

Transtornos Hiperkinéticos

Genário Alves Barbosa*

No campo da psicopatologia infantil os transtornos hiperkinéticos (THs) são um dos problemas que também mais têm preocupado profissionais da área, pais e educadores. Eles afetam tanto a conduta emocional e a adaptação social da criança como o seu rendimento escolar, mesmo que esta apresente um nível satisfatório de inteligência.

Os THs, na psiquiatria infantil, representam uma patologia que tem sofrido contínuas evoluções de nomenclatura no decorrer de sua história. Um exemplo é dado a seguir no quadro 1.

Toda esta pluralidade de nomenclatura é fruto de constantes investigações independentes nos campos da neurologia e da psiquiatria. Todavia, estas sempre se basearam em descrições clínicas, geralmente relacionadas à etiologia, que em cada momento acreditava-se ser a responsável pela nosologia.

HOFFMAN, um psiquiatra alemão, já em 1845, em um livro de contos infantis, ilustrou através de desenho uma breve e expressiva conduta de uma criança ("Zappel-Philips") com THs, o que o assegurou ser denominado de precursor destes transtornos. As primeiras descrições clínicas em relação a estes transtornos, devem-se, contudo, a STILL. Ele pela primeira vez descreveu de maneira mais sintomática o quadro clínico de crianças com THs, como segue: com temperamento violento, altamente revoltadas, perversas, destruidoras, com ausência de respostas aos castigos, freqüentemente inquietas e molestas, apresentando movimentos quase coreiformes, com incapacidade para manter a atenção e fracasso escolar. Esta descrição clínica e etiológica dos THs, apesar de ter sido a primeira ainda serve como base da denominação da disfunção cerebral mínima.

STILL considerou que o quadro clínico poderia relacionar-se com vários fatores causais, tanto genéticos como ambientais e se ateve a concepção dicotômica de sua época e o qualificou de problema médico, atribuindo este quadro clínico a uma lesão cerebral. Todavia, a existência de lesões cerebrais só se demonstrou em alguns casos estudados, enquanto que as demais crianças, ou padeciam enfermidades que se supunha acarretar certo tipo de lesão cerebral ou não apresentavam qualquer dado significativo em sua história clínica que justificasse a enfermidade.

A partir da descrição de STILL em 1902, os THs começam a sofrer sucessivas modificações de nomenclatura, porém o quadro clínico praticamente não se alterou.

A relação estabelecida por STILL entre o padrão de conduta hiperativa e a lesão cerebral evidente foi posteriormente reforçada através de informes que relatavam alterações comportamentais subseqüentes a lesões do SNC, provocadas por enfermidades virais, traumas cranianos e acidentes pré ou perinatais.

RESUMO

O autor descreve transtornos hiperkinéticos desde suas primeiras descrições, considerando sua sintomatologia e hipóteses etiológicas.

Caracteriza os instrumentos destinados a sua avaliação e as dificuldades diagnósticas.

UNITERMOS

Distúrbios hiperkinéticos.

* Doutor em psiquiatria infantil pela Universidade de Sevilla - Espanha. Bolsista RD/CNPq/UFPA. Conferência no III Congresso Mineiro da ABENEPI/JUNHO DE 1994.

Quadro 1 Nomenclatura Dos Transtornos Hiperkinéticos		
Hoffman - 1845	"Zappel Philip"	
Bourneville - 1897	"Criança Instável"	
Still - 1902	"Defeito de Controle Moral"	
Estado Def. Mental	Estado Pós-Encefálico	Est. Traumatismos Cerebrais
Tredgold-1908	Hoffman-1922	Stoker e Ebaugh 1925
Hiperatividade em D. Mentais		
Kahn e Cohen - 1934	Síndrome de Impulsividade Orgânica	
Bender - 1942	Síndrome Pós-Encefálico	
	Reação Psicopática com Hiperinesia	
Strauss - 1947	Lesão Cerebral Mínima	
Gölinitz - 1954	Síndrome Hiperkinético ou	
	Transtorno do Impulso Hiperkinético	
Clements e Peters -1962	Disfunção Cerebral Mínima	
D.S.M. II - 1968	Reação Hiperkinética	
C.I.D. 9 - 1978	Síndrome Hiperkinética	
D.S.M. III - 1980	Transtorno de Déficit da atenção com ou sem hiperatividade	
D.S.M. III-R - 1986	Transtorno do déficit de atenção hiperativo	
C.I.D. 10 - 1992	Simple perturbação da atividade e da atenção. Transtornos Hiperkinéticos	
Fonte: BENJUMEA PINO & MOJARRO PRAXEDES (1992:200-207)		

Uma constante em todas as investigações no decorrer destes anos tem sido a incidência mais no sexo masculino que no feminino. As cifras oscilam entre 2.2% a 9.9%, sendo portanto um transtorno de maior prevalência na psiquiatria infantil. Trata-se portanto de um transtorno de baixa morbidade e alta frequência e que tende a ocorrer com maior frequência em crianças em idade escolar.

TREDGOLD, em 1914, fazia o diagnóstico diferencial entre THs com crianças DM. Para ele, os DMs que apresentavam hiperinesia de maneira diferente, associada à anormalidades de paladar, a vários sinais neurológicos menores, à diminuição motora, à desatenção e distraibilidade e à desobediência, porém com déficit de QI, não poderiam ser diagnosticados com THs. Surge assim os primeiros critérios de diagnóstico diferencial, em que os THs deveriam ser um transtorno sem a presença da DM.

STREKER em 1924 encontrou sintomas que apareciam depois de um quadro encefálico: instabilidade emocional, irritabilidade, obstinação, tendência a mentir e a roubar,

déficit da atenção e da memória, além de desajustes e descoordenações, apresentando tics nervosos, depressão, pobre controle motor e hiperatividade. Pode-se verificar que entre os sintomas citados, alguns atualmente não fazem parte dos THs, enquanto outros continuam sendo relevantes, como a mentira e o roubo, além da própria hiperatividade.

A partir desses estudos os THs passaram a ser objeto maior de investigação no campo da neurologia, Pode-se observar que, juntando a sintomatologia descrita por STILL com a de STREKER, define-se toda a psicopatologia atual dos THs. Contudo, ainda dentro desta linha de influência neurológica, é necessário destacar os estudos de LAURETTA BENDER em 1942, onde ela denomina de "Síndrome pós-encefálico" como "reação de personalidade de tipo psicopática com hiperinesia". Daí conclui-se, portanto, que nesta época predominavam as hipóteses neuroanatômicas, que ainda continuam sendo objeto de investigação nos dias atuais.

A seguir, no quadro 2, serão descritas as principais hipóteses neuroanatômicas dos THs.

Quadro 2 Hipóteses Neuroanatômicas dos THs	
Autor	Disfunção
Laufer 1957	Diencéfalo
Knobel et. al. 1959	Sobre funcionalidade cortical
Connors et Eisenberg 1964	Capacidade Cortical Inibitória
Wender 1971-1972	Área límbica
Matte 1980	Lóbulo frontal
Lou et al. 1984	Lóbulo frontal
Porrino et. al. 1984	Núcleo Acumbeus
Gualtieri & Hicks 1985	Lóbulo frontal
Hunt et al. 1985	Locus Coeruleus
Evans 1986	Lóbulo frontal
Chilume et. al. 1986	Lóbulo frontal
Lou 1989	Núcleo estriado
Zametkin 1990	Córtex pré-frontal

A partir dos anos 40, iniciaram-se esboços de intervenção terapêutica e psicopedagógica. A terapia baseava-se em anfetamina complementada com a intervenção psicopedagógica, voltada especialmente para as dificuldades de aprendizagem e rendimento escolar, que implicavam em repetências e fracasso escolar. Foi ainda nesta década que surge a nomenclatura "Minimal brain damage" ou lesão cerebral mínima, ficando conhecida como SÍNDROME DE STRAUSS. Já na década de 60 o termo lesão é substituído por disfunção, pois assim explicaria melhor a etiologia e permitia estabelecer correlações anátomo-clínicas.

Com o estudo de DOUGLAS na década de 70, o conceito de disfunção cerebral mínima é considerado

impróprio por atribuir o quadro clínico mais profundo a um déficit da atenção ou a uma alteração da atenção.

Para CLEMENTS & PETERS, a presença de uma lesão orgânica não estava definida na etiologia de uma forma direta e clara, porém apoiada indiretamente, baseadas nos seguintes pontos: (1º) Sintomatologia igual e déficit perceptivo nesta criança, semelhante a crianças e adultos com lesão cerebral; (2º) Correlação positiva entre alterações de aprendizagem e de conduta e (3º) Boa resposta às drogas e não à psicoterapia.

Para os últimos autores citados, a etiologia do quadro deve-se a variações genéticas, irregularidades bioquímicas e lesões ocorridas durante os anos críticos para o desenvolvimento normal, a maturação do S.N.C. e a privação ambiental. A etiologia, pese a inúmeras investigações realizadas por várias décadas, apesar das diversas hipóteses e abordagens, estudos neurofisiológicos recentes, fazem referência à estrutura do lóbulo frontal, porém continua ainda como sendo incógnita.

Do que foi dito, verifica-se que no decorrer das investigações foram introduzidas não somente hipóteses etiológicas, como também surgiram sintomas importantes e deu-se início a polêmica do uso de psicofármacos versus psicoterapia. Sobre esta polêmica, TAYLOR faz referência à importância da psicoterapia e outros tipos de intervenções nos THs, mas enfatiza categoricamente que em primeiro plano deve estar o tratamento farmacológico.

A hiperatividade infantil, desperta maior interesse a partir dos anos 40 e continua sendo um tema de âmbito incerto e impreciso e sua intervenção, seja pediátrica, neurológica, psiquiátrica ou escolar resulta ainda ineficaz na maioria dos casos.

Feito este breve comentário histórico dos transtornos hipercinéticos, útil para explicar a evolução terminológica pela qual passou esta patologia e para possibilitar a identificação de sua complexidade, destaca-se a seguir o que se discute a seu respeito na atualidade.

A classificação SÍNDROME DO DÉFICIT DA ATENÇÃO (ADD: attention deficit disorders) aparece no DSM-III em substituição aos termos disfunção ou lesão cerebral mínima, sendo bem aceita pela comunidade clínica. A síndrome pode ser COM ou SEM hiperatividade. Ainda devemos entender HIPERATIVIDADE como um adjetivo, ou seja, uma qualidade ao invés de um sintoma primário. Portanto a SDA seria caracterizada por três sintomas básicos como se descreve no quadro 3.

Quadro 3 Sintomas fundamentais da SDA.
a - Falta de atenção
b - Impulsividade
c - Hiperatividade

Com a revisão do DSM-III, o DSM-III-R, em 1987, devido a questionamentos e à dificuldade diagnóstica em relação à hiperatividade, a SDA fica relegada a um segundo plano na categoria de "indiferenciado" por existir a possibilidade clínica de um déficit de atenção sem hiperatividade.

Como no SDA pode ou não haver hiperatividade, é preciso verificar quando há hiperatividade se não se trata de uma síndrome hipercinética. DEL GIUDICE ET AL., em 1987, chamaram a atenção para esta distinção, pois segundo eles, a hiperatividade específica é secundária a um distúrbio orgânico ou psiquiátrico.

Entende-se a hiperatividade como um sintoma secundário ao manifestar-se em todos os casos, sendo mais provável quanto menor for a idade da criança.

A SDA cursa junto com transtornos específicos como demonstra o quadro 4.

Quadro 4 Transtornos específicos/SDA
A - Atraso na aquisição de linguagem
B - Atraso na leitura
C - Atraso na capacidade de articulação
D - Dificuldades na Aritmética
E - Certas anomalias EEG
F - Deficiência Perceptivo-motora
G - Sinais neurológicos menores

O déficit da atenção é compreendido de vários modos, dependendo dos autores. Pode ser uma falha na orientação, um déficit no controle de impulsos, uma diferença em estratégias de processamento de informações e uma falha ou disfunção na manutenção da atenção (Benjumea Pino & Mojarro Praxedes, 1992). Deve-se sempre ter em mente que a falta de atenção indica uma debilidade dos meios com os quais os indivíduos regulam seus interesses para com o meio-ambiente.

Recentemente se tem preconizado três tipos de atenção: (a) ATENÇÃO FOCALIZADA, (b) ATENÇÃO ATIVADA e (c) ESFORÇO. Todos estes tipos de atenção, como os estados de processamento de informações têm sido muito investigado na síndrome hipercinética.

A distraibilidade é entendida como orientação para aspectos irrelevantes e que esta não é sinônimo de ATENÇÃO SELETIVA, mas sim integrante dela. Segundo TAYLOR (1986) a falta de distraibilidade não se opõe na criança hipercinética, pois existem estudos que demonstraram que os hipercinéticos olham mais um estímulo irrelevante que as crianças normais. Além do mais, na distraibilidade influem fatores como: INIBIÇÃO, VIGILÂNCIA, GANÂNCIA e FADIGA.

Uma falha ou déficit de um destes fatores podem levar a um aumento da distraibilidade e, como

conseqüência, a diminuição da atenção seletiva. Sobre o coeficiente intelectual que poderia justificar em parte esta sintomatologia, o que se sabe é que a relação entre a atenção e o QI ainda não está clara.

Devido ao uso, muitas das vezes indevido de hiperatividade, TAYLOR em 1986 faz uma distinção, de extrema importância clínica, nesta terminologia. Para ele é preciso diferenciar a SOBREATIVIDADE, a HIPERATIVIDADE e a HIPERCINESIA.

A sobreatividade deve ser compreendida como uma quantidade excessiva de movimentos. Trata-se de um conceito simples e clinicamente não relevante pois não é psicopatológico. A sobreatividade descreve um grupo heterogêneo de crianças, não tem limites lógicos e não é necessariamente um problema. Desta forma a sobreatividade nem sempre implica em enfermidade pois a criança pode ter uma concentração normal e ser sobreativa.

Já a hiperatividade, é um tipo de conduta desnecessária, desorganizada e caótica, caracterizada pela combinação de inquietude e falta de atenção a um nível impróprio para a idade da criança. Autores americanos incluem um terceiro sintoma, a impulsividade, porém este é um sintoma ambíguo por se referir mais a distúrbios de conduta anti-social enquanto que a hipercinesia deve ser entendida num grau maior entre estes três sintomas, pois ela é estruturada e sindrômica, sendo caracterizada por alterações condutuais motoras da criança provocando dificuldades em seu desenvolvimento psico-evolutivo.

Disto tudo conclui-se que a hiperatividade é distinta de hipercinesia. A hiperatividade é um modo de classificar as condutas enquanto a hipercinesia é uma classificação de casos individuais e que superpõe a hiperatividade.

SANDBERG (1984) em uma investigação etiológica sugere que as crianças com SDA-H são similares às que apresentam transtorno de conduta.

Os subtipos de THs na SDA com hiperatividade e na SDA sem hiperatividade parecem ser os que necessitam de um exame mais detalhado, posto que a diferença que existe entre eles de sintomatologia comportamental e evolutiva parece não justificar sua inclusão dentro de uma mesma categoria. A este respeito a nova CID-X reparou esta polêmica.

A clínica da SDA/HIPERATIVIDADE apresenta as seguintes características descritas no quadro 5.

Verifica-se já a partir do DSM-III e da CID-9, que ambas fazem referências à Síndrome hipercinética e SDA/hiperatividade, inclusive diferenciando-as. Estas classificações são impróprias, principalmente a SDA/hiperatividade, pois suas validades são superficiais por não atenderem a corretos critérios de diagnósticos.

A CID-9 descreve a síndrome hipercinética como apresentando escassa concentração associada à sobreatividade e com critérios de diagnósticos mais rigorosos. Por outro lado, o DSM-III descreve a SDA-H com três sintomas fundamentais: (a) falta de atenção, (b) hiperatividade e (c) impulsividade, onde a hiperatividade

é um sintoma agudo da SDA. Esta classificação apresenta maiores facilidades de diagnóstico.

Quadro 5 Características da SDA/HIPERATIVIDADE
1º- Surge dos 3 aos 7 anos
2º- Atenção deficitária: distração, dificuldade de concentração
3º- Impulsividade Dificuldade na organização do trabalho Tendência a agir sem pensar Provocar colegas de classe.
4º- Hiperatividade: Não permanece tranquilo Mexe-se continuamente Sono irrequieto
5º- Dificuldade de aprendizagem escolar Ira Prepotência Indisciplina
6º- QI > 70 (excluir DM)
7º- Retardo de linguagem
8º- Hipoacusia
9º- pesquisar: PC, autismo infantil e outros distúrbios neuropsiquiátricos infantis.
10º- Incidência alta de distúrbios neurológicos menores (PANESS).
11º- Presença de deficiência de aprendizagem (10-40%).

Para explicar esta "Confusão" de diagnóstico, DEL GIUDICE e Col. em 1987, realizaram um trabalho com um instrumento elaborado por eles no sentido de verificar através de critérios de diagnósticos para poder discriminar de modo eficiente as duas síndromes. O instrumento utilizado foi dividido por distintas áreas conforme consta do quadro 6.

Quadro 6 Áreas do Instrumento de Del Giudice e col
1 - Área I - Déficit de atenção/distraibilidade
2 - Área II - Disfunção na concentração
3 - Área III - Problemas de conduta
4 - Área IV - Disfunção motora (micromotricidade)
5 - Área V - Disfunção motora (macromotricidade)

Este instrumento foi aplicado a 725 pais de escolares, excluindo DM e outras deficiências, com idades compreendidas entre 7 e 9 anos. Os resultados foram esperados.

Na área I, a da atenção, ela foi progressiva com a idade. Este dado nos faz pensar com o que presenciamos na nossa atividade clínica, que o déficit da atenção vai progredindo diretamente com a idade.

Na área II, que analisava a concentração, verificaram que esta estava presente em menores proporções que na área I. Igualmente nas áreas III, IV e V, todas significativas, porém sempre em menores proporções que a área da atenção.

Podemos deste estudo concluir, a grosso modo, que na SDA, do ponto de vista psicopatológico, a atenção é a área mais comprometida e que pode se apresentar sem a presença da hiperatividade. Quando a hiperatividade está presente, mesmo na SDA, é preciso ter muito cuidado e fazer um diagnóstico diferencial com os THs.

O trabalho liderado por GILBERG em Götberg, na Suécia, explica a razão da polêmica de diagnóstico entre neuropediatras e psiquiatras infantis. Eles constataram a presença de uma síndrome que implicaria na presença concomitante do déficit de atenção e disfunção perceptivo-motora. Com esta conclusão fica clara a manutenção do termo de disfunção cerebral mínima, apesar de não ser aceito nas atuais classificações. Neste estudo, verificaram que as alterações das áreas da atenção e comportamento eram mais frequentes nas idades dos 5-7 anos, com instabilidade perceptivo-motora. A verdade é que a SDA merece um estudo psicopatológico mais aprofundado, para que tenha um diagnóstico preciso.

Estudos de seguimento em crianças com THs com hiperatividade, sugerem que quando na idade adulta continuarão apresentando dificuldades de relacionamento interpessoais, segundo MINDE et al.(1979) considerados como anti-sociais. AVILA DE ENCIO e POLAINO (1988), citam estudos de vários autores que preconizam que estas crianças com THs apresentarão quando na idade adulta, baixo rendimento laboral, mudam-se com maior frequência de trabalho, sofrem mais acidentes de trânsito e, alguns deles, têm sido penalizados pela prática de atos delituosos.

Passemos agora a tecer alguns comentários sobre o SÍNDROME HIPERCINÉTICO.

A hiperatividade refere-se estritamente a um tipo de conduta motora desorganizada, não dirigida a um objeto, e onde o excesso de atividade não pode restringir-se voluntariamente para adaptar-se às exigências ambientais. Em assim sendo, o conceito de THs, ou mais exatamente, SÍNDROME HIPERCINÉTICO englobará tanto estes déficits motores como uma série mais ampla de anomalias comportamentais e de rendimento intelectual, as quais foram agrupadas como sendo a hiperatividade o sintoma mais relevante. Por esta razão muitos investigadores preferem denominar hiperinesia (hipercinesia).

Como vimos anteriormente, o conceito de transtorno começa com STILL. Com a utilização das anfetaminas por BRADLEY para o tratamento destes transtornos, surgem várias investigações sobre a hiperatividade e se chega assim a definição da síndrome de conduta hipercinética ou transtorno impulsivo hipercinético. Somente a partir dos anos 60 se firma o conceito de síndrome hipercinética, sem base orgânica demonstrável, ainda que se supunha uma lesão cerebral

mínima. Este conceito é reforçado com sua pela OMS, que na nona classificação de enfermidades, o CID-9, inclui como síndrome hipercinética, categoria diagnóstica.

A síndrome hipercinética compreende uma série de problemas diagnosticados até agora como "crianças hiperativas" ou "hipercinéticas". Como denominador comum está a falta de atenção, daí a confusão que se faz com a SDA.

RAPOPORT e FERGUSON (1980) afirmam que resulta muito difícil manter a idéia de que a hiperinesia seja uma enfermidade neurológica, pois outras investigações já tinham se dado conta de que a hiperatividade não é simplesmente uma manifestação de deterioro cerebral pois existem outros sintomas psicopatológicos ligados a área comportamental que podem também explicar a hiperinesia.

Para HERRERA HERNANDEZ (1989), termo hiperatividade ou hiperinesia tem sido usado erroneamente. As medidas objetivas na atualidade não têm mostrado diferenças quantitativas na atividade física entre as crianças hiperativas e as não hiperativas. Tem-se utilizado como sinônimo o termo "incapacidade de aprendizagem" e muitas crianças com a síndrome hipercinética estão impossibilitadas para aprender, mas, por outra parte, outras muitas crianças com dificuldades de aprendizagem não são hipercinéticas.

A hiperatividade pode ser diagnosticada de modo operativo quando estão presentes, ao menos três das seguintes características descritas no quadro 7.

Quadro 7 Características da Hiperatividade
1. Sobe em armários, móveis, árvores etc
2. Está sempre andando. Prefere correr a andar
3. Está nervoso ou agitado
4. Faz as coisas de uma maneira ruidosa ou "alvorçada"
5. Sempre está fazendo algo ou então fica nervoso
6. Outros critérios de diagnósticos: -Aparecimento antes dos 7 anos de Idade - Duração de pelo menos seis meses

Todavia queremos frisar que é muito difícil distinguir entre os 2 e 4 anos, as crianças que desenvolvem uma hiperatividade, dos que simplesmente são ativos, buliçosos e sociais. Estas crianças durante o período pré-escolar ou escolar aprendem a controlar sua atividade motora, a manter a atenção e a concentração, como também modificar condutas sociais e se preparar para a fase escolar.

Os pais que avaliam o controle físico e emocional podem qualificar seu filho normalmente ativo como hiperativo e travesso. É preciso ter muito cuidado com estas informações. O pediatra deve determinar a estrutura psicossocial desta criança, ou seja, se a considera normal, hiperativa, obstinada etc. Geralmente o diagnóstico de hiperativo dá-se quando ingressa nos

jardins de infância ou escolas. Os professores acham a criança incontrolável, não pode permanecer quieta, grita muito, impede as atividades de classe e dos colegas e é desatenta. Ainda provocam brigas com outras crianças, não obedecem as normas da escola nem as advertências e não aprende a corrigir seus erros.

O estudo da natureza do transtorno é dificultado pela grande variedade de alterações as quais denominamos de "HIPERATIVIDADE", já que se considerou como uma síndrome unitária a um conjunto heterogêneo de anomalias que hoje se diferenciam como entidades clínicas distintas, apesar de guardarem relações entre si. Estudos atuais apontam o estabelecimento de nova classificação diagnóstica, mais bem detalhada, e tudo faz crer que o DSM-IV irá contemplá-la, pois o sintoma DESATENÇÃO não é muito claro. Continua sendo inespecífico, enquanto que outros como falta de controle de impulsos ou a tendência a obter gratificação imediata poderiam ser os déficits mais básicos que apresentam estes transtornos como sugere RAMOS PLATON (1987).

Finalmente, alguns estudos de seguimento concluem que os sintomas das crianças hiperativas podem agravar-se com o avançar da idade, resultando de acordo com o quadro 8 em:

Quadro 8 Relação Hiperactivia-Idade
A - Fracasso escolar
B - Comportamento Anti-Social
C - Depressão durante a adolescência
D - Sociopatia
E - Alcoolismo

Não iremos nos deter em critérios de diagnósticos, já que de maneira geral, falamos acima em toda psicopatologia dos THs.

Por outro lado gostaria de chamar a atenção dos profissionais para o uso de instrumentos que em muito servirão para facilitar diagnóstico, acompanhamentos e para uso de investigação. Com este intuito, validamos um instrumento, mundialmente utilizado, que passamos a descrevê-lo.

Instrumentos

Entre os instrumentos mais utilizados para THs, dois são mais conhecidos: o de Conners e o de Ackenbach. Vamos nos deter no questionário de CONNERS, objeto de nossa validação.

O questionário de Conners (1969;1973) foi elaborado por ele na Austrália e com ampla difusão em vários países. A escala que validamos é a abreviada e revisada em 1973. O objetivo inicial era medir as alterações de crianças hiperativas que recebiam tratamento farmacológico, sendo sua utilidade a verificação do seguimento destas crianças. Com o passar dos tempos, vários investigadores, entre eles TAYLOR e SANDBERG (1984), GOIETTE et al. (1978),

FARRE e NARBONA (1989), começaram a validá-lo para uso clínico e epidemiológico.

Segundo BÉJUMEA PINO e MOJARRO PRAXEDES (1993), as vantagens do questionário do CONNERS para pais e professores são: (1) PERMITE HOMOGENEIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES; (2) POSSIBILITA QUALIFICAR OS SINTOMAS; (3) PERMITE ESTABELECEER PERFIS; e (4) É ECONÔMICO E FÁCIL QUANTO AO USO.

Sobre a facilidade discordamos em parte destes autores. Em nossa investigação estamos encontrando dificuldades no preenchimento dos questionários por parte dos pais, já que estes em sua grande maioria são analfabetos, levando os próprios pesquisadores a preenchê-los.

Como a maioria dos instrumentos, o questionário de Conners também apresenta suas desvantagens: (1) SUPÕE-SE QUE A PESSOA QUE O PREENCHE ESTÁ APTO PARA AVALIAR A CONDUTA "ALHEIA"; (2) VARIABILIDADE DE PERCEPÇÃO ENTRE OS INFORMANTES; e (3) ASPECTOS CULTURAIS.

Este questionário consta de duas versões. A versão abreviada de professores com 40 itens, que está agrupada em 4 fatores: (a) Hiperatividade; (b) desatenção; (c) Passividade e tensão-ansiedade; e (d) problemas de conduta. Entre estes itens, 10 fazem referências a conduta hiperativa, denominado "ÍNDICE DE HIPERATIVIDADE".

A versão abreviada para pais é composta de 42 itens, que se referem mais diretamente à hiperatividade. Dos 42 itens, 10 constituem o "ÍNDICE DE HIPERATIVIDADE". Para cada pergunta existem 4 opções 0=NUNCA; 1=ÀS VEZES; 2=FREQÜENTEMENTE e 3=SEMPRE. Os questionários devem ser aplicados a pais e professores do escolar.

Em João Pessoa, para esta validação utilizou-se uma amostra de 360 informantes, sendo 180 pais e 180 professores que deveriam expressar seu julgamento sobre o comportamento hiperativo das crianças. Na tabela a seguir são apresentados os dados sobre tais crianças.

Tabela 1 Caracterização da amostra de respondentes			
Variável	Níveis	f	%
Avaliadores	Professores	180	50,0
	Pais	180	50,0
Tipo de escola	Pública	100	55,5
	Privada	80	44,5
Idade em anos	6 - 7	54	30,4
	8 - 9	69	38,3
	10 - 11	45	24,2
	12 - 13	12	7,1
Sexo	Masculino	106	58,9
	Feminino	74	41,1

Como pode-se observar na tabela acima, a metade das crianças foi avaliada por seus pais enquanto a outra metade o foi por seus professores. Tais crianças eram predominantemente de escolas públicas, do sexo masculino e com idade entre oito e nove anos ($M=8,7$ e $DP=1,63$).

A seguir encontra-se a distribuição por categorias de respondentes. Para os pais, num total de 180, encontrou-se uma média de 34,8, enquanto para os professores, com um número igual de sujeitos, foi encontrada uma média de 35,2.

Questionário de Pais	Questionário de Professores
N= 180	N= 180
Média= 34,8	Média= 35,2
Moda= 33,0	Moda= 27,0
Mediana= 33,0	Mediana= 34,0
DP= 11,95	DP= 16,69
EP= ,89	EP= 1,24

Finalmente realizamos o ponto de corte (cut-off) em ambos questionários. Utilizando o escore Z ($M=50$; $DP=10$) que consiste na soma total dos pontos obtidos em todos os itens divididos pelo número de itens existentes, afim de obtermos o ponto de corte. O critério resultante para este ponto de corte é que a criança tenha obtido pontuação igual ou superior a 70 (escore T corrigido pelo escore z) para ambas as escalas ou se situe em + ou - 2 DPs.

Há estudos recentes (BENJUMEA PINO e MOJARRO PRAXEDES, 1992; 1993, entre outros) em que utilizaram em sua investigação o desvio padrão de 1,5 para não se excluir os falsos positivos. Em nossa validação preferimos utilizar 2 desvios padrões, de acordo com outras validações, inclusive a do próprio CONNERS, por questões metodológicas.

Encontramos como ponto de corte: (a) PARA PAIS: 59 e (b) PARA PROFESSORES: 63. Do total da amostra superaram em uma ou outra escala 8,8% do total, o que chamamos de hiperativos situacionais, enquanto que superaram em ambas escalas 3,3% de escolares, que denominamos hiperativos massivos.

Com estes mesmos informantes, BARBOSA e GOUVEIA, em 1993 validaram o ÍNDICE DE HIPERATIVIDADE do questionário de CONNERS em ambas as versões e analisaram sua validade conceitual e elaboraram normas diagnósticas para os THs.

Na tabela 3 estão os dados das respostas dos professores e dos pais para uma criança ser considerada hiperativa. Deve-se notar que todos os itens têm boas cargas fatoriais e a consistência interna dos fatores é considerada boa (ALPHA superior a ,91) Acima de 30% da variabilidade total dos escores é explicada por cada um dos fatores.

Em resumo, o fator de hiperatividade das crianças, tanto avaliado por seus pais quanto por seus professores demonstra ter validade de conceito. Vejam que há uma

correlação entre os escores produzidos por estes dois grupos respondentes ($r=.50$ $P<.00$) e que é maior a média de hiperatividade indicada por pais (9,8) do que por professores (8,6) ($T=2,10$, $P<.05$).

Chamamos a atenção que o questionário de CONNERS, sendo uma entrevista semi-estruturada, não serve para fazer diagnóstico dos THs com seus resultados. Ele serve inicialmente para detectar os prováveis positivos e que conjuntamente com a avaliação clínica e uso de outros instrumentos, como o PACS, PANESS, BENDER e outras provas, virão a confirmar o diagnóstico definitivo para a síndrome hipercinética, tendo portanto, pouco valor para a síndrome do déficit de atenção. Na verdade, até a presente data, ainda não temos nenhum instrumento válido e fiável para medir a atenção. Segundo TAYLOR (1986) é muito difícil medir o déficit de atenção mediante uma escala ou um questionário, pois o resultado seria uma pobre e imprecisa avaliação, porque englobaria crianças hiperativas e até mesmo com distúrbio de conduta.

Pais		Professores	
Itens	Carga Fatorial	Itens	Carga Fatorial
26	,67	14	,89
15	,65	06	,79
27	,59	15	,79
16	,58	18	,78
37	,57	01	,77
42	,57	12	,75
21	,55	21	,70
38	,52	20	,63
40	,43	08	,53
14	,41	05	,42
Eingenvalue=3,12 % de Variância total=31,20		Eingenvalue=5,13 % de Variância total=51,30	
Alpha de Cronbach=.81 número de itens=10		Alpha de Cronbach=.91 número de itens=10	

Instrumentos de Diagnósticos:

Entre os instrumentos que facilitam o diagnóstico, temos o CPT (CONTINUOUS PERFORMANCE TEST). O CPT foi idealizado por ROSVOLD em 1956 para medir a manutenção da atenção e utilizado inicialmente para discriminar crianças e adultos com Lesão Cerebral. Posteriormente TAYLOR aperfeiçoou através de processos de informática, sendo por este motivo a sua prática difícil em nosso meio.

Com o CPT pode-se medir:

(1) ERROS DE OMISSÃO (QUANDO O PACIENTE NÃO RESPONDE A UM ESTÍMULO SIGNIFICATIVO); (2) ERROS DE OMISSÃO (QUANDO O PACIENTE RESPONDE E O ESTÍMULO SIGNIFICATIVO NÃO FOI APRESENTADO); e (3) TIPO DE REAÇÃO (TEMPO QUE APARECE O ESTÍMULO SIGNIFICATIVO ATÉ O MOMENTO EM QUE O PACIENTE RESPONDE).

Os erros de omissão para a maioria dos autores significa um déficit da manutenção da atenção ou vigilância, enquanto que para os erros de comissão existem discordância entre os pesquisadores no momento de assinalar os processos cognitivos. Para alguns autores estes erros implicariam em impulsividade.

O CPT apresenta inúmeras vantagens: 1- GRANDE OBJETIVIDADE, 2- POUCA APRENDIZAGEM E 3- GRANDE DISCRIMINAÇÃO PERCEPTIVA.

Outro instrumento de grande valor para o diagnóstico é o PACS (PARENTAL ACCOUNT OF CHILDREN'S SYMPTOMS). Trata-se de uma entrevista semi-estruturada elaborada por TAYLOR EM 1986. Importante para detectar e delimitar transtornos do déficit de atenção, hipercinesia e transtorno de conduta.

Está composto em várias sub-escalas: (1) HISTÓRIA MÉDICA PESSOAL/FAMILIAR, (2) HISTÓRIA SOCIAL e (3) QUESTIONÁRIO PSICOPATOLÓGICO: (a) DÉFICIT ATENÇÃO/HIPERCINESIA, (b) TRANSTORNO DE CONDUTA e (c) TRANSTORNO EMOCIONAL.

Finalizando, esperamos que com este estudo da validação da escala de CONNERS e do Índice de Hiperatividade, temos dado uma colaboração para profissionais que trabalham ou investigam estes transtornos em nosso país. Lembramos que estas escalas são também de grande valor para o seguimento clínico, além de seu uso ser relativamente fácil.

SUMMARY

The author describes DDH by its first descriptions considering its symptomatology and athiologic hypotesis.

He characterizes the instruments for its evaluation and diagnostic difficulties.

KEY WORDS

Hiperkinetic disturbs.

Bibliografia

1. BARBOSA, G.A. - Transtornos hiperkinéticos: validação do questionário de Conners em escolares de João Pessoa. (fase de publ.)
2. BARBOSA, G.A. & GOUVEIA, V.V. - O fator hiperatividade do questionário de Conners: validade conceitual e normas diagnósticas. (fase de publ.)
3. ENCIO, M.C.A. & POLATINO, A. - La evaluación de la hiperactividad infantil en el contexto pediátrico. *Acta Pediátrica Española*, vol. 46, Nº1: 27-35, 198.
4. PINO, P.B. & PRAXEDES, M.D.M. - Transtornos por déficit de atención. *Psiquis*, 13(5): 200-207, 1992.
5. PINO, P.B. & PRAXEDES, M.D.M. - Rendimiento atencional en niños con transtornos hiperkinético y de conducta. *Anales De Psiquiatria*, vol.8, Nº6: 222-228, 1992.
6. CLEMENTS, S.D. & PETERS, J.E. - Minimal brain disfunction in the schoolage child. *Arch. Gen. Psychiatr.* Nº6:185-197, 1962.
7. DEL GIUDICE, E.; ROMANO, A. & GRECO, L. - Disturbi da deficit dell'attenzione, percittivi e motorin età escolare. I aspectti dela procedura di screening. *Rivista Italiana Di Pediatria*, vol.13, N-2: 119-123 (marzo-aprile), 1987.
8. FEJERMAN, N.: Disfunción cerebral mínima. *Rev. Hosp. Niños (Buenos Ayres)*, 17(67): 153-159, 1975. Citado por PINO, B., 1992.
9. GILLBERG, C. & RASMUSSEN, P. - Percentual, motor and attentional deficits in six-year-old children screening procedure in preschool. *Acta Paediatr. Scand.*, 71, 121, 1982.
10. GILLBERG, C.; RASMUSSEN, P. & CARLSTROM, G. - Percentual, motor and attentional deficits in six-year-old children. Epidemiology aspects. *J.child. Psychol. Psychiatry*, 23,131, 1982.
11. HERNANDEZ, M.H. - Evaluación del niño hiperkinético. *Anales Español De Pediatria*, Abril: 40-41, 1989.
12. PLATON, M.J.R. - Del Síndrome de daño cerebral al trastorno de deficit de atención: revisión crítica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatria*, vol. VII, Nº20: 40-68, 1987.
13. TAYLOR, E. - The overactive child. *Clinic In Developmental Med. Blackwell. Oxford*, Nº97, 1986.

Endereço para correspondência

Genário Alves Barbosa
Caixa postal 3008
58031-970 João Pessoa - Pb