

Borges, ACB.\*

Braga, RC.\*\*

\* Psicóloga com especialização em Educação Especial, Professora de Conscienciologia e Diretora Administrativo-Financeira da SPC.

\*\* Conscienciólogo, Professor de Metodologia Científica, Conscienciologia e Presidente da SPC.

## Hiperatividade Infantil: Um Novo Modelo Conceitual.

Childhood Hyperactivity: A new concept model.

### Resumo:

O presente artigo traz uma revisão de literatura referente ao Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade no que tange aos aspectos do seu histórico, definições, fisiopatologia, patogenia, diagnóstico e tratamento. Integrando os enfoques Americano e Europeu, expressados no DSM-IV e na CID-10 respectivamente, procura-se alcançar uma espécie de síntese unificadora das abordagens sobre o tema. Algumas críticas ao modelo médico de definir hiperatividade e o enfoque conscienciólogo demonstrando os efeitos da paragenética e das energias conscienciais na síndrome são ressaltados. Várias condições podem simular quadro psicótico.

### Abstract:

This article brings a revision of literature referring to attention-deficit hyperactivity disorder, concerning its history, definitions, fsiopathology, pathogeny, diagnosis and treatment. Integrating The American and European points of view, expressed on DSM-IV and on CID-10 respectively, we try to search a Kind of unifying synthesis from the approaches for this theme. Some critiques to the medical models of defining hyperactivity and conscienciological approach demonstrating the effects of the paragenetics and the consciencial energies in the syndrome are highlighted.

### Unitermos:

Hiperatividade Infantil  
Déficit de Atenção  
Transtorno Hipercinético

### Key-words

Childhood Hyperactivity  
Attention-deficit disorder  
Hypercinetic disorder

## 1. Histórico

As primeiras citações sobre Hiperatividade Infantil remontam ao início do século, com a descrição de comportamentos instáveis por parte das crianças onde, as principais características descritas eram: dificuldade de atenção, impulsividade, hiperatividade motora e labilidade emocional.<sup>1</sup>

Na década de 20, observações de crianças que apresentaram encefalite letárgica revelaram que as manifestações sintomáticas após o episódio da doença eram idênticas às das crianças com comportamento instável, levando, desta forma, a uma tentativa de associar as manifestações da Hiperatividade com lesões cerebrais. Como não foram detectados danos em tecido cerebral, sugeriu-se o termo Lesão Cerebral Mínima.<sup>2</sup>

Em 1947, Strauss e Lehtinen, educadores que trabalhavam com crianças portadoras de lesão cerebral, perceberam que algumas crianças apresentavam uma conduta "inexplicavelmente difícil". Tentaram fazer a correlação anatomoclínica desta conduta com as supostas

"lesões cerebrais mínimas", que acreditavam estarem presentes naquelas crianças.<sup>3</sup> A refutação da hipótese de lesão cerebral para justificar este tipo de conduta permitiu que se cunhasse o termo Disfunção Cerebral Mínima (DCM).<sup>4</sup>

Segundo Lefèvre,<sup>5</sup> a falta de consenso quanto ao conceito de DCM se dá por haver uma discordância entre o relativo rigor da caracterização pedagógica e psicológica das crianças com DCM e a imprecisão dos achados neurológicos nas mesmas. Da mesma forma, o espectro de manifestações da DCM é muito abrangente, apresentando num extremo, um quadro que se confunde com graves encefalopatias, enquanto no outro, é pouco distinguível da vaga fronteira da normalidade.

Em 1980, a Associação Americana de Psiquiatria propôs a substituição dos termos DCM e Hiperatividade pelo termo Síndrome do Déficit de Atenção (SDA) e, mais recentemente, em 1994, propôs o termo Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. Entretanto, diversos países europeus continuam a utilizar o termo Disfunção Cerebral Mínima ou Hiperatividade. Uma



exceção é a França, que utiliza o termo Síndrome Hipercinética para se referir ao mesmo quadro clínico.

## 2. Definição

### 2.1 Segundo o DSM-IV

O "Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV", da Associação Americana de Psiquiatria, define o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) como sendo um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais freqüente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento. Alguns dos sintomas hiperativo-impulsivos estão presentes antes dos sete anos e manifestam-se em pelo menos dois contextos diferentes, com claras evidências de interferência no funcionamento social e acadêmico.

O Transtorno do Déficit de Atenção-Hiperatividade, de acordo com a definição do DSM-IV, pode ser considerada a afecção neurológica mais comum em crianças com idade escolar. É maior a incidência em meninos, variando de 4:1 a 9:1 na literatura de diversos países. A prevalência está em torno de 3 a 5% das crianças em idade escolar.<sup>6</sup>

Esta classificação divide o TDAH em quatro subtipos:

- ◆ Tipo Combinado
- ◆ Tipo Predominantemente Desatento
- ◆ Tipo Predominantemente Hiperativo/Impulsivo
- ◆ Tipo Residual ou em Remissão Parcial.

### 2.2 Segundo a CID-10

A "Classificação Internacional das Doenças - CID-10", da Organização Mundial da Saúde (OMS), classifica a Hiperatividade Infantil através do código F90 - dos Transtornos Hipercinéticos e os caracteriza por: "início precoce; uma combinação de um comportamento hiperativo e pobremente modulado, com desatenção marcante e falta de envolvimento persistente nas tarefas; conduta invasiva nas situações; e persistência no tempo dessas características de comportamento."<sup>7</sup>

Quando se encontram transtornos da conduta associados ao quadro hipercinético, a CID-10 propõe o código F90.1 e, para os casos residuais, o código F90.9.

Objetivando simplificar a leitura deste artigo, utilizaremos o termo popular Hiperatividade Infantil de forma genérica, em substituição às demais nomenclaturas.

## 3. Fisiopatologia

A Hiperatividade Infantil baseia-se em uma alteração funcional do centro da atenção, ao nível de

tronco cerebral e do sistema límbico, mediada principalmente pela dopamina e, em menor escala, pela serotonina. As pesquisas utilizando Mapeamento Cerebral confirmam a diminuição da atividade em áreas cerebrais compatíveis com os centros da atenção.<sup>8</sup>

A alteração da neurotransmissão nestas áreas produz as seguintes conseqüências:

- a) reduzida experiência de dor e prazer
- b) baixo nível de excitabilidade em diversas áreas do SNC (sistema nervoso central)
- c) suscetibilidade diminuída para condicionamentos operantes (reforço positivo e negativo)
- d) hiperatividade motora oriunda da alteração do sistema reticular ativador ascendente, o qual é responsável pelo controle do ritmo sono/vigília.<sup>9</sup>

Isto traz como conseqüência uma incapacidade de obedecer regras, bem como justifica o comportamento agitado, impulsivo e desatento, uma vez que a criança procura vivenciar as experiências diárias com mais intensidade e profundidade -para provocar o mesmo efeito estimulador no SNC- do que as crianças normais. Isto também justifica o funcionamento terapêutico de drogas psicoestimulantes na função, aparentemente contraditória, de diminuir a impulsividade.<sup>10</sup>

O modelo neurofisiopatológico se aplica tanto à Hiperatividade propriamente dita, quanto à Reação Hiperativa, só que, com fatores desencadeantes distintos. Genericamente pode-se considerar a Hiperatividade Infantil como dependente da maturidade do SNC.

Alguns estudos dividem a criança hiperativa em hipovigil e hipervigil, de acordo com as suas reações autossômicas. As que são hiporreativas aos estímulos ambientais são denominadas de hipovigis e melhoram com a administração de psicoestimulantes, ao contrário das hipervigis que piorariam com a medicação.<sup>11, 12</sup>

## 4. Etiologia

Não existe, até a presente data, o conhecimento de uma etiologia específica para a Hiperatividade. Sabe-se apenas que as anormalidades constitucionais estão presentes com relativa freqüência na história do transtorno.

### 4.1 Fatores Envolvidos na Gênese da Hiperatividade

#### 4.1.1 Hereditariedade

Estudos com gêmeos idênticos, criados por famílias distintas, atestam a presença de fatores hereditários envolvidos na predisposição à Hiperatividade. Há evidências de que esta herança seja poligênica, ou seja, é transmitida apenas a predisposição (tendência) a se ter a



disfunção. Estudam-se possíveis alterações no gene transportador da dopamina.<sup>13</sup>

#### 4.1.2 Traumas Durante o Parto

Há uma relação causal estatisticamente significativa em crianças com história de traumas durante o parto (pressão da caixa craniana sobre o cérebro durante o parto com ruptura de vasos, por exemplo) e o desenvolvimento da hiperatividade.

#### 4.1.3 Problemas Intrauterinos

Determinadas patologias (ex.: eclâmpsia) e algumas substâncias tóxicas ingeridas pela mãe durante a gestação podem resultar no desenvolvimento da hiperatividade na criança.<sup>14, 15</sup>

#### 4.1.4 Dieta Alimentar

Há uma controversa questão sobre a possibilidade de que aditivos químicos, corantes artificiais e açúcar refinado possam estar presentes na gênese da doença. Alguns estudos demonstraram uma leve melhora no quadro clínico da hiperatividade em crianças submetidas a uma dieta pobre nestas substâncias.<sup>16</sup>

#### 4.1.5 Exposição a Campos Eletromagnéticos

A influência da chamada "poluição eletromagnética" sobre o processo da Hiperatividade Infantil ainda é especulativa, havendo a necessidade de mais estudos para transformá-la em hipótese.

## 5. Características da Hiperatividade

A Hiperatividade Infantil manifesta-se através de diversas características clínicas, sendo que algumas são de presença fundamental para o diagnóstico e outras de ocorrência menos freqüente.

### 5.1 Déficit de Atenção (Desatenção)

A tarefa de atenção é complexa, envolvendo grande número de aptidões e habilidades, entre elas: capacidade de focar a atenção, mantê-la, ignorar os outros estímulos e dividir a atenção quando necessário (ouvir e anotar).<sup>17</sup>

O déficit de atenção pode ser avaliado a partir das seguintes manifestações das crianças:

- ◆ falta de persistência em atividades que requeiram envolvimento cognitivo<sup>7</sup>
- ◆ mudança de uma atividade para outra sem completar nenhuma.
- ◆ abandono de atividades, deixando-as inacabadas
- ◆ cometimento de erros por falta de cuidados
- ◆ dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
- ◆ desorganização dos hábitos de trabalho

- ◆ manuseio de objetos com descuido

### 5.2 Hiperatividade

A hiperatividade pode ser conceituada como uma atividade motora excessiva e movimentação física extrema. Também pode estar presente a hiperatividade verbal e ideativa. Apresenta-se na prática como inquietação excessiva e desassossego. É melhor observada em situações que requeiram da criança um elevado grau de autocontrole de comportamento.

Alguns autores não acreditam que haja um real distúrbio na atividade motora tornando-a excessiva, sendo esta apenas decorrente da incapacidade de fixar a atenção na execução de determinado objetivo.

### 5.3 Impulsividade

A impulsividade está presente no hiperativo devido a uma provável disfunção na neurotransmissão córtico-límbica, manifestando-se como uma inconsistência entre o impulso para agir e a cognição sobre este impulso. As principais manifestações deste sintoma são:

- ◆ a dificuldade de pensar antes de agir
- ◆ a necessidade de agir rapidamente que sobrepuja sua reduzida capacidade de autocontrole
- ◆ a realização de infrações não premeditadas de regras ao invés de desafio deliberado<sup>7</sup>
- ◆ a impaciência
- ◆ a dificuldade de protelar respostas
- ◆ a necessidade de responder precipitadamente
- ◆ a dificuldade para aguardar a sua vez

### 5.4 Déficit Motivacional (dificuldade com frustrações)

Esta característica é decorrente das alterações fisiopatológicas relacionadas com as reduzidas sensações de dor e prazer, levando a dificuldades nos objetivos de longo prazo e instabilidade no humor.

### 5.5 Outras Características que Podem ser Encontradas no Hiperativo

Estas características podem ser primárias ao processo da Hiperatividade, isto é, fazer parte do conjunto sindrômico ou, em muitos casos, ser um processo secundário, oriundo da interação da criança hiperativa com um meio hostil (no caso, uma consequência reacional). Em outros casos ainda, pode ter uma relação de comorbidade, ou seja, se configura como uma segunda patologia que se desenvolveu predisposta pela síndrome.

#### 5.5.1 Superexcitabilidade

Manifesta-se como labilidade do humor. As reações emocionais são mais intensas e mais freqüentes do que em outras crianças, passando facilmente de um



extremo ao outro (da alegria para a tristeza, por exemplo).

### 5.5.2 Incoordenação

Pode ser entendida como uma imaturidade na sinergia de músculos agonistas e antagonistas participantes da motricidade voluntária, denominada por alguns de dispraxia (desajeitado, desastrado).

Há que se lembrar que a incoordenação motora pode ser fisiológica em determinada idade e patológica em outra mais avançada. A impersistência motora também está presente com certa frequência em crianças hiperativas. Segundo o CID-10, este problema deve ser codificado separadamente da Hiperatividade.

### 5.5.3 Agressividade

Manifestação predominantemente reacional, presente em menos de 15% das crianças hiperativas, prevalecendo em meninos.

### 5.5.4 Distúrbios da Fala

Os mais importantes são: retardo no aprendizado da fala, alterações articulatórias e alterações no ritmo da fala.

### 5.5.5 Distúrbios da Somatognosia

Podem estar presentes dificuldades no reconhecimento da imagem corporal e da dominância lateral.

### 5.5.6 Distúrbios de Aprendizagem Específicos

Os mais comuns são: dislexia, disgrafia e discalculia. Novamente, segundo a CID-10, estes problemas devem ser codificados separadamente da Hiperatividade.

## 6. Diagnóstico da Hiperatividade

É difícil diagnosticar com precisão a hiperatividade antes dos 4 ou 5 anos de idade, porém é possível detectar diversos dos seus sintomas. Há que se ter cautela no diagnóstico, uma vez que muitos bebês que apresentam "temperamento hiperativo" não desenvolvem a Hiperatividade.

A dificuldade diagnóstica está em não se saber, bem ao certo, o que é um comportamento normal para cada uma das idades. É difícil diferenciar, entre 2 e 4 anos, uma criança hiperativa de uma criança normalmente ativa. Nestes casos deve-se fazer uma avaliação longitudinal, isto é, um acompanhamento da criança por algum tempo para precisar melhor a característica de suas manifestações.

As características relativas ao comprometimento da atenção e a hiperatividade devem estar presentes em mais

de uma situação (por exemplo: na escola, em casa, no clube, etc.) e ter iniciado antes dos 6 anos de idade.<sup>6,7</sup>

A Hiperatividade Infantil exige uma abordagem **interdisciplinar** para ser diagnosticada. Devemos desconfiar de diagnósticos feitos por psicólogos ou pelo pediatra da família em uma só sessão terapêutica.<sup>18</sup>

Os estudos demonstram que professores treinados e orientados sobre as características da Hiperatividade Infantil são muito mais precisos e eficientes, no reconhecimento de crianças que realmente apresentam o distúrbio, do que muitos pediatras ou psicólogos sem experiência no assunto.<sup>19</sup>

A avaliação diagnóstica da Hiperatividade requer a consideração destes 8 itens abaixo:

- a) A avaliação da presença ou não das características (sintomatologia) presentes na hiperatividade. Estas características devem ser analisadas comparativamente à idade, ao grau de desenvolvimento neurológico da criança e ao contexto em que se apresenta;
- b) O histórico do desenvolvimento e dos hábitos de vida da criança, entre eles: sinais precoces de temperamento difícil; presença de Hiperatividade Infantil em outros membros da família; história das doenças pregressas; medicamentos utilizados. É comum encontrar, no histórico da criança, um passado de bebê alerta, ativo e exigente, com intensas respostas emocionais, com hábitos irregulares alterando o sono e a alimentação, dificuldade em aquietar-se e choros excessivos;
- c) A avaliação clínica geral mostra não existirem aspectos clínicos específicos associados à Hiperatividade, embora algumas anomalias menores possam ocorrer com frequência maior do que na população geral, entre elas: hipertelorismo, palato arqueado, baixa inserção das orelhas;<sup>6</sup>
- d) O Exame Neurológico Tradicional não oferece auxílio de valor no diagnóstico da Hiperatividade. O Exame Neurológico Evolutivo (ENE) se mostra mais adequado por detectar sinais neurológicos "menores", também chamados de sinais "finos."<sup>20</sup> Os pontos mais importantes para avaliação são: equilíbrio estático, equilíbrio dinâmico, coordenação apendicular, persistência motora, sensibilidade, gnosis (somatognosia) e fala.<sup>21</sup> Questiona-se também a possibilidade de estarem presentes anormalidades na dominância lateral;
- e) A avaliação laboratorial e complementar demonstra não existir nenhum exame laboratorial que estabeleça o diagnóstico da Hiperatividade;
- f) A avaliação da estrutura emocional e comportamental (psicológica) da criança visa considerar a possibilidade de um processo reativo. Deve-se determinar: como ela reage com os fracassos e



frustrações; o quanto são conscientes de suas dificuldades; suas expectativas com a vida, família, amigos, escola; seus sentimentos a respeito de si próprio; o nível de depressão e ansiedade e o seu grau de sociabilidade;

- g) A avaliação do relacionamento familiar da criança que visa determinar: os métodos utilizados para disciplinar a criança e os seus resultados; o relacionamento com os pais e a habilidade dos pais em colocar limites;
- h) A Avaliação Psicoeducacional, que considera: a avaliação da inteligência (crianças pouco inteligentes e crianças superdotadas podem desenvolver uma reação hiperativa como resultado da frustração pelo seu fracasso escolar ou pela falta de motivação respectivamente); o desempenho escolar (avaliação das principais dificuldades de aprendizado e na escola, bem como a identificação das deficiências em habilidades específicas. Ex.: dislexia, disgrafia, discalculia);
- i) A utilização de testes psicoeducacionais que ajudam a identificar os distúrbios concomitantes do aprendizado nas crianças hiperativas, entre eles: (EIWC, Frostig, Wepman, ITPA, Bender, Goldstein e Raven);
- j) Avaliação do comportamento em sala de aula, considerando: a capacidade de seguir regras, noções de limites, relação com a autoridade e tendência ao isolamento.

### 6.1 Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial ou a determinação de uma reação hiperativa secundária a uma patologia, ou a determinado medicamento, deve ser considerada com as seguintes manifestações: hipertireoidismo; oxiurose; apnéia do sono; anemia ferropriva; hipoacusia de pequena evidência clínica; retardo mental leve; crises convulsivas do tipo pequeno mal (ausência); efeitos colaterais de medicamentos anticonvulsivantes (barbitúricos); efeitos colaterais de medicamentos anti-alérgicos; efeitos colaterais da efedrina e da teofilina; intoxicação por chumbo; lesões cerebrais causadas por traumatismo, encefalites ou acidente vascular cerebral.

### 7. Relações de Comorbidade

A Hiperatividade Infantil relaciona-se, direta ou indiretamente, com diversos quadros clínicos. Determinadas manifestações fisiopatológicas são decorrentes do processo da Hiperatividade, ou são por esta predispostas, tratando-se de uma relação de comorbidade.

Após esta ressalva, pode-se enumerar algumas patologias que mantêm correlação direta (através de uma maior prevalência) com a Hiperatividade Infantil:

- ♦ O Transtorno da Conduta é a mais comum associação psicopatológica com a Hiperatividade;<sup>22</sup>

- ♦ Os Transtornos do Humor, como a ansiedade e depressão;
- ♦ Os Distúrbios do Sono. Pesquisas determinaram que o tratamento e a conseqüente melhora do quadro associado ao sono provoca uma pequena melhora na sintomatologia da Hiperatividade;<sup>23</sup>
- ♦ Os Distúrbios de Aprendizagem. A Hiperatividade aumenta as chances do desenvolvimento de distúrbios específicos da aprendizagem, prioritariamente da fala e da linguagem;<sup>24,25</sup>
- ♦ As Otites. O hiperativo tem muito mais infecção de ouvido do que as crianças normais;
- ♦ Os Distúrbios na Condução Auditiva podem estar presentes em crianças hiperativas, sendo mais comum uma reduzida eficiência no reconhecimento de certos sons;<sup>26</sup>
- ♦ As alergias. Há mais crianças com alergias alimentares entre os hiperativos do que entre a população como um todo;
- ♦ A Drogadição e o Alcoolismo. Diversos estudos demonstraram a existência de uma associação entre a Hiperatividade e os diversos tipos de dependência.<sup>27</sup>
- ♦ Os Tiques. Estudos indicam um comprometimento generalizado do SNC quando da concomitância desta síndrome.<sup>28</sup> Entre os tiques mais comuns encontramos a Síndrome de Tourette.<sup>29, 30</sup>
- ♦ Os Distúrbios da Fala. Os problemas da fala mais comuns em crianças hiperativas são as trocas, omissões e distorções fonêmicas, bem como a taquilalia.

### 8. Aspectos Comportamentais da Hiperatividade

O modo de agir de uma criança não é apenas resultado da educação dos pais, mas sim de uma complexa reação entre: Ambiente (físico, psíquico e escolar) x Educação (pais, escola, professores) x Temperamento da criança (sua estrutura do ser) = comportamento (conduta) e, como conseqüência, o nível de aprendizado da criança.

A interação do hiperativo com o meio pode resultar em dois tipos de condutas distintas: ou ele se submete, retrai-se e torna-se introvertido e depressivo, ou ele confronta e desenvolve um comportamento opositivo e ansioso.

Nas crianças hiperativas há um predomínio de tendências ao isolamento, baixo nível de envolvimento social, dificuldade na tomada de decisões e maior dependência.<sup>31</sup>

Uma das principais manifestações comportamentais da criança hiperativa é a sua incapacidade de reagir ao condicionamento positivo ou negativo, devido a uma hipoatividade funcional do sistema noradrenérgico. A criança hiperativa repete algo proibido inúmeras vezes



por incapacidade de pensar antes de agir (castigos e ameaças não surtem efeito). A mesma forma de agir (dos pais) pode "dar certo" para um filho e não funcionar para outro, o que conta é o temperamento de cada um.

Há que se diferenciar bem: a criança até os 06 anos é, normalmente, "hiperativa", na acepção literal do termo e, se estas crianças forem educadas sem noção de limites passam a apresentar um comportamento visto como "patológico".

A atitude dos pais frente a filhos hiperativos é bastante variável. Situada entre a extrema rigidez e a extrema tolerância, varia, na mesma pessoa, entre um extremo e outro, em função do próprio estado de humor, acarretando um sentimento de insegurança crescente na criança, o que agrava o quadro.

## 9. Conseqüências da Hiperatividade

Crianças com hiperatividade que não recebem apoio e suporte adequados, ficam mais propensas a desenvolver distúrbios sociais, emocionais e comportamentais, bem como a ter problemas escolares.

As principais conseqüências possíveis são:

- Diminuição da auto-estima
- Depressão
- Ansiedade
- Distúrbios neuróticos em geral
- Distúrbios obsessivo-compulsivos
- Drogadição
- Alcoolismo

As estatísticas apontam a Hiperatividade Infantil como um importante fator implicado no aumento da delinqüência juvenil.<sup>32</sup>

### 9.1 Hiperatividade no Adolescente e no Adulto

A Hiperatividade no adulto e no adolescente é descrito tecnicamente como um subtipo chamado de TDAH Residual ou em Remissão Parcial.<sup>33</sup>

" Na maioria dos casos, há significativa melhora do quadro clínico da hiperatividade na adolescência, talvez devido ao aumento das monoaminas em conseqüência do acréscimo no nível de hormônios sexuais.

## 10. Críticas ao Modelo Convencional da Hiperatividade

Muitos autores apresentam uma série de ressalvas ao modo com o qual a Hiperatividade vem sendo encarada nos consultórios e nas escolas. Acreditam que o raciocínio clínico (médico) não é adequado à dinâmica psicoeducacional, e consideram a utilização deste modelo, para se lidar com problemas comportamentais e educacionais, extremamente deficitário e ineficaz.

Desta forma, a avaliação do comportamento do hiperativo é sempre subjetiva e está centrada no conceito de "comportamento desviante" definido por um determinado grupo social.

Admitindo-se o conceito convencional de Hiperatividade, supõe-se saber o que é normal e o que é anormal em termos de comportamento, julgando o do hiperativo como anormal ou desviante. A justificativa da comparação com o comportamento das demais crianças (curva de Gauss) não é sólida, haja vista o exemplo da cárie dentária no Brasil. Se a maioria fosse o normal, ter cárie seria o saudavel, pois 95% da população possui.

Este atual modelo médico de Hiperatividade baseia-se apenas nas regras e nos limites impostos pelo microsistema social. A busca incessante de um diagnóstico que determine a Hiperatividade Infantil como patologia, tem levado a um emprego exagerado de testes psicométricos e neurológicos de forma totalmente descontextualizada da realidade da criança. Alguns pesquisadores acreditam que o fator preponderante na gênese da Hiperatividade é o atual grau de inadequação do Sistema Educacional (Familiar e Escolar) em acompanhar a evolução das novas gerações de crianças.

Não querendo admitir o seu fracasso, o Sistema necessitou medicalizar um problema social (psicopedagógico) que é o mau rendimento escolar. Virou modismo levar as dificuldades escolares para o consultório médico. A medicalização do fracasso escolar é uma ótima saída para isentar o sistema escolar e as condições familiares e sociais, transferindo para o nível individual e orgânico a responsabilidade pelo mau rendimento escolar. Em outras palavras, podemos entender que a medicalização da Hiperatividade Infantil é uma forma dissimulada de controle social.

A despeito do valor de todas as críticas mencionadas, não pode-se esquecer, independente do rótulo empregado, que é incontestável a existência de indivíduos que, já nos primeiros anos de vida, apresentam uma dificuldade maior em manter o foco de seu interesse em uma determinada atividade, mesmo as de natureza lúdica.<sup>34</sup>

## 11. Para-etologia da Hiperatividade

### 11.1 Ontogênese das Energias na Ressoa<sup>35</sup>

Tanto o óvulo como o espermatozóide contêm uma carga bioenergética importante, que será usada na criação da estrutura energética que "ligará" o psicossoma da Consciência que está renascendo ao seu novo soma. De certa forma haverá, então, duas influências hereditárias, uma genética e outra energética.

A formação do embrião se dará, basicamente, pela influência de 3 fatores básicos:



- ♦ **Fatores hereditários:** a herança cromossômica, manifestando-se através das informações bioquímicas dos genes, e determinando grande parte das características morfo-funcionais do indivíduo. A carga bioenergética presente no óvulo e no espermatozóide também pode ser considerada um fator hereditário;
- ♦ **Fatores mesológicos:** o meio ambiente extracelular e os elementos presentes na composição sangüínea que, ao chegarem ao embrião apresentam importante participação no desenvolvimento do mesmo;
- ♦ **Fatores paragenéticos** impostos pelos campos bioenergéticos codificados pela estrutura informacional do psicossoma (paragenética).

A constituição final do corpo humano é produto da integração destes 3 fatores básicos citados, respeitando o predomínio de cada um destes fatores em aspectos específicos, inerentes à evolução. Por exemplo: características superficiais como a cor dos olhos, pele e cabelos, estão sob predomínio quase que absoluto de fatores hereditários. Em contrapartida, fatores como capacidades cognitivas, de inteligência, e predisposições a determinadas patologias, sofrem maior influência dos fatores paragenéticos.

Deve-se considerar que, na formação do holochacra (corpo energético), podem estar presentes resquícios da estrutura energética vital da existência intrafísica anterior, em Consciências que ainda não passaram pela bitanatose (segunda morte), ocasionando bloqueios ou disfunções inespecíficas na ligação do holochacra com o novo corpo biológico em formação.

Os campos bioenergéticos embriogênicos da estrutura paragenética, têm participação direta tanto no mecanismo de diferenciação celular, como na migração celular visando a formação dos órgãos do corpo. A necessidade (demonstrada pela física) da participação de campos de força estereomórficos na formação tridimensional do embrião, bem como na migração celular, é, atualmente, um dos mais importantes fatores de corroboração do modelo organizador biológico.

Este campo de força estereomórfica funcionaria como uma "forma" tetradimensional onde se desenvolveria o embrião tridimensional. Esta estrutura embriogênica, inerente informacionalmente ao psicossoma, mantém suas funções estereomórficas durante toda a existência do organismo biológico, controlando, a partir das bioenergias, todo o processo metabólico intracelular do ser.

Admite-se também, em vários casos, que a Paragenética possa ser "modificada artificialmente" no período intermissivo (entre duas existências intrafísicas) da Consciência, visando adequar condições ao desempenho das tarefas evolutivas desta Consciência quando do seu renascimento intrafísico. Alguns casos de

Hiperatividade se enquadram no chamado "Maceteamento Somático".

Até que haja a plena maturação do sistema nervoso central (aproximadamente aos 5 anos de idade), a criança apresenta uma soltura bioenergética para fisiológica, possibilitando à mesma um maior contato com a realidade extrafísica e uma maior sensibilidade parapsíquica.

No desenvolvimento infantil, é oportuno considerar a manifestação do porão consciencial, que representa a manifestação dos instintos atávicos, animais e primitivos da Consciência, em consequência ao restringimento consciencial imposto nesta fase. As reminiscências dos traços conscienciais ligados ao atavismo mesológico são as primeiras manifestações dos atributos conscienciais a se manifestarem na criança. Nesta fase pode-se identificar a índole e as tendências evolutivas da Consciência com muita clareza.

### 11.2 Hipóteses sobre a para-etilogia da Hiperatividade

A observação, análise clínica e o diagnóstico consciencioterápico de crianças hiperativas permite que sejam delineadas algumas hipóteses sobre a implicação de fatores energéticos na gênese desta Síndrome.

Como evidência principal, encontra-se na Hiperatividade uma "Dessincronização" entre as energias conscienciais presentes no holochacra e a sua respectiva ligação com o sistema nervoso central a nível do soma (corpo biológico). Esta dessincronização seria a responsável pela relativa "imaturidade bioquímica" observada na fisiopatologia da Hiperatividade a nível cerebral.

A questão fundamental reside não especificamente na dessincronização, mas nas suas causas. Sobre isto, pode-se postular três hipóteses complementares para explicá-la:

- a) Intoxicações energéticas presentes no holochacra oriundos do acúmulo de resíduos de energias conscienciais presas ao psicossoma por diversas vivências intrafísicas anteriores (seriéxis) da Consciência que não passou pela segunda morte;
- b) Problemas no acoplamento do holochacra ao corpo em formação quando da ressonância, ocasionado por múltiplos fatores desde assimilação das energias tóxicas da mãe, quando esta rejeita a gestação, até a influência energética externa do ambiente onde a embriogênese está se dando;
- c) Grande quantidade de energia acoplada ao soma durante o processo da ressonância, visando a realização de determinada programação existencial (proéxis), numa espécie de "supermaceteamento somático."<sup>36</sup>



## 12. Novo modelo Conceitual

Após uma ampla revisão de literatura sobre o assunto, ampliada pela visão conscienciológica, torna-se possível e recomendável propor-se um novo modelo conceitual para a Hiperatividade Infantil, dividindo-a em Hiperatividade propriamente dita e Reação Hiperativa.

### 12.1 Hiperatividade propriamente dita

Nesta modalidade, o indivíduo herda uma tendência à anormalidade na ação das monoaminas que regulam a transmissão do impulso nervoso. O sofrimento ou trauma perinatal, bem como as condições qualitativas e quantitativas das energias do holochakra agiriam como desencadeantes da síndrome, nestes indivíduos geneticamente e parageneticamente predispostos.

Desta forma, a sintomatologia característica estaria presente desde o nascimento, evidenciando os componentes hereditários e paragenéticos. A presença destes sintomas permite ao observador atento verificar a existência de um temperamento padrão, que pode ser chamado de "temperamento" hiperativo,<sup>37</sup> que inclui: intenso nível de atividade motora, baixo nível de atenção/concentração, reduzido nível de persistência, irregularidade de hábitos, baixo limiar sensorial e labilidade de humor.

Na maioria destas crianças, com exceção daquelas em que a Hiperatividade é consequência do supermaceteamento somático, as manifestações do porão consciencial são desproporcionalmente exageradas, quando comparadas às demais crianças.

### 12.2 Reação Hiperativa

O comportamento hiperativo pode ser resultante de uma condição particular (transtorno reativo), como por exemplo:

- ◆ Ansiedade, depressão, criação inadequada, efeitos colaterais de medicamentos, efeitos secundários de determinadas patologias, reação de inadaptção ao esquema escolar ou pedagógico, etc.
- ◆ Consequência da falta de limites.
- ◆ A simples exacerbação situacional de um comportamento normal para a idade.

A Reação Hiperativa pode estar presente em até 10% das crianças em idade escolar. Há dados sugestivos de que a permanência prolongada, crônica, de uma Reação Hiperativa, leve a alterações na bioquímica cerebral semelhantes às encontradas na Hiperatividade propriamente dita.

As dificuldades emocionais e do comportamento e seu consequente impacto para a criança podem ser

responsáveis pela deflagração ou início do transtorno. Nestes casos, existem maiores possibilidades de remissão do quadro, uma vez resolvidos os fatores que o desencadearam.

Dentre as condições reacionais de ordem psicoeducacional, as citadas abaixo são as mais frequentes:

- a) A cristalização, a nível de indivíduo, das características autoritárias, arbitrarias e inadequadas do sistema pedagógico atual (tanto escolar como familiar);
- b) A expressão da inadequação do sistema de ensino às crianças;
- c) Um distúrbio da interação entre o temperamento e a estrutura consciencial da criança com o ambiente (solicitação feita à criança pelo ambiente em que ela vive);
- d) Uma situação reacional desencadeada pelo conflito entre o sistema de vida e o modo pelo qual a criança é criada e educada, em confronto com as idéias inatas trazidas do seu curso intermissivo recente, resultando, em termos práticos, numa inadequada troca energética com o meio, o que pode gerar também, entre outros problemas, a chamada Síndrome do Estrangeiro.

Em ambos os casos (reação e temperamento), a anormalidade bioquímica representa a via final comum, através da qual se manifestam diferentes tipos de fatores, entre eles: tóxicos, genéticos, paragenéticos, hipóxicos, traumáticos, mesológicos, emocionais, entre outros. Esta afirmativa obtém apoio de outros pesquisadores, entre eles: Rapaport e Ferguson<sup>38</sup> e Lefèvre.

## 13. Tratamento da Hiperatividade

Segundo a posição dos autores, não se trata a Hiperatividade Infantil, mas sim a criança "hiperativa", com uma abordagem contextualizada à sua problemática individual. Há quase que um consenso em se admitir que a melhor forma de tratar este síndrome, devido à heterogeneidade de suas manifestações,<sup>39</sup> é utilizar diversos recursos combinados, envolvendo diversas abordagens: medicamentosa, psicoterápica, pedagógica e consciencioterápica.

### 13.1 Tratamento Medicamentoso

Deve ser sempre coadjuvante e utilizado pelo menor tempo possível. Não se pode prever, com absoluta certeza, o efeito de qualquer medicação psicoativa em crianças, o que leva à utilização de testes clínicos. Inicia-



se este teste, na maioria dos casos de Hiperatividade, com um psicoestimulante.<sup>40</sup>

### 13.1.1 Psicoestimulantes

São drogas que estimulam o funcionamento do sistema nervoso central. A mais utilizada para tratar a Hiperatividade Infantil é o Metilfenidato, substância da família das Anfetaminas, que tem efeito na aumento do grau de atenção/concentração da criança e na diminuição da impulsividade. O metilfenidato, comercializado no Brasil com o nome de Ritalina®, é a droga mais utilizada nos EUA (8 em cada 10 crianças hiperativas usam esta medicação). A duração do efeito é de 4 a 6 horas. Pode acontecer a hiperatividade de rebote após o término do efeito. Deve-se interromper o uso nos finais de semana, férias e feriados. Não se administra o metilfenidato em crianças com menos de 5 anos.

Os efeitos colaterais são: insônia, anorexia, emagrecimento, irritabilidade, dores abdominais, cefaléia, obstipação e náuseas, palidez e onicofagia.<sup>41</sup> Podem ocorrer também tiques (síndrome de Gilles de la Tourette), alucinações, delírios e reações fóbicas. Alguns efeitos de longo prazo são: aumento da frequência cardíaca e atraso no crescimento.<sup>42</sup>

Alguns pesquisadores levantaram a hipótese de que o uso de psicoestimulantes pode levar ou facilitar, no futuro, a droga habituação (ou drogadição), afirmativa que vem sendo fortemente contestada por recentes evidências experimentais.

Ainda existem dúvidas se os efeitos do metilfenidato limitam-se às crianças hiperativas ou é um efeito idade-dependente, obtido também em crianças normais.

O uso prolongado de psicoestimulantes é desaconselhado por estes autores, uma vez que ainda persiste a suposição de que estas drogas ajam também suprimindo a função das catecolaminas<sup>43</sup>, o que ocasionaria, em termos práticos ainda não comprovados, um comprometimento das funções noradrenérgicas e dopaminérgicas, após a suspensão do uso do medicamento.

Outros psicoestimulantes podem ser usados para tratar a hiperatividade, entre eles o pemoline e a dextroanfetamina, ambos não são comercializados no Brasil.

### 13.1.2 Antidepressivos

Quando a criança não responde bem ao uso de psicoestimulantes ou apresenta tiques, ou ainda, apresenta alto grau de depressão ou ansiedade, não se deve usar o metilfenidato e, sim antidepressivos, como por exemplo, a imipramina.<sup>44</sup>

Os efeitos colaterais dos antidepressivos são: boca seca, constipação intestinal e sonolência.<sup>45</sup>

### 13.1.3 Ansiolíticos

Muito utilizados antigamente, os tranquilizantes agradavam pais e professores, mas não por seu efeito terapêutico, que é nulo na Hiperatividade, mas pelo grau de sedação que proporcionava, reduzindo desta forma o nível e a intensidade das atividades da criança. Evidentemente, atualmente são contra-indicados, a não ser em casos extremos onde coexiste exagerado nível de agressividade.

### 13.1.4 Neurolépticos

Administrar um neuroléptico (antipsicótico) em uma criança hiperativa sem que haja algum transtorno psicótico associado, é uma atitude, no mínimo, irresponsável, para não dizer criminosa, uma vez que a relação risco/benefício inclina-se significativamente para o lado dos riscos e efeitos secundários desta medicação, frente a benefícios que poderiam ser obtidos com outras medicações menos "traumáticas".

### 13.1.5 Anticonvulsivantes

São utilizados apenas quando há crises convulsivas associadas. Nestes casos, usa-se a carbamazepina ou a hidantoína, nunca o fenobarbital que pode agravar o quadro da Hiperatividade.

## 13.2 Tratamento Psicoterápico

A psicoterapia comportamental não é adequada para tratar a criança hiperativa por motivos já mencionados. Uma psicoterapia cognitiva aliada a uma psicoterapia de família parecem ser, até o presente momento, a melhor abordagem em termos psicoterápicos. É importante lembrar que, com a criança hiperativa, deve-se evitar comparações, castigos, recompensas, rejeições, competições e rotulações.

## 13.3 Abordagem Psicoeducacional

A insistência na utilização de técnicas psicopedagógicas baseadas no reforço comportamental, além de serem pouco eficazes, forçam a criança hiperativa a ver o mundo como um lugar onde se trabalha para se livrar daquilo que não se quer, e não um lugar onde você luta para obter as coisas que deseja.

Exercícios de psicomotricidade são muitas vezes necessários e importantes no tratamento da Hiperatividade, visando corrigir deficiências na coordenação, nas praxias e reforçando o esquema corporal e as sinergias motoras.

Dentre as atividades que a Escola pode e deve desenvolver visando a adequada condução das crianças com Hiperatividade estão: avaliar a dimensão das manifestações da hiperatividade, através da observação direta da criança em sala de aula e nas atividades de lazer; listar a sintomatologia associada; acompanhar as alterações ocorridas em consequência ao tratamento, entre outras.<sup>46</sup>



### 13.4 Abordagem Consciencioterápica

Considerando-se a possibilidade de que a criança hiperativa tem grande quantidade de energia consciencial, faz-se *mister* que esta energia mantenha-se equilibrada. Isto só pode acontecer se as trocas e acoplamentos energéticos da criança forem adequados.

Visando melhorar o nível das interrelações energéticas da criança hiperativa, para obtenção de maior grau de equilíbrio holochacral, pode-se sugerir:

- a) Manutenção de acoplamentos energéticos/afetivos constantes e harmônicos entre os pais e o filho(a);
- b) Máxima coerência na verbação, ou seja, o que se diz e o que se "passa" energeticamente devem ser idênticos;
- c) Evitar locais que estejam energeticamente entrópicos, desequilibrados, que possam levar a um aumento no grau de intoxicação energética da criança;
- d) Cuidar com o excesso de atividades díspares, descontextualizadas ou conflitantes, o que só aumentaria o problema do hiperativo;
- e) Evitar atitudes comportamentais que gerem "encouraçamento" das energias, através de atos repressivos;
- f) Incentivar o desenvolvimento da maturidade consciencial o mais cedo possível;
- g) Desenvolver a noção de limites a partir do senso de responsabilidade e não através da metodologia do reforço (positivo ou negativo);
- h) Desenvolver a segurança pessoal da criança e aumentar a sua auto-estima, através de uma relação de elevada confiabilidade e transparência, validando sempre as emoções e os sentimentos da criança;
- i) Incrementar o desenvolvimento sadio do parapsiquismo, de forma a proporcionar ao hiperativo maior domínio de suas energias (esta tarefa será desenvolvida pelas "Escolas Conscienciológicas").

Num âmbito maior, devemos auxiliar a criança a administrar a sua hiperatividade em benefício da sua proéxis. Para isto, devemos deixar de ver nossas crianças como tal e passar a vê-las como Consciências.

### 14. Glossário de Termos da Conscienciologia<sup>47</sup>

- ♦ **Bitanatose:** desativação e descarte do holochacra, depois da dessoria (morte biológica), incluindo a retirada dos resquícios das conexões energéticas do holochacra no psicossoma; segunda morte ;segunda dessoria.
- ♦ **Consciencioterapia:** Tratamento, alívio ou remissão de distúrbios da Consciência, executados através dos recursos e técnicas derivados da Conscienciologia.

- ♦ **Conscin:** Consciência intrafísica; a personalidade humana.
- ♦ **Holochacra:** Paracorpo energético da consciência humana.
- ♦ **Paragenética:** A genética adstrita às heranças da consciência, através do psicossoma, da vida anterior ao embrião humano.
- ♦ **Período Intermissivo:** Período extrafísico da consciência entre 2 vivências intrafísicas (seriéxis).
- ♦ **Porão Consciencial:** Fase de manifestação infantil e adolescente da conscin, até chegar ao período da adultidade, caracterizada pelo predomínio dos traços mais primitivos da consciência multiveicular, multiexistencial e multimilenar.
- ♦ **Proéxis:** Programação existencial específica de cada conscin em sua vivência intrafísica.
- ♦ **Seriéxis:** Sérição existencial evolutiva da consciência; existências sucessivas; renascimentos intrafísicos em série.
- ♦ **Trafar:** Traço-fardo da personalidade da consciência intrafísica; componente negativo da estrutura do microuniverso consciencial que a consciência ainda não consegue alijar de si ou desvencilhar-se até o momento.
- ♦ **Verbação:** Interação prática do verbo e da ação no comportamento coerente da consciência; resultado da palavra ratificada pelo exemplo através dos testemunhos vividos pela conscin.

### 15. Referências Bibliográficas

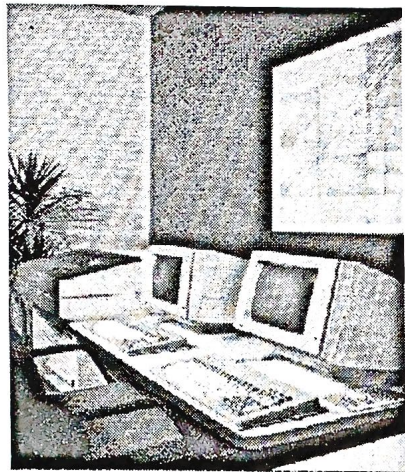
1. AJURIAGUERRA, J. *Manual de psiquiatria infantil*. São Paulo: Masson - Atheneu, 1994. p.238-45.
2. SUCUPIRA, ACSL. *Hiperatividade: doença ou rótulo*. [s.n], [198-].
3. STRAUSS, AA.; LEHTINEN, LE. *Psychopathology and education of the brain-injured child*. New York: Grune Stratton, 1947, p.79.
4. CORDOVIL, MP. Síndrome de déficit de atenção. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 61(1): 59-74, 1991.
5. LEFÉVRE, AB. *Neurologia Infantil*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989, p.1139.
6. ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
7. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.256.
8. SIEG, KG. Et al. SPECT brain imaging abnormalities in attention deficit hyperactivity disorder. *Clin. Nuclear Medicine*, 20(1): 55-60, 1995.
9. WENDER, PH. *Minimal brain dysfunction in children*. New York: Interscience, 1971. p.47.



10. VAUGHAN, VC. et al. *Tratado de pediatria*. 11 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1983. p.95.
11. WENDER, PH. Speculations concerning a possible biochemical basis of minimal brain dysfunction. *Int. Journal Ment. Health*, 4:11-15, 1975.
12. HASTINGS, JE.; BARKLEY, RA. A review of psychopharmacological research with hyperkinetic children. *Journal Abnorm. Child Psychol.*, 6:411-415, 1978.
13. COOK, EH. et al. Association of attention-deficit disorder and the dopamine transporter gene. *American Journal Human Genetic*, 56(4): 993-8, 1995.
14. FAIGEL, HC. Attention deficit disorder in college students: facts, fallacies and treatment. *Journal Am. Coll. Health*, 43(4): 147-55, 1995.
15. O' MALLEY, KD. Fetal alcohol effect and ADHD. *Journal Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 33(7): 1059-60, 1994.
16. ROWE, KS.; ROWE, KJ. Synthetic food coloring and behavior: a dose response effect in a double-blind, placebo controlled, repeated measures study. *Journal Pediatr.*, 125(5): 691-8, 1994.
17. LEUNG, PW.; CONNOLLY, KJ. Attentional difficulties in hyperactive and conduct-disordered children: a processing deficit. *Journal Child Psychol. Psychiatry*, 35(7): 1229-45, 1994.
18. SEARIGHT, HR.; NAHLIK, JE.; CAMPBELL, DC. Attention-deficit/hyperactivity disorder: assessment, diagnosis and management. *Journal Fam. Pract.* 40(3): 270-9, 1995.
19. EDDOWES, EA.; ALDRIDGE, J.; CULPEPPER, S. Primary teacher's classroom practices and their perception of children's attention problems. *Percept. Mot. Skills.*, 79(2): 787-90, 1994.
20. LEFÉVRE, AB. *Exame neurológico evolutivo*. São Paulo: Sarvier, 1972, p.24
21. LEFÉVRE, AB. *Neurologia Infantil*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989, p.1153.
22. ARONOWITZ, B. Neuropsychiatric and neuropsychological findings in conduct disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 6(3): 245-9, 1994.
23. DAHL, RE; PELHAM, WE; WIERSON, M. The role of sleep disturbance in attention deficit disorder symptoms: a case study. *Journal of Pediatric Psychology*, 16(2): 229-39, 1991.
24. GIDDAN, JJ. Communication Issues in attention deficit hyperactivity disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 22(1): 45-51, 1991.
25. SCHUERHOLZ, LJ. et al. Na analysis of two discrepancy-based models and a processing-deficit approach in identifying learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 28(1): 18-29, 1995.
26. PILLSBURY, HC. et al. Binaural function in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 121(12): 1345-50, 1995.
27. SCHUBINER, H. et al. The dual diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse: case reports and literature review. *Journal Clin. Psychiatry*, 56(4): 146-50, 1995.
28. KIESSLING, LS.; MARCOTTE, AC.; CULPEPPER, L. Antineuronal antibodies: tics and obsessive-compulsive symptoms. *Journal Dev. Behav. Pediatr.*, 15(6) 421-5, 1994.
29. COMINGS, DE. Tourette's syndrome: a behavioral spectrum disorder. *Adv. Neurol.*, 65:293-303, 1995.
30. WALKUP, JT.; SCAHILL, LD; RIDDLE, MA. Disruptive behavior, hyperactivity, and learning disabilities in children with Tourette's syndrome. *Adv. Neurol.* 65:259-72, 1995.
31. COTUGNO, AJ. Personality attributes of attention-deficit hyperactivity disorder using the rorschach inkblot test. *Journal Clin. Psychol.*, 51(4): 554-62, 1995.
32. FOREHAND, R et al. Juvenil delinquency entry and persistence: do attention problems contribute to conduct problems? *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 22(4): 261-4, 1991.
33. DENCKLA, MB. Attention deficit hyperactivity disorder - residual type. *Journal of Child Neurology*, 6 Suppl: S 44-50, 1991.
34. VILANOVA, LCP. Distúrbios da atenção na infância e na adolescência. p.237.
35. BRAGA, RC. *Integração Terapêutica*. Londrina: Universalista, 1995. pp.55-58.
36. VIEIRA, W. *700 Experimentos da conscienciologia*. Rio de Janeiro: IIPC, 1994. p.390.
37. VAUGHAN, VC. et al. *Tratado de pediatria*. 11 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1983. p.94.
38. RAPAPORT, JL.; FERGUSON, HB. Biological validation of the hyperkinetic syndrome. *Developm. Med. Child. Neurol.*, 23: 667-8, 1981.
39. BAXTER, PS. Attention-deficit hyperactivity disorder in children. *Curr. Opin. Pediatr.*, 7(4): 381-6, 1995.
40. LOFTON, SA. Therapy for attention deficit hyperactivity disorder. *Arch. Fam. Med.*, 3(10): 856-8, 1994.
41. GOLFETO, JH.; RIBEIRO, MVM. Resultados terapêuticos do síndrome da disfunção cerebral mínima. *Neurobiologia*, 46(1): 67-76, 1983.
42. LURIE, S.; O' QUINN, A. Neuroendocrine responses to methylphenidate and d-amphetamine: application to attention deficit disorder. *Journal Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 3(1): 41-50, 1995.
43. RASKIN, LA. Et al. Neurochemical correlates of attention deficit disorder. *Pediat. Clin. N. Amer.*, 31:385-8, 1984.
44. SPENCER, T.; BIEDERMAN, J.; WILENS, T. Tricyclic antidepressant treatment of children with ADHD and tic disorders. *Journal Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 33(8): 1203-4, 1994.
45. ST. DENNIS, C.; SYNOGROUND, G. Imipramine. *Journal Sch. Nurs.*, 11(3): 8-10, 1995.
46. ATKINS, MS; PELHAM, WE. School-based assessment of attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 24(4): 197-204, 1991.
47. VIEIRA, W. *700 Experimentos da conscienciologia*. Rio de Janeiro: IIPC, 1994.



*Sociedade de Pesquisas  
da Consciência*



Centro de fomentação à pesquisa científica na área da Conscienciologia e formação de pesquisadores através de treinamento teórico/prático, com orientação e supervisão constantes.

## **CENTRO DE INFORMAÇÕES E PESQUISAS CONSCIENCIOLÓGICAS**

### **ATIVIDADES:**

- ♦ O desenvolvimento de pesquisa conscienciológica pura, aplicada, laboratorial, de campo, estudos de casos e estudos clínicos;
- ♦ A organização de bancos de dados e bibliotecas;
- ♦ A promoção de Assessoria técnico-científica, no campo metodológico, no desenvolvimento de pesquisas em geral, na elaboração de projetos, na confecção de artigos científicos e no levantamento bibliográfico.

**INFORMAÇÕES: (041) 233-4447**