

Henata Mariana de Oliveira Mazzoni¹ Maria de Lourdes Merighi Tabaquim²

RESUMO

É cada vez maior o número de pais que procuram tratamento para o filho com comportamentos inadequados que se assemelham aos característicos do Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade TDAH, relacionados a inatenção, hiperatividade e impulsividade, mas que nem sempre correspondem ao transtorno. Este trabalho teve como objetivo analisar as queixas clínicas dos aspectos comportamentais que caracterizam o TDAH em crianças e adolescentes, através da pesquisa documental. Participaram da análise, 17 casos com queixa de pais e professores sobre os comportamentos apresentados pelas crianças em fase escolar fundamental. As queixas nomeadas de maior incidência e impacto foram: “falta de atenção” (28%) e “agitação” (21%). Nomeações como “problemas de comportamento” (9%), “impulsividade” (5%), “impaciência” (5%), “nervosismo” (2%), “rebeldia” (2%), sugeriram comportamentos coexistentes de uma mesma categoria relacionada à inabilidade social (24%). Outras queixas apareceram relacionadas às dificuldades na aprendizagem (7%). Complementando o estudo com pareceres interdisciplinares, neurológico, psicológico e pedagógico, observou-se que foi atribuído diagnóstico de TDAH somente a três casos, correspondendo a 17% da amostra. O estudo concluiu que as queixas dos pais e professores tiveram correlação sem significância estatística, quanti e qualitativa com os sinais sugestivos de TDAH.

Palavras-chave: Transtorno, inatenção, impulsividade, hiperatividade, comportamento, criança

ABSTRACT

The number of parents who look for a treatment for their children with inappropriate behavior which looks like the characteristics of TDAH related as distraction, hiperativity and impulsivity is getting higher, they don't always correlate to the disturb. This paper had the objective of analysing the clinic complaints of the behavior aspects that characterize the Disruption of Déficit of Attention/Hiperativity in children and teens, through the document research. A case had participated of the analysis, containing parents and teachers complaints about the behavior children had been presented during primary school. The complaints which were named and had the impact were: “lack of attention” (28%) and “hiperativity” (21%), named like “behavior problems”(9%), “impulsivity”(5%), “impatience”(5%), “nervousness”(2%), “rebeliousness”(2%), seggested co-related to the social inability(24%). Other complaints had been showd relatade to the difficulties in the learning processes. Supplementing the study with the interdisciplinated opinions, neurologic,psycologic, and pedagogic, we could observe that only 3 cases were diagnosed as TDAH, corresponding to 17% of the sample. This paper concluded that the teachers's and parents's complaints had a correlation without statistics significance in quality and number with suggested as signs of TDAH.

Key words: Disturb, lack of attention, impulsivity, hiperactivity, behavior, children

¹ Psicóloga. Universidade do Sagrado Coração. Bauru-SP. E-mail: h.mazzoni@hotmail.com

² Doutora em Ciências Médicas. Docente da Universidade do Sagrado Coração. Bauru-SP. Pesquisadora do Laboratório Dispre / Unicamp / Campinas, SP.

1. INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, o termo hiperatividade é corriqueiramente usado por pais e professores para caracterizar o comportamento agitado da criança, podendo ser confundido com outros transtornos ou mesmo com uma fase de desenvolvimento, mais ativa, pela qual a criança está passando. Por falta de diagnóstico adequado e emprego de avaliações multifatoriais clínicas, médica, psicológica e educacional, ocorrem interpretações equivocadas da criança, que é tida como mal educada, rebelde, agressiva, sem limites e que, além disso, enfrenta dificuldades na aprendizagem.

A criança com TDAH representa um verdadeiro desafio para pais e professores que não sabem como lidar com ela; desta maneira, faz-se necessário definir e caracterizar o quadro, não somente para eles, mas também para a própria criança, esclarecendo sobre suas dificuldades e experiências desestruturantes causadas pelo problema. Assim, a posse dos conceitos básicos sobre o transtorno, poderá significar um recurso útil aos profissionais e familiares, ajudando-os no processo diagnóstico e terapêutico, evitando o incentivo a rótulos equivocados à criança mais ativa ou desinteressada, como portadora do TDAH.

Foi com esta preocupação que este estudo buscou compreender como os pais entendem a sua criança, com seus comportamentos considerados por eles como hiperativos e inatentos, utilizando-se da análise documental para a compreensão das incidências de queixas relacionadas a sinais sugestivos do TDAH.

2. CARACTERIZAÇÃO DO TRANSTORNO

A Hiperatividade, ou Transtorno Hiperativo, atualmente é classificada pelo DSM – IV (2002), como Transtorno de Dé-

ficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH). Pesquisas indicam que o TDAH atinge 3 a 5% das crianças menores de 10 anos (Souza, 2002; Barckley, 2003).

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 2002) é definido como tendo um padrão persistente de inatenção, hiperatividade e/ou impulsividade, em grau maior que aquele observado em outras pessoas com a mesma faixa etária e de desenvolvimento. Os sintomas devem estar presentes antes dos sete anos de idade em pelo menos dois contextos diferentes, sendo a manifestação comportamental com nível de interferência significativa no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

De acordo com Domingos e Rizzo (2000) os primeiros trabalhos sobre o transtorno foram descritos por Hoffman, pela primeira vez, em 1845, relacionados aos problemas de hiperatividade, de falta de atenção e impulsividade em crianças, afirmando que a criança parecia nunca aprender com os seus erros, provocava alvoroço nas atividades e vivia se metendo em confusão.

É um problema de saúde mental que tem impacto tanto na vida da criança e adolescente como também na das pessoas que convivem com eles, como os pais e professores, acarretando dificuldades no relacionamento e desempenho escolar (Rodhe, 1999; Barkley, 2003).

A população em geral e até alguns profissionais, demonstram pouco conhecimento acerca do problema. Muitas crianças acabam sendo mal entendidas, rotuladas de “mal educadas”, “mimadas”, “sem limites” e “irresponsáveis”, sem que os pais e professores saibam realmente a razão de seu comportamento.

Até poucas décadas acreditava-se que os sintomas do TDAH diminuía com a chegada da adolescência; todavia, pesquisas recentes indicam que a maioria das crianças com o transtorno chega a idade adulta com comportamentos semelhantes aos da infância, acarretando dificuldades sociais, profissionais e afetivas, incluindo a depressão e a ansiedade (Goldstein, 2003). Para Kaplan (1997), o curso do TDAH é variável, pois os sintomas podem persistir na adolescência ou vida adulta, podendo apresentar remissão na puberdade, ou ainda a hiperatividade desaparecer, porém, com persistência de um reduzido nível de atenção e problemas de controle do impulso.

Freqüentemente, crianças que passam por determinada fase mais ativa do desenvolvimento ou que apresentam problemas diversos da agitação, são comumente tachadas como hiperativas. O diagnóstico do transtorno é complexo e envolve muitas vezes, comorbidades. Além disso, via de regra, é confundido com os transtornos de ansiedade, comportamento opositivo, bipolar, psicose, os invasivos do desenvolvimento, dissociativo e retardo mental (DSM-IV, 2002).

Conforme Train (1997), o TDAH é difícil de medir ou definir, podendo as crianças com o transtorno, sofrerem de inquietação, excesso de atividade, excitabilidade e desorganização. Podem ainda ser impulsivas e agressivas. Muitos pais ou professores consideram que a criança com o transtorno é dotada de inteligência acima da média e estimulam ainda mais, numa tentativa de usar toda energia, agravando dessa maneira seus sintomas. No entanto, este conceito é um mito, pois a demonstração constante de interesse por tudo o que está acontecendo de imediato ao seu redor, sugere motivação para aprender, embora não sustente o interesse. O que importa para ela é perguntar,

não tanto a resposta. Desta maneira, parecer a inteligência acima da média das crianças da sua idade, o que nem sempre corresponde a realidade.

Professores usam o termo hiperatividade (dificilmente o TDAH) quando notam que seu aluno não pára quieto, é muito excitável, na maioria das vezes causando grandes transtornos em sala de aula. O que ocorre é que os profissionais da educação tendem a chamar de hiperatividade e encaminhar ao tratamento, o aluno que apresenta comportamentos adversos do TDAH, tais como a ansiedade, instabilidade psicomotora, manifestações de protesto e frustração.

Barkley (2003) sustenta que, mesmo tendo várias definições de autores, o transtorno possui características comuns como o surgimento nos primeiros anos de vida, problemas de inquietação motora e períodos reduzidos de atenção, que não se relacionam a idade da criança. Para o autor, há a generalização dos sintomas em diversas situações e /ou ambientes, e discrepância entre o nível de desenvolvimento cognitivo e problemas manifestos de autocontrole. Além disso, as alterações comportamentais não podem ser explicadas por desordens neurológicas ou déficits sensoriais.

Realizar tarefas que exigem esforço mental constante são consideradas atividades desagradáveis e aversivas pela dificuldade de manter a atenção e não como uma atitude simplesmente de oposição. Estímulos considerados triviais e que passariam despercebidos, são facilmente captados por quem tem o transtorno. Parecem não escutar instruções e dificilmente concluem algo que começaram. Para Holmes (1997), muitos pais se queixam que seus filhos com o transtorno tem grande dificuldade em se conterem em atividades passi-

vas, principalmente em situações que exigem silêncio e quietude, como num culto religioso, por exemplo.

Pessoas com TDAH falam excessivamente. Numa conversa não prestam atenção no que está sendo falado, dificilmente se atentam para detalhes pertinentes e regras de jogos ou atividades.

Crianças com TDAH são impulsivas, não esperam o término da pergunta para que possam responder, interrompe conversas alheias, falham em seguir instruções e mexem em coisas que não deveriam.

No diagnóstico do transtorno, são fundamentais a história da criança, a vida escolar, a saúde e a relação com o meio. Embora os comportamentos que caracterizam o TDAH devam estar presentes antes dos sete anos de idade, é necessário cautela, pois, até os 2 anos de idade a criança não controla sua atenção diante dos estímulos externos, comportamento este decorrente da fase egocêntrica e da imaturidade do sistema nervoso quanto às exigências atencionais para a aprendizagem.

A maioria das crianças e adolescentes com o transtorno têm o tipo combinado. Contudo, verifica-se que algumas delas podem apresentar determinadas características comportamentais associadas ao transtorno, tais como: comportamentos agressivos com acessos de raiva, teimosia, baixa tolerância à frustração, desobediência, humor instável, insistência excessiva para que suas vontades sejam satisfeitas, além de baixa auto-estima.

Ocorre também que a criança com TDAH é muitas vezes fadada ao fracasso escolar, decorrente das suas condições típicas de atenção e comportamento, com prejuízo às regras de sala de aula, da sustentação da atenção e concentração, per-

dendo o que está sendo ensinado, consequentemente o baixo rendimento escolar. Para Fonseca (1995), a sala de aula para essa criança deve evitar estímulos excessivos com cartazes, murais, desenhos pela parede, ruídos externos, e outras variáveis, de modo a ajudá-la não dispersar sua atenção durante as atividades.

Vários são os fatores que podem contribuir para o transtorno. Contudo, ainda não há um consenso pleno sobre o assunto, podendo referir-se a aspectos causais relacionados aos âmbitos social, educacional, familiar e da saúde. Existe fortemente o conceito multifatorial de causas do TDAH (Castroviejo, 2004; Barckley, 2003).

Porto (1996) discute que áreas frontais do cérebro, responsáveis por funções de planejamento e controle dos impulsos estão envolvidas no transtorno. Crianças com o TDAH geralmente demonstram em testes neuropsicológicos disfunção no lobo frontal. As dificuldades em automonitoração e limites comportamentais são funções relacionadas ao córtex frontal. Estudos realizados por Rohde (1999) têm indicado a presença da disfunção especificamente na região orbital frontal, responsável pela inibição do comportamento, atenção sustentada, autocontrole e pelo planejamento.

Para que a atividade mental ocorra é necessário a manutenção e a regulação do tono cortical que se modifica de acordo com a tarefa a ser realizada. Uma das funções do córtex pré frontal é regular esse estado de atividade (Luria, 1981). As zonas pré frontais consistem inteiramente em células de camadas superiores (associativas) do córtex, que se superpõem, não apenas às zonas secundárias do córtex motor, mas também a todas as demais formações do cérebro, mantendo assim, conexões bilaterais tanto com as partes inferiores da formação

reticular (entrada sensorial da informação) como também as formações da segunda unidade cerebral que são responsáveis pela recepção, pela análise e armazenamento de informações. Essas conexões capacitam as zonas pré frontais a controlar, tanto o estado geral do córtex cerebral, como também, o curso das modalidades fundamentais da atividade humana (Kolb & Wishaw, 2003).

As funções cerebrais habilitam a entender também o papel dos lobos frontais na vigília e no controle das formas mais complexas de atividade humana dirigidas a realização de metas. A manutenção do tono cortical ótimo é essencial para a condição básica de todas as atividades conscientes como a formação de planos e intenções que sejam estáveis o suficiente para tornarem-se dominantes e resistirem a qualquer impulso distrativo ou irrelevante. As conexões associativas do córtex frontal permitem reconhecer o envolvimento de regiões corticais superiores e regiões subcorticais, comprometidas com os sistemas motivacionais e emocionais do comportamento, como o córtex límbico (Carlson, 2006).

Os neurotransmissores tem sido considerados como tendo papel importante no TDAH, com base às respostas das crianças às drogas estimulantes que afetam a liberação de dopamina e norepinefrina (Domingos e Risso, 2000).

Rodhe (1999) afirma que as substâncias neurotransmissoras produzidas pelo cérebro em certas regiões encontram-se em quantidade insuficientes em crianças com o TDAH, fazendo com que o controle da atenção, estado de vigília e emoção sejam prejudicados.

A hereditariedade associada a fatores ambientais tem sido demonstrada como determinantes para a ocorrência do TDAH (Goldstein, 2003). O autor realizou pesqui-

sa com parentes de crianças com TDAH e estabeleceu ligação entre o transtorno e a hereditariedade, com alta incidência de membros familiares no transtorno.

Rohde (1999), realizando estudos com famílias de crianças e adolescentes, e também com gêmeos, população esta com o TDAH, acerca dos fatores genéticos nas causas do transtorno, afirma a existência da participação do componente genético na origem desta condição. Em sua prática clínica, constatou o relato surpreso de pais sobre a sua própria situação, em que na infância e adolescência apresentavam sintomas de inatenção, hiperatividade e/ou impulsividade.

Desta forma, a hereditariedade tem sido considerada com enorme influência na manifestação do TDAH. Contudo, as influências do ambiente com relação aos comportamentos expressos pela criança podem tornar-se menos adaptativos se o contexto for inadequado às intervenções decorrentes do transtorno.

Conforme nos coloca Topeczewski (2002), nem sempre a hiperatividade vem como um sintoma isolado. Muitas vezes vem acompanhada de outras manifestações como agressividade, impulsividade, distúrbios de comportamento, dificuldades no relacionamento interpessoal e social, a auto-imagem negativa entre outras alterações.

Com frequência o TDAH apresenta comorbidade com outros transtornos psíquicos, como depressão, personalidade anti-social, alcoolismo, transtorno de conduta, entre outros. Por vezes também sua desatenção e comportamentos inapropriados causam sérias conseqüências e problemas pessoais, sociais e escolares. Comorbidade, portanto, é quando dois ou mais problemas de saúde ocorrem concomitantes (Rohde, 1999).

Segundo o DSM-IV (2002), aproximadamente metade das crianças com o diagnóstico de TDAH também são portadoras do Transtorno Desafiador de Conduta. As taxas de incidência nos casos de TDAH com este e outros Transtornos de Comportamento Disruptivo são mais altas do que em outros transtornos mentais e essa incidência é mais provável nos subtipos marcados por hiperatividade e impulsividade. Goldstein (2003), pesquisando crianças com TDAH concluíram que muitas experimentam Depressão ou Transtorno Bipolar, em cerca de 60% dos sintomas de hiperatividade, e 25% com o Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Deve-se ter muita cautela no sentido de separar problemas de conduta de comportamentos que ocorrem juntamente com o TDAH. Sobre isso, Goldstein (2003) afirma que a impulsividade, geralmente acompanhada da hiperatividade, são mal interpretadas pelos adultos. Devido ao fato do TDAH apresentar associação com trans-

tornos funcionais, dificuldades de relacionamento e reações psíquicas diversas, é imprescindível que se faça uma avaliação do caráter primário e secundário do transtorno, onde o profissional deve reconhecer a multidisciplinaridade do quadro, elegendo e adotando os devidos encaminhamentos (Souza, 2002).

Em geral, para a avaliação inicial do TDAH, costuma-se utilizar a Classificação Internacional de Doenças (World Health Organization, 1993) ou o Diagnóstico e Estatística de Desordens Mentais – DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002), sendo que no Brasil o segundo é o mais utilizado. Segundo a American Psychiatric Association (2002), o TDAH se subdivide em três subtipos: a) predominantemente desatento; b) predominantemente hiperativo/impulsivo e, c) predominantemente combinado, conforme se verifica no Quadro 1.

Quadro 1: Critérios diagnósticos do DSM-IV (2002)

1) Tipo predominantemente desatento: Deve satisfazer, com freqüência, a seis ou mais dos seguintes critérios, que devem persistir por mais de seis meses e estar presente antes dos sete anos de idade:

- Deixa de prestar atenção a detalhes, ou comete erros por descuido em tarefas escolares, de trabalho outras atividades;
- Tem dificuldade para sustentar a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- Parece não escutar, quando lhe dirigem a palavra;
- Não consegue seguir instruções e não termina seus deveres, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)
- Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
- Evita, antipatiza ou reluta em se engajar em tarefas que requerem sustentação mental (como tarefas ou deveres de casa);
- Perde coisas necessárias para as tarefas ou atividades (por exemplo: brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);
- Distrai-se facilmente por estímulos externos à tarefa;
- Apresenta esquecimento em atividades diárias.

2) Tipo predominantemente hiperativo / impulsivo: Deve satisfazer, freqüentemente, a seis ou mais dos seguintes critérios, menos que seis para inatenção, que também devem estar presentes antes dos sete anos de idade e persistirem por pelo menos seis meses.

Hiperatividade

- Agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;
- Deixa sua cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- Corre em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);
- Tem dificuldade para brincar ou se engajar silenciosamente em atividades de lazer;
- Está a "mil" ou, muitas vezes, age como se estivesse "a todo vapor";
- Fala em demasia.

Impulsividade

- Dá respostas precipitadas antes das perguntas terem sido completadas;
- Tem dificuldade para aguardar a sua vez;
- Interrompe ou se intromete em assuntos dos outros (por exemplo, conversas ou brincadeiras).

3) Predominantemente combinado: Deve satisfazer a seis ou mais dos critérios para inatenção e seis ou mais dos critérios para hiperatividade/impulsividade, que devem estar presentes antes dos sete anos, persistindo por mais de seis meses.

Crianças com TDAH podem apresentar transtornos na aprendizagem, devido á dificuldade em sustentar a atenção e controlar os impulsos diante dos estímulos do ambiente. Com isto, pode haver perdas de conteúdo e motivação diante dos desafios do programa escolar.

Os transtornos que ocorrem simultaneamente ao TDAH devem ser considerados com a mesma intensidade quando se tratar de intervenção, pois embora apresentem maneiras diferentes, fazem parte de um indivíduo único com características próprias. Desta forma, processos diagnósticos são fundamentais para identificar os quadros envolvidos e definir condutas posteriores.

As queixas trazidas pelos familiares, escola, ou profissionais da saúde, sugerem

hipóteses diagnósticas acerca do problema que poderão ser confirmadas ou não. Uma vez que o diagnóstico do TDAH é baseado principalmente em sintomas e comportamentos, atualmente, profissionais têm usado as Escalas de Verificação de Comportamento para avaliação, diagnóstico e intervenção do TDAH, tendo como base de pesquisa uma lista de comportamentos característicos para ser preenchida por pais e professores. Em relação a elas Benczik (2000, p. 23) afirma que "a escala do TDAH tem a finalidade de subsidiar a avaliação psicológica e o processo de psicodiagnóstico, visando dar segmento ao tratamento e acompanhamento psicológico adequado".

Para Brandão (2001), os exames neurológicos convencionais mostram-se insuficientes para identificar evidências de dano estrutural ou doença no SNC de

criança com TDAH. Desta forma, pesquisas no sentido de se encontrar uma base neurofisiológica ou neuroquímica para este distúrbio, ainda não chegaram a resultados consistentes. Algumas crianças com TDAH podem apresentar dano cerebral mínimo em decorrência de problemas circulatórios, tóxicos metabólicos ou mecânicos no SNC durante os períodos, fetal e perinatal. As seqüelas destes danos podem se expressar sutilmente e de forma subclínica por perturbações no aprendizado, como são observadas nessas crianças. Assim, a avaliação e diagnóstico do TDAH devem ser feitos com base na avaliação clínica por profissionais com vasta experiência e conhecimento dos sintomas que caracterizam o transtorno.

Quanto mais precocemente a criança for diagnosticada, menor será o sofrimento para ela e sua família. Existem muitas pessoas que chegam à idade adulta sofrendo com os sintomas do TDAH, sem a identificação diagnóstica, com seqüelas principalmente no desenvolvimento e ajustamento psicossocial.

3. OBJETIVOS

O presente estudo visou correlacionar as queixas clínicas comportamentais de crianças e adolescentes com sinais sugestivos do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade com o diagnóstico neurológico, através da pesquisa documental.

4. METODOLOGIA

Foram pesquisados 68 prontuários de pacientes que freqüentavam a Clínica de Psicologia Aplicada e Fonoaudiologia da Universidade do Sagrado Coração. Para a organização da amostragem da pesquisa

foram selecionados 17 casos, cujos prontuários apresentavam queixas comportamentais relacionadas a inatenção, hiperatividade e impulsividade. A faixa etária da amostra foi de 3 a 13 anos de idade e a escolarização do maternal à 5a série do ensino fundamental. Os registros obtidos na pesquisa foram quanto a: queixa da família sobre os comportamentos considerados problemáticos; dados pessoais: idade, sexo e escolaridade das crianças; parecer neurológico sobre o diagnóstico do TDAH. O critério de legibilidade para compor a amostra foi pertencer faixa etária dos 3 a 13 anos de idade; apresentar queixa familiar e escolar de desatenção, hiperatividade e impulsividade; apresentar os comportamentos em mais de um ambiente por no mínimo seis meses. O critério de exclusão adotado foi apresentar idade fora da faixa etária proposta; ter alterações no desenvolvimento físico, sensorial ou mental; ter diagnóstico psiquiátrico. Os dados foram submetidos a uma metodologia descritiva dos comportamentos considerados como sinais característicos para diagnóstico do TDAH e à análise estatística para obtenção dos valores de referência, média, desvio padrão, intervalo de confiança e níveis de significância.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa documental realizada demonstrou que os pais, encaminhados pela escola na figura do professor, procuraram atendimento clínico devido à queixa de comportamentos inadequados do filho em diferentes ambientes, ou seja, em casa, na escola e na comunidade. Os aspectos sócio-econômico-culturais foram considerados os da população atendida na clínica-escola, cujo padrão de freqüência é médio-baixo.

Constatou-se que houve queixas registradas no total de 45 comportamentos, citados como problemáticos, distribuídos em 14 categorias (Tabela 1).

Da mesma forma, observou-se que as nomeações como “agressividade” (11%), “inquietação”(2%) e “comportamentos muito ativos” (2%), poderiam ser integrantes da

Tabela 1 – Representação das queixas em quantidade e em valores percentuais

Item	Queixa	Quantidade	Percentual
01	Inatenção	12	28%
02	Agitação	09	21%
03	Agressividade	5	11%
04	Problemas de comportamento	4	9%
05	Dificuldade de aprendizagem	3	7%
06	Impulsividade	2	5%
07	Impaciência	2	5%
08	Falta de concentração	1	2%
09	Rebeldia	1	2%
10	Dificuldade na escola	1	2%
11	Dispersão	1	2%
12	Inquietação	1	2%
13	Comportamento muito ativo	1	2%
14	Nervosismo	1	2%

Conforme demonstrado na Tabela 1, a queixa mais freqüente foi quanto ao comportamento de “inatenção” (28%), seguido de “agitação” (21%), e, como “impulsividade” constatou-se 5%. O que se verifica é que além da “impulsividade” outras nomeações como “impaciência”(5%), “nervosismo” (2%), “rebeldia” (2%), “problemas de comportamento” (9%), podem sugerir comportamentos de uma mesma categoria impulsiva, o que elevaria o percentual para 24%.

categoria de comportamentos de “hiperatividade” (agitação) totalizando assim 25% das queixas mencionadas. Constatou-se que as queixas sobre “dificuldades de aprendizagem” (7%) relacionaram-se a problemas na aquisição e domínio da leitura, escrita e aritmética. Verificou-se que a queixa em 2% dos casos referiu-se a dificuldades na escola relacionadas à inadequação contextual de relação e integração ao meio. O Gráfico 1 demonstra os resultados finais de inatenção, hiperatividade e impulsividade.

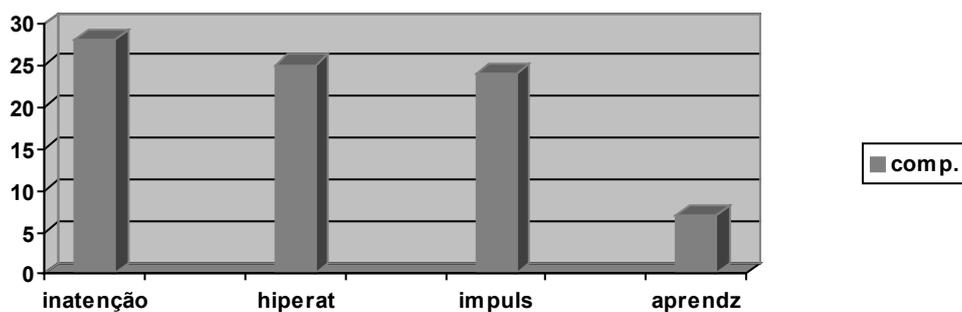


Gráfico 1 – Representação dos resultados classificados como sinais sugestivos do TDAH.

Conforme o parecer neurológico sobre a avaliação clínica e o exame Neurológico Evolutivo, foi confirmado o diagnóstico de TDAH em 3 casos, identificados nos prontuários 15, 16, 17. As queixas investigadas nos demais casos evidenciaram dificuldades no contexto da aprendizagem e de condutas anti-sociais como sendo decorrentes de um contexto inadequado e, portanto, não enquadrados no TDAH como dado isolado.

Verificou-se assim, que as queixas dos pais e professores, que a princípio poderiam representar o transtorno, tinham a causalidade transitória relacionada a outros fatores do ambiente familiar e escolar.

Analisando os prontuários, nos registros do desenvolvimento da criança e suas relações parentais, foram observadas problemáticas relacionadas à desestruturação familiar (pais separados, em conflitos), à falta ou fragilidade de limites estabelecidos à criança e a própria ansiedade pertinente a determinado contexto vivenciado, tanto na família como na escola, que propicia comportamentos agitados e muitas vezes agressivos. Desta forma, a queixa dos pais e professores poderia ser distorcida para o entendimento do diagnóstico do TDAH.

Tanto nas queixas dos pais e professores quanto nos casos diagnosticados com TDAH, observou-se o predomínio do gênero masculino. Goldstein (2003) afirma que a hiperatividade é aproximadamente cinco a nove vezes mais freqüente em meninos do que em meninas, embora alguns problemas de hiperatividade possam afetar um número similar de meninos e meninas.

Os comportamentos que mais apareceram, tanto nas queixas como nos casos diagnosticados, foram a hiperatividade e a inatenção, que são tipos de TDAH. Alguns sintomas apareceram concomitantes com o

transtorno, tais como a rebeldia e problemas de comportamento como agressividade, falta de limites, entre outros. Este dado corrobora os achados na literatura (Train, 1997; Souza, 2002; Domingos e Risso, 2000).

Dificuldades na aprendizagem, no domínio da leitura, escrita e aritmética, e, problemas escolares adaptativos, foi outro aspecto que apareceu nas queixas em 6%. De acordo com Castroviejo (2004), algumas crianças nunca encontram seu lugar na sala. Perdem seus pertences e não lembram onde estão guardados. Não gravam fatos importantes, como datas, situações e deveres de casa. Na escrita, não atentam para a mudança de forma e movimento na construção da letra o que leva a prejuízos significativos na elaboração textual. Outras crianças apresentam alterações no processamento da discriminação de diferentes fonemas, em tarefas que envolvam ditado ou leitura. Podem também apresentar dificuldades em atividades que exigem habilidades de memória, tanto auditiva como visual, sem que haja uma condição mental, sensorial ou física prejudicada.

Desta forma, dificuldades com a atenção e concentração, podem interferir nos processos de estocagem e resgate da informação de curto prazo. Estas características sugerem alteração no processamento da informação, situação esta compatível com outros diagnósticos relacionados aos transtornos da aprendizagem, e não especificamente o TDAH (TABAQUIM, 2002).

Os sintomas característicos do TDAH durante muitos anos foram confundidos com outros transtornos do comportamento, como os transtornos psicóticos, ou mesmo características de determinada fase do desenvolvimento. Assim, muitas

crianças foram tachadas erroneamente de desinteressadas e até mal educadas. Atualmente, o inverso tem sido observado; pais e professores, com senso comum, rotulam crianças agitadas, com falta de limites comportamentais e desmotivadas para a aprendizagem, como tendo o Transtorno de atenção, Hiperatividade e Impulsividade, com fator de disfunção cerebral. Neste estudo, constatou-se que dos 17 casos analisados, somente três corresponderam ao diagnóstico neurológico do TDAH, compatível com os dados da literatura que ocorrem em média de 5% da população (BARKLEY, 2003; RODHE, 1999).

Muitas pesquisas tem sido realizadas em busca da compreensão do TDAH. No entanto, o assunto merece maiores investimentos quanto à eficácia de procedimentos interventivos, educacionais e psicológicos, para a criança e família, de terapêuticas psicofarmacológicas e recursos mais precisos de diagnóstico. Os resultados obtidos na análise sobre as queixas das crianças encaminhadas como hiperativas, atestaram o grau elevado de informações imprecisas e contraditórias sobre o transtorno, tanto do professor que tem o aluno em sala de aula diariamente quanto dos pais das crianças com os comportamentos tão diferenciados.

É importante que pais, professores, médicos, psicólogos e demais profissionais da saúde e educação, busquem maior compreensão dos aspectos do desenvolvimento e do transtorno, para contribuir na melhoria da qualidade de vida da criança. Para isso, há necessidade de veicular nos meios de comunicação e formação de profissionais, informações básicas de identificação do transtorno, suficientes para possibilitar o entendimento da condição e minimizar os efeitos negativos de um diagnóstico equivocado.

5. CONCLUSÕES

Características do TDAH, como critério identificado na literatura atual, foram incompatíveis com as queixas comportamentais observadas nos prontuários analisados. Verificou-se que muitos casos trazidos à clínica como queixa de TDAH não se confirmaram com o parecer diagnóstico médico, tratando-se de problemas decorrentes de outros fatores.

Os comportamentos que mais apareceram nas queixas foram a “inatenção” e “agitação”; embora fossem igualmente característicos do transtorno, não conferiu o TDAH, que, após análise clínica, tiveram diagnósticos diferenciados relacionados a condutas e aprendizagem. Efetivamente, somente três casos tiveram o diagnóstico do transtorno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARKLEY, RA. *Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade – guia completo para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BENCZIK, E. B. P. *Manual da Escala de transtorno de déficit de atenção / hiperatividade: versão para professores*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- BRANDÃO, M L. *As bases fisiológicas do comportamento*. São Paulo: Atheneu, 2001.
- CARLSON, N.R. *Fisiologia do Comportamento*. SP: Manole, 2006.
- CASTROVIEJO, I. P. *Síndrome de Déficit de Atención com Hiperactividad*. Barcelona: César Viguera Editor, 2004.
- DOMINGOS, N. A. M.; RISSO, K. R. *O transtorno de déficit de atenção e a hiperatividade*

- infantil*. In: SILVARES, E.F.M. (Org.). Estudos de casos em psicologia clínica comportamental infantil. Campinas, SP: Papirus, 2000. Cap. 3, p. 63-83.
- DSM- IV-TR - *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- FONSECA, V. *Introdução às dificuldades de aprendizagem*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- GOLDSTEIN, S. *Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança*. Campinas, SP: Papirus, 2003.
- HOLMES, D.S. *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- KAPLAN, H. I. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- KOLB, B. & WISHAW, I.Q. *Neurociência do Comportamento*. SP: Manole, 2003.
- LURIA, A.R. *A construção da mente*. SP: Ícone Editora, 1992.
- PORTO, C. S. *Síndromes Frontais: Avaliação Neuropsicológica*. In: NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; MANSUR, L. L. (Org.) *Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação*. São Paulo: Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1996.
- ROHDE, L. A. P. *Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade: O que é? Como ajudar?* Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- SOUZA, H.S.A. (et. al.). *Transtorno de Déficit de Atenção com hiperatividade*. In FONSECA, L.F.; PIANETTI, G.; XAVIER, C. (Org.). *Compêndio de Neurologia Infantil*. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.
- TABAQUIM, M.L.M. *Avaliação Neuropsicológica: estudo correlativo entre crianças com Paralisia Cerebral e Distúrbio de Aprendizagem*. Tese de Doutorado. FCM/Unicamp, 2002.
- TOPCZEWSKI, A. *Hiperatividade: como lidar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- TRAIN, A. *Ajudando criança agressiva: Como lidar com crianças difíceis*. Campinas, SP: Papirus, 1997.
- World Health Organization, 1993. *The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. World Health Organization, Geneva, 2001.