que o conceito diz respeito ao conhecimento que a pessoa tem de si mesma e a auto-estima implica uma avaliação afetiva do próprio eu, como a pessoa se sente em relação aos diferentes

atributos ou dimensões que comporta o seu autoconceito. Tanto o autoconceito como a auto-estima vão sendo construídos ao longo da vida da pessoa por meio da relação e da interação que são estabelecidas com as outras pessoas. A maneira como a pessoa é aceita e como ela é tratada pelas pessoas que são significativas em sua vida, como também, a maneira como ela lida com o fracasso e o sucesso, são determinantes na construção do seu autoconceito e auto-estima.

As crianças tendem a se encarar de modo positivo quando os pais são afetuosos e se envolvem com elas (Lord, Eccles & McCarthy, 1994 em Kail, 2004). No mundo todo, as crianças têm mais auto-estima quando as famílias vivem em harmonia e os pais educam os filhos (Scott, Scott & McCabe, 1991 em Kail, 2004).

A disciplina dos pais também se relaciona à auto-estima. As crianças com auto-estima elevada geralmente possuem pais que não têm medo de fixar regras, mas também estão dispostos a discutir essas regras e a disciplina com os filhos (Coopersmith, 1967 em Kail, 2004). Os pais que não estabelecem regras estão, na verdade, dizendo aos filhos que não se importam, não os valorizam o suficiente para terem o trabalho de criar regras e controlar a obediência a elas. Da mesma forma, os pais que se recusam a discutir a disciplina com os filhos estão dizendo: “as suas opiniões não importam para mim”. Não é de surpreender que, quando as crianças internalizam essas mensagens, o resultado é a baixa auto-apreciação geral (Kail, 2004).

A idéia básica, então, é que a auto-estima das crianças se baseia, em partes, em como elas são vistas pelos que as cercam. A auto-estima das crianças é alta quando os outros as vêem positivamente e baixa quando os outros as vêem negativamente (Hoge, Smit & Hanson, 1990 em Kail, 2004).

Conforme Alsop & McCaffrey (1999), é no dia-a-dia que encontramos com frequência alunos com dificuldades para criar vínculos na escola, tanto com colegas quanto com adultos encarregados de ensiná-los e apóia-los. Os alunos com problemas emocionais e comportamentais preocupam muito a equipe pedagógica, não apenas pelo efeito perturbador que podem ter durante a aula, mas também, no caso do aluno retraído, isolado ou agredido, porque a equipe geralmente encontra dificuldades para ajudá-los.

Muitas vezes, os programas para lidar com comportamentos difíceis são cuidadosamente planejados e seguidos pela equipe pedagógica e, durante a sua vigência, podem ser considerados muito eficazes. Mas, infelizmente, e com frequência, depois que o

acompanhamento rigoroso e o *feedback* positivo são deixados de lado, o problema reaparece e a equipe começa a pensar que o seu esforço serviu apenas para contê-lo temporariamente, e, portanto, os problemas devem ser inerentes à criança ou, pelo menos, provocados pela situação familiar, resultando pouca coisa para a escola fazer. Há também o caso da criança que perdeu sua auto-estima, tornando-se retraída e/ou isolada, e que talvez não veja saída por ter-se convencido de que é pouco importante. Parece ser necessário oferecer algo mais do que um simples *feedback* positivo, pois há o perigo de que tanto professores quanto alunos considerem que não se trata de uma atividade sincera (Alsop & McCaffrey, 1999).

A criança hiperativa normalmente é rejeitada pela sociedade. Seu comportamento inadequado prejudica a concentração dos colegas que passa a excluí-lo. Esta exclusão pode levar o indivíduo a desenvolver problemas psicológicos podendo tornar-se introvertido ou agressivo, exibicionista e com baixa auto-estima acentuadas.

Estas pessoas têm tendência a comportamentos de alto risco tais como vícios, jogatina, temperamento explosivo e acidentes. Como já foi citado, anteriormente, elas não possuem exata noção de limites e unindo à sua baixa auto-estima tentam fugir de seus problemas através destes vícios.

Crianças hiperativas adoram correr riscos, pois não possuem a exata noção de perigo e limites. Podem se machucar com muita facilidade, sendo desajeitadas, esbarrando-se em copos, mesas, pessoas, levando os pais a prejuízos por danos causados a terceiros ou a elas mesmas, como atravessar uma rua sem olhar para os lados devido a sua impulsividade e falta de atenção.

Hallowell & Ratey (1999) afirmam que as crianças, principalmente os meninos, muitas vezes sentem que tomar a medicação é como aceitar que há algo errado com elas, como admitir que são “retardadas”, “malucos” ou “burros” – todos os rótulos contra os quais têm lutado, tentando livrar-se. Também sentem a medicação como uma muleta da qual não deveriam precisar. É comum que se sintam constrangidas ou humilhadas por ter de tomar remédios e é fundamental que tais sentimentos sejam explorados e trabalhados de forma carinhosa e respeitosa. Pode levar meses até que uma criança ou adulto se sinta preparado para dar uma chance ao medicamento.

Infelizmente, é bem provável que as crianças com TDAH sejam mais agredidas fisicamente do que as demais. Em parte, a razão disso é que as crianças com TDAH são mais agressivas. O outro culpado, no entanto, é mito do adulto em miniatura, ou seja, a esperança

equivocada dos pais de que palavras e razões sejam sempre suficientes para mudar o comportamento de uma criança (Phelan, 2005).

Quando crianças normais desenvolvem autocontrole emocional, parte do que estão fazendo é internalizar suas emoções e mantê-las longe da exibição pública. A reação emocional existe, mas sua exibição pública deve ser restrita. Embora tal internalização de emoções seja importante por outras razões, as emoções nos dizem se achamos algo positivo, negativo ou desagradável, ou apenas neutro. Assim, se é encorajado a continuar o que se está fazendo ou a parar, mudando para alguma coisa melhor. Isso é, elas motivam para seguir busca de alguma forma de ação. Portanto, crianças que podem internalizar suas emoções estão altamente desenvolvendo a habilidade para internalizar sua motivação. Essa facilidade é a origem do que muitas pessoas denominam motivação intrínseca e do que outros podem denominar impulso, persistência, ambição, determinação, força de vontade ou perseverança (Barkley, 2002).

Ao se criar motivação interna, não se precisa de encorajamento, recompensas, pagamentos, ou outros incentivos que crianças mais novas requerem com frequência quando precisam seguir em frente. Podemos nos motivar amplamente na ausência de outros incentivos ou persuasões. Emoções individuais internalizadas se tornam a fonte de nossa motivações particulares, as quais podem apoiar nosso comportamento direcionado a objetivos e ao futuro e nos ajudar a se manter no curso em direção a eles. Essa é uma grande parte do desejo humano (Barkley, 2002).

Essa revelação nos auxilia a perceber por que as crianças com TDAH têm tantos problemas com persistência, ou o que outros chamam de pequena capacidade de atenção. Não é realmente a atenção o problema, mas a automotivação. Elas não podem criar motivação individual, interna ou intrínseca tão bem como outros, e, por esse motivo, não podem persistir em atividades, planos, objetivos ou instruções tão bem quanto outros quando existe somente um pequeno incentivo ou motivação do ambiente ou uma tarefa para ajudá-los a se manter. Quanto mais enfadonha e não-recompensadora uma atividade, mais duro será para elas conseguirem o que crianças normais fazem: criar sua própria motivação para que permaneçam envolvidos na tarefa. Isso significa que precisam depender de fontes externas de motivação e que, quando não são fornecidas conseqüências externas, irão se despreocupar, abandonando o trabalho ou atividade – não porque sejam preguiçosos, mas devido a um problema biológico com o funcionamento dessa porção do cérebro. Obviamente, então, ajudar uma criança com

TDAH a completar uma tarefa significa, geralmente, arrumar fontes adicionais de motivação por vezes artificiais, como recompensa (Barkley, 2002).

Como toda criança carente de atenção e a hiperativa buscam amor e afeto, podendo ver que ao sentar calmamente com ela durante alguns minutos depois das aulas, só conversando, esta atitude afetará positivamente o seu comportamento, devendo oferecer oportunidades para um bate papo (Karlín & Berger, 1977).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é uma síndrome psiquiátrica de alta prevalência em crianças e adolescentes, apresentando critérios clínicos operacionais bem estabelecidos para o seu diagnóstico. Modernamente, a síndrome é subdividida em três tipos principais e apresenta uma alta taxa de comorbidades, em especial com outros transtornos destrutivos do comportamento. O processo de avaliação diagnóstica é abrangente, envolvendo necessariamente a coleta de dados com os pais, com a criança e com a escola. O tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas.

Amar uma pessoa com comportamento TDAH, pode exigir uma grande habilidade na arte de amar, uma vez que as relações amorosas costumam ter a mesma intensidade dos *loopings* das montanhas russas americanas (Silva, 2003).

Piaget (2002) considera impossível encontrar um comportamento oriundo da afetividade, sem nenhum elemento cognitivo. É igualmente impossível encontrar um comportamento composto só de elementos cognitivos, embora os fatores afetivos e cognitivos sejam indissociáveis num dado comportamento, eles parecem ser diferentes quanto à natureza. É óbvio que os fatores afetivos estão envolvidos mesmo nas formas mais abstratas de inteligência. Para um estudante ou para um matemático resolver um problema de álgebra, deve haver um interesse intrínseco, um interesse extrínseco ou uma necessidade de partida. Enquanto trabalha, estados de prazer, desapontamento, ansiedade tanto quanto sentimentos de fadiga, esforço, aborrecimento, etc., entram em cena. Ao finalizar o trabalho, sentimentos de sucesso ou fracasso podem ocorrer; e, finalmente, o estudante pode experimentar sentimentos estéticos fluindo da coerência de sua solução.

O aspecto afetivo tem uma influência sobre o desenvolvimento intelectual. Ele pode acelerar ou diminuir o ritmo de desenvolvimento. Ele determina sobre que conteúdos a atividade intelectual se concentrará. De acordo com Piaget (2002), o aspecto afetivo, em si, não pode modificar as estruturas cognitivas, embora, possa influenciar quais estruturas modificar. Piaget escreve: “... embora a questão afetiva cause o comportamento, embora ela acompanhe constantemente o funcionamento da inteligência e embora ela acelere ou freie o ritmo de desenvolvimento, ela, em si mesma, no entanto, não pode gerar estruturas de comportamento e não pode modificar as estruturas em cujo funcionamento ela intervém”.

Muitas pessoas acreditam que os aspectos afetivos da vida humana surgem de alguma fonte interna, de forma mais ou menos predeterminada. Para Piaget, o aspecto afetivo não é mais predeterminado do que a inteligência, propriamente dita. Na sua visão, há notável paralelo entre os aspectos afetivo e cognitivo. O afeto se desenvolve no mesmo sentido que a cognição ou inteligência. Quando examinamos o raciocínio das crianças sobre questões morais, um aspecto da vida afetiva, nós percebemos que os conceitos morais delas são construídos do mesmo modo como os conceitos cognitivos. À medida que os aspectos cognitivos se desenvolvem, há um desenvolvimento paralelo da afetividade. Os mecanismos de construção são os mesmos. As crianças assimilam as experiências aos esquemas afetivos do mesmo modo que simulam as experiências e as estruturas cognitivas. O resultado é o conhecimento.

A afetividade não é apenas uma das configurações da pessoa: ela é também uma fase do desenvolvimento, a mais arcaica. O ser humano foi, logo que saiu da vida puramente orgânica, um ser afetivo. Da afetividade diferenciou-se, lentamente, a vida racional. Portanto, no início da vida, afetividade e inteligência estão sincreticamente misturadas, com o predomínio da primeira.

As relações do indivíduo no grupo são, por isso mesmo, importantes não só para a aprendizagem social, mas fundamentalmente, para a tomada de consciência de sua própria personalidade. A confrontação com os companheiros permite-lhe constatar que é um entre outros e que, ao mesmo tempo, é igual e diferente deles. Enfim, a vida afetiva, social e intelectual supõe, efetivamente, a vida social.

O portador do TDAH precisa ter na escola um acompanhamento especial, já que não consegue conter seus instintos, tumultuando a sala de aula, a vida dos colegas e dos seus professores. É preciso aplicar uma ação didática-pedagógica direcionada para este aluno,

visando estimular sua auto-estima, levando em conta a sua falta de concentração, criando atividades diversificadas para que não haja um comprometimento durante sua aprendizagem.

Segundo Silva (2003), para a criança portadora de TDAH, um aspecto que torna a comunicação afetiva difícil é a baixa auto-estima que quase sempre acaba traindo-o, impedindo que fale o que sente de verdade, sob pena de sentir-se rejeitado e não amado. Talvez seja esse o seu maior temor afetivo.

Essa baixa auto-estima tem início na vida infantil onde apresentam muitas desavenças, culpas, acusações e agressões por serem mal-interpretadas e rotuladas de forma pejorativa como "rebeldes", "esquisitas", "preguiçosas", "más", etc. Essas relações afetivas primárias (com familiares e cuidadores) é que irão influenciar na vida adulta. Muitos se calam para não provocar conflitos ou dirão tudo que lhes vêm a cabeça com uma grande dose de afetividade (Silva, 2003).

Roger (1981) afirma que a vida afetiva e cognitiva supõe relativamente à vida social, e o educador (facilitador) é um “mestre”, que juntamente com o aluno deve trilhar por essa conquista.

O professor será o elo principal entre a família e o especialista, durante o tratamento do TDAH, pois seu papel não é o de dar o diagnóstico, mas sim de esclarecer aos pais que esta doença, se não for tratada, gera inúmeras complicações para seu portador no convívio social, levando-o a depressão, a busca de drogas, a insatisfação e a infelicidade; a um conflito interno por não atender as mínimas atividades banais do dia a dia, e a rejeição gerada pelos demais companheiros da escola, não é questão de disciplina apenas, é uma doença genética com conseqüências bem mais graves.

A criança com TDAH deve ser tratada como uma criança normal, sem ser severo demais ou, ao contrário, superprotegendo, para que a sua personalidade se desenvolva de modo normal e sadio, conhecendo os limites que a vida impõe. Todo tratamento deve ser feito com amor, respeitando-se as condições da criança os seus interesses e a sua capacidade. É muito importante que o tratamento seja o mais lúdico possível, num ambiente feliz e alegre, procurando-se motivá-la de modo adequado à execução das ações ou à tomada das posturas que devem ser adquiridas. O medo e as tensões devem ser eliminados. As atividades não devem causar decepção. As frustrações e os insucessos devem ser evitados, embora não completamente. É importante que o número de experiências agradáveis e bem-sucedidas

durante o tratamento seja sempre maior que os insucessos. Isto fará com que sua auto-estima se eleve.

É importante que pais e professores façam um esforço para elevar a auto-estima das crianças porque crianças com baixa auto-estima correm o risco de apresentar problemas desenvolvimentais. As crianças com baixa auto-estima são mais propensas a ter problemas com colegas; ter distúrbios psicológicos com depressão; se envolver em comportamentos anti-sociais; ir mal na escola (Kail, 2004). Não esquecendo porém, de que impor limites é necessário, pois esta criança vive numa sociedade cheia de regras e não deve se prevalecer desta patologia para agredir, para complicar a vida dos outros, visto que, hoje em dia com o avanço das pesquisas sobre a hiperatividade, o tratamento ameniza bastante os sintomas, proporcionando ao portador de TDAH uma vida mais tranqüila.

Algumas crianças se beneficiam diretamente de terapias que aumentam sua baixa auto-estima. Outras, entretanto, necessitam de tratamento adicional, como melhorar as habilidades sociais. E precisa-se lembrar que todas as crianças têm talentos que podem ser incentivadas. Desperder algum tempo para reconhecer cada criança cria o sentimento de “ser especial”, que promove a auto-estima (Kail, 2004).

A perda da confiança e da auto-estima talvez seja o "*efeito colateral*" mais comum de um TDAH. Com demasiada freqüência, as crianças atribuem os problemas associados a tais características (baixo desempenho escolar, fracasso para atender às expectativas dos pais, falta de aceitação pelos companheiros) a si mesmas. Elas presumem que são estúpidas, porque não se saem bem na escola, e que não podem ser apreciadas, porque não têm uma multidão de amigos. Pode ser terrivelmente doloroso ouvir o modo inclemente como essas crianças vêm a si mesmas. Mesmo depois que TDAH foram identificados, as crianças podem continuar diminuindo a si mesmas por necessitarem de ajuda adicional e por serem "*diferentes*". Provavelmente, não há uma sociedade que valorize o conformismo tanto quanto dentro de uma sala de aula.

As crianças definem, com muita facilidade, o "*ser diferente*" como ser um desajustado ou um perdedor. Se essas auto-impressões negativas não são abordadas, o bem estar emocional da criança tende a ser afetado, como descrito anteriormente. A baixa auto-estima também prejudica rapidamente a motivação escolar. Devemos lembrar de que as crianças com TDAH são, em primeiro lugar, crianças. Elas precisam daquilo de que todas as crianças precisam: amor, compreensão, aceitação, responsabilidade e disciplina. O mais

importante é não deixar que as deficiências da criança interfiram na capacidade da família para oferecer essas coisas efetivamente.

De fundamental relevância é o envolvimento da família e dos professores na busca de uma melhora para a criança que vem apresentando dificuldades. Sendo assim, a família precisa compreender adequadamente as dificuldades de criança, apoiá-la valorizando pequenos ganhos, incentivá-la a realizar atividades para as quais tenha mais habilidade e não rotulá-la. Os professores precisam ter conhecimentos sobre o TDAH, estimular a criança e estar dispostos a dialogar com ela. A observação do ambiente é ainda parte de tratamento, já que o déficit de atenção pode ser influenciado por um ambiente não silencioso, com determinação rígida de tempo para realizar a atividade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALSOP, P & McCAFFREY. **Transtornos emocionais**. São Paulo: Summus, 1999.
- BARBOSA, A. A G; BARBOSA, G.A & AMORIM, G.G. **Hiperatividade: Conhecendo sua Realidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- BARKLEY, R. A. **Transtorno de Déficit da Atenção/Hiperatividade (TDAH): Guia Completo e Autorizado para os Pais, Professores, Profissionais da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BEE, H. **A Criança em Desenvolvimento**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1977.
- BRIOSO, A., & SARRIÀ, E. (1995). Distúrbios de comportamento. Em C. Coll, J. Palacios & A. Marchesi (Orgs.), **Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar**. Porto Alegre: Artes Médicas, Vol. 3.
- CYPEL, S. **A Criança com Déficit de Atenção e Hiperatividade: Atualização para Pais, Professores e Profissionais da Saúde**. São Paulo: Lemos, 2003.
- DSM-IV - **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Tradução Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 4ª edição.
- ENDERLE, C. **Psicologia do Desenvolvimento: o processo evolutivo da criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- ERIKSON, H. E. **Identidade: Juventude em Crise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- ERIKSON, H. E. **O Ciclo de Vida Completo**. Porto Alegre: Artimed, 1998
- FAW, T. **Psicologia do Desenvolvimento: Infância e Adolescência**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1981.
- FREUD, S. **Obras Completas: Além do Princípio de Prazer**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- GOLDSTEIN, S. & GOLDSTEIN, M. **Hiperatividade: Como Desenvolver a Capacidade de Atenção da Criança**. Campinas, SP: Papyrus, 1994.

- GRUBITS, S. A Construção da Identidade Infantil: **A Psicomotricidade Romain-Thiers e a Aplicação do Espaço Terapêutico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- HALLOWELL, E. M. & RATEY, J. J. **Tendência à Distração: Indicações e Gerência do Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA) na Infância à Vida Adulta**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.
- HOMES, D. S. **Psicologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- JOFFE, V. **Um Dia na Vida de um Adulto com TDA/H**. São Paulo: Lemos, 2005.
- KAIL, R. V. **A Criança**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.
- KARLIN, M. S. & BERGER, R. **Como Lidar com o Aluno Problema**. Belo Horizonte: Interlivros, 1977.
- LUMMERTZ, J. G. & BIAGGIO, S. M. B. Relações entre Autoconceito e Nível de Satisfação Familiar em Adolescentes. **Artigos Brasileiros de Psicologia**, 1986.
- LURIA, A. R. **Desenvolvimento Cognitivo: Seus Fundamentos Culturais e Sociais**. São Paulo: ÍCONE, 1990.
- MATTOS, P. **No Mundo da Lua**. São Paulo: Lemos, 2003.
- OLIVEIRA, I. M. **Preconceito e Autoconceito: Identidade e Interação na Sala de Aula**. Campinas, SP: Papirus, 1994.
- PHELAN, T. W. – TDA/TDAH, **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. São Paulo: M. Books do Brasil, 2005.
- PIAGET, J. **Seis Estudos de Psicologia**. 24.Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- PIAGET, J. & INHELDER, B. **A Psicologia da Criança**. 4. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Difel, 1976.
- ROGER, C.R. **Tornar-se pessoa**. Tradução de Manoel José do C. Ferreira. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
- ROHDE, L. A. P. & BENCZIK, E. B. P. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: O que é? Como ajudar?**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- ROHDE, L. A. P.; MATTOS, P. & cCols. **Princípios e Práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- SALVADOR, C. C. & cols. **Psicologia do Ensino**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- SÁNCHEZ, A. V. & ESCRIBANO, E. A. **Medição do Autoconceito**. Bauru SP: EDUSC, 1999.

SANDSTRÖM, C. I. **A Psicologia da Infância e da Adolescência**. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

SILVA, A. B. **Mentes Inquietas: Entendendo Melhor o Mundo das Pessoas Distraídas, Impulsivas e Hiperativas**. São Paulo: Gente, 2003.

SOUZA, I. M. **Problemas de Aprendizagem: Crianças de 8 a 11 anos**. São Paulo: EDUSC, 1996.

WADSWORTH, B. J. **Inteligência e Afetividade da Criança: Na Teoria de Piaget**. 5. ed. São Paulo: Pioneira: 1997.