
LICENCIATURA PLENA EM PEDAGOGIA

NATALIA ASSUMPÇÃO GOMES

**O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE NO
ÂMBITO EDUCACIONAL**



Rio Claro
2013

NATALIA ASSUMPÇÃO GOMES

O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE NO
ÂMBITO EDUCACIONAL

Orientador: ANDREIA OSTI

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Instituto de Biociências da Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” -
Câmpus de Rio Claro, para obtenção do grau de
Licenciada em Pedagogia.

Rio Claro
2013

370.15 Gomes, Natalia Assumpção
G633t O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade no
âmbito educacional / Natalia Assumpção Gomes. - Rio Claro,
2013
40 f. : il.

Trabalho de conclusão de curso (licenciatura - Pedagogia)
- Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de
Rio Claro
Orientador: Andreia Osti

1. Psicologia educacional. 2. Transtornos de
aprendizagem. 3. Dificuldades. 4. Educação. I. Título.

Dedico este trabalho a minha família e aos meus amigos; aos meus pais por todo o amor, carinho e incentivo; as minhas irmãs, por estarem ao meu lado a todo o tempo; e aos meus amigos, que estiveram presentes, me apoiando e me ajudando sempre que preciso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado força e capacidade de aprender nesses quatro anos de curso.

Aos meus amados pais, Eduardo e Taisa, pelo apoio, incentivo, exemplo e força, que ajudaram a estar onde estou hoje. Pelo carinho, amor, confiança e motivação, que me ajudaram a continuar minha caminhada. Obrigada por tudo que vocês já fizeram por mim e por estarem ao meu lado a todo tempo!

As minhas amadas irmãs, Ana Ruth e Laura, pelo companheirismo e paciência que tiveram comigo durante a minha formação.

Ao meu querido, Guilherme, que durante todos esses anos tem sido meu amigo, e que pacientemente, me deu conselhos, força, incentivos e coragem.

As minhas amigas, Carla e Tayane, que estiveram ao meu lado, ajudando na minha formação e dividindo seus conhecimentos comigo.

A minha orientadora, Andreia Osti, pelo apoio e conhecimento transmitido.

Agradeço também a todos, que de alguma forma contribuíram, incentivaram, apoiaram ou vivenciaram comigo as fases da minha graduação.

*“O sucesso nasce do querer, da determinação e
persistência em se chegar a um objetivo.
Mesmo não atingindo o alvo, quem
busca e vence obstáculos,
no mínimo fará coisas
admiráveis.”*

(José de Alencar)

RESUMO

A proposta dessa pesquisa consiste em estudar e explicar as características dos Transtornos de Aprendizagem, especialmente o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Para isso, será feita uma pesquisa bibliográfica tendo como foco livros que tratem sobre o tema.

Considera-se que esses transtornos se caracterizam como um dos problemas mais comuns na educação, principalmente nos primeiros anos do ensino fundamental, podendo afetar de diferentes formas o desempenho dos alunos. Assim, muitos estudantes podem não estar acompanhando os conteúdos escolares em decorrência desses transtornos.

Palavras-chaves: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – Transtornos de Aprendizagem – Dificuldades – Educação

ABSTRACT

The purpose of this research is to study and explain the characteristics of Learning Disorders, especially Attention Deficit Disorder / Hyperactivity Disorder (ADHD). This will be done a literature search focusing on books that address the topic.

It is considered that these disorders are characterized as one of the most common problems in education, especially in the early years of elementary education, may affect in different ways the students' performance. Thus, many students may not be following the school curriculum as a result of these disorders.

Keywords: Attention Deficit Disorder / Hyperactivity Disorder - Learning Disorders - Difficulties - Education

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. HISTÓRIA DO TDAH.....	13
3. O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE.....	21
3.1. Sintomas do TDAH.....	21
3.2. Causas do TDAH.....	25
4. O ÂMBITO EDUCACIONAL E O TDAH.....	29
5. CONCLUSÃO.....	36
6. REFERÊNCIAS.....	38

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é considerado o primeiro passo para realização do Trabalho de Conclusão de Curso. Para a realização do mesmo, foi escolhido o tema “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade”, com o título “O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade no âmbito educacional”.

O trabalho será dividido em duas partes. O primeiro capítulo fará um levantamento sobre a história do TDAH e as mudanças ocorridas sobre a concepção do mesmo ao passar dos anos. O segundo abordará sobre as definições, características, sintomas, causas e sobre os diferentes aspectos desse transtorno. O terceiro capítulo fará um levantamento sobre o âmbito escolar e o TDAH.

Esta pesquisa tem como justificativa explicar aos professores, alunos e pais o que é esse transtorno e como ele pode ser trabalhado dentro da escola de uma maneira adequada fazendo com que todos sejam beneficiados. Atualmente o TDAH é muito comum de ser encontrado e por esse motivo devemos saber suas principais características, seus tratamentos e fazer o máximo para melhorar a vida da criança ou indivíduo que apresenta tal transtorno.

O principal problema a ser abordado nesse trabalho é: “O que é o TDAH?”; “Como podemos ajudar a melhorar a vida de pessoas que tem esse transtorno?”; e “Como esse transtorno pode ser trabalhado dentro do ambiente escolar?”.

Como se tem conhecimento nos dias de hoje e por meio de vários autores que estudam essa temática (Barkley, 2008 e Mattos, 2010), o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é algo encontrado na maioria das escolas, e faz parte da realidade de muitas crianças, adolescentes e suas respectivas famílias. Porém muitos professores e famílias não sabem como tratar, lidar e trabalhar com uma criança ou um adolescente que tem esse tipo de transtorno. Para esclarecer alguns termos, faremos um breve levantamento sobre o que é e quais são as diversas características desse tipo de transtorno.

A definição mais comum para o que é TDAH pode ser encontrada com vários autores, mas podemos encontrar uma definição sucinta e explicativa que afirma:

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um problema de saúde mental que tem três características básicas: a desatenção, a agitação (ou hiperatividade) e a impulsividade. Este transtorno tem um grande impacto na vida da criança e do adolescente e das pessoas com as quais convive (amigos, pais e professores). Pode levar a dificuldades emocionais, de relacionamento familiar e social, bem como a um baixo desempenho escolar (ROHDE; BENCZIK, 1999, p. 37).

E segundo PHELAN (2005):

[...] vários critérios devem ser cumpridos para que um indivíduo se qualifique como portador de TDAH. Basicamente, a pessoa precisa apresentar um padrão de desatenção/hiperatividade-impulsividade que se encaixe nos seguintes critérios: persistência (o comportamento tem de persistir por pelo menos seis meses); início precoce (os sintomas têm de estar presentes antes da idade de 7 anos); frequência e gravidade (a desatenção e/ou a hiperatividade-impulsividade devem ter um caráter extraordinário quando comparadas às de pessoas da mesma idade); claras evidências de deficiência (o padrão comportamental do TDAH precisa causar uma interferência significativa na capacidade funcional da pessoa); deficiência em um ou mais cenários (os sintomas causam problemas sérios em contextos múltiplos) [...] (p. 15).

Vemos que os indivíduos com o TDAH costumam ser portadores de dificuldades crônicas que vem juntamente com a desatenção e/ou impulsividade-hiperatividade. Esses indivíduos apresentam essas características desde cedo, em um nível excessivo ou inadequado para a idade ou grau de desenvolvimento, conforme pesquisa feita por Barkley (2008).

Além de todas essas características já citadas acima, podemos observar que existem três tipos de TDAH: desatenta, hiperativa/impulsiva e combinada. A primeira é a mais comum de ser encontrada na população em geral. A segunda é a forma predominantemente hiperativa/impulsiva, e é a mais rara de se encontrar. A terceira é a mais comum nos consultórios e ambulatorios, provavelmente porque causa mais problemas para o portador e para os demais, o que leva os pais a procurarem ajuda para o filho (MATTOS, 2010).

Essas características do TDAH afetam tanto a área comportamental, quanto a área cognitiva. Exibem uma escassa tolerância à frustração, baixa autoestima e problemas de relacionamento. Existem alguns casos em que o comportamento agressivo e desafiador, se dá por causa da dificuldade em obedecer a regras, limites e combinados. De acordo com Gómez e Terán (19-), a atenção dessas crianças se apresenta com flutuações na distribuição dos focos atencionais, portanto, sua percepção de realidade será realizada sobre a base destas flutuações, fazendo com que desse modo a realidade percebida reflita alterações, fazendo com que seja uma construção parcial da realidade.

É necessário dizer que o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é uma síndrome e geralmente é caracterizada pelos três sintomas já citados anteriormente (desatenção, hiperatividade e impulsividade). É o transtorno mais comum em crianças e adolescentes encaminhados para serviços especializados. Pesquisas feitas mostram que entre 3% e 6% das crianças em fase escolar foram diagnosticadas com este transtorno em várias regiões do mundo e entre 30 a 50% desses casos persistem até a idade adulta, embora os sintomas sejam mais amenizados.

Deve-se saber também que o diagnóstico de TDAH é fundamentalmente clínico, realizado por profissional que conheça profundamente o assunto e que necessariamente descarte outras doenças e transtornos. Somente um médico (preferencialmente psiquiatra), juntamente com psicólogo ou terapeuta ocupacional especializados, podem confirmar a suspeita de outros profissionais de áreas afins, como fonoaudiólogos, educadores ou psicopedagogos. O diagnóstico não pode ser feito por qualquer pessoa, pois um dos sintomas, que é a hiperatividade, tem sido amplamente popularizado e muitas crianças têm sido rotuladas erroneamente. É preciso ter cuidado ao se caracterizar uma criança como portadora de TDAH.

Estudos científicos já feitos por Still (1902) e Tredgold (1908) mostram que pessoas com o TDAH têm alterações na região frontal e nas suas conexões com o resto do cérebro, por esse motivo necessita-se de um médico especializado para diagnosticar o transtorno. A região frontal orbital é responsável pela inibição do comportamento (isto é, controlar ou inibir comportamentos inadequados), pela

capacidade de prestar atenção, memória, autocontrole, organização e planejamento. O que normalmente se encontra alterado nesta região cerebral é o funcionamento de um sistema de substâncias químicas chamadas neurotransmissores, que passam as informações entre as células nervosas (neurônios). Estudos realizados por Barkley (2008) e colaboradores, mostram que existem várias hipóteses para explicar o que acontece para se ter ou desenvolver o transtorno.

A hereditariedade evidencia que os genes não são responsáveis pelo transtorno em si, mas por uma predisposição a ter o transtorno. Começou-se a desconfiar dos genes, a partir de observações de que nas famílias de portadores do transtorno a presença de parentes afetados com o mesmo era mais frequente do que nas famílias que não tinham portadores com TDAH. Porém, estudos também mostraram que a maior ocorrência dentro da família pode ser por causa das influências ambientais, como se a criança aprendesse a se comportar de um modo “desatento” ou “hiperativo” simplesmente por ver seus familiares agirem desta maneira, o que excluiria a hipótese dos genes (ABDA, 2012).

Após esse choque de ideias, foi necessário comprovar que a recorrência familiar era devido a uma predisposição genética, e não somente ao ambiente. Estudos genéticos foram fundamentais para comprovar a participação dos genes na origem do TDAH. A partir dos dados destes estudos, o seguinte passo na pesquisa genética foi encontrar quais os genes que poderiam estar causando o problema. Nesses transtornos comportamentais a predisposição genética envolve vários genes, e não um único gene (provavelmente não existe ou não se acredita que exista um único gene do TDAH). Outro detalhe é que os genes podem ter diferentes níveis de atividade, eles agem de diferentes modos nos portadores. Também há maior número de depressão, transtorno bipolar, abuso de álcool e drogas nos familiares de portadores de TDAH.

Substâncias ingeridas durante a gravidez também podem ser uma causa. Tem sido observado que em muitos casos em que a nicotina e o álcool são ingeridos durante a gravidez, pode-se causar alterações em algumas partes do cérebro do bebê, e uma delas pode ser a região frontal orbital, ou seja, fazem com que o filho possa ter problemas de hiperatividade e desatenção. Porém, é importante salientar que estudos apenas mostram uma associação entre esses fatores, não mostram uma relação de causa e efeito. Uma outra hipótese reside sobre os problemas

familiares, no entanto, os estudos indicam que problemas desta natureza podem agravar um quadro de TDAH, mas não pode causá-lo.

E além de todas essas hipóteses apresentadas anteriormente, houveram muitas outras, porém a maioria delas foi ou necessitou ser descartada cientificamente.

O objetivo geral deste trabalho consiste em compreender e definir o que é o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, quais são suas principais características e como elas podem se manifestar dentro da escola. Os objetivos específicos centram-se em apresentar as diversas visões de autores sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e refletir sobre como esse transtorno pode ser trabalhado dentro do ambiente escolar.

A metodologia utilizada para realização desse trabalho é uma pesquisa bibliográfica, tendo como foco o tema Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e suas diversas características.

2. HISTÓRIA DO TDAH

A hiperatividade ou TDAH foram descritos primeiramente em 1865, em notas de um médico, que registrava sobre as doenças infantis que se deparava em seu dia-a-dia. Porém, o mérito ficou com George Still e Alfred Tredgold, pois foram os principais a destinarem atenção a um modo de conduta infantil que se assemelhava ao que agora é apresentado como TDAH.

Várias apresentações articuladas por Still tiveram descrições de crianças que foram atendidas por ele, que mostravam dificuldades para manter a atenção. A maior parte dessas crianças eram muito ativas, e costumavam ser hostis e intensas. Todas elas tinham o ânimo como uma característica muito normal e evidente. Ele notou que essas crianças exibiam uma “falha” no controle ético de seus comportamentos. Também observou uma quantidade maior de indivíduos do sexo masculino do que do feminino em sua amostra, e verificou que esse transtorno parecia surgir antes do 8 anos. Ele acreditava que esses indivíduos representavam uma ameaça significativa à segurança das outras crianças, por causa de seu comportamento agressivo ou violento.

Antes das visões atuais do tratamento de TDAH, Still e Tredgold notaram que era possível conseguir melhoras no comportamento, com mudanças no ambiente ou através de medicações, mas destacaram a continuação relativa desse transtorno ainda nesses casos. A necessidade de espaços educativos especiais para essas crianças foi muito destacada.

A história do TDAH começou na América do Norte, quando uma crise de encefalite epidêmica se espalhou entre 1917-1918, e esse transtorno passou a ser um foco de estudo. Os clínicos daquela época observaram inúmeras crianças que sobreviveram a essa infecção, mas que ficaram com sequelas no comportamento e no desenvolvimento cognitivo. Muitas das características dessas crianças que ficaram com sequelas, atualmente são vinculadas ao conceito de TDAH.

As crianças tinham limites em sua atenção, na regulação das atividades e da impulsividade, como também em outras capacidades cognitivas, principalmente a memória. A ampla quantidade de crianças afetadas pelo transtorno comportamental derivou em um grande interesse dos profissionais e dos acadêmicos. Sua seriedade era tanta que se aconselhava que muitas crianças fossem tratadas e educadas fora

de suas casas e longe das instituições educacionais normais. Várias das crianças que foram estudadas tinham também retardo mental ou transtornos comportamentais mais sérios do que atualmente é conhecido como TDAH. Embora existisse um olhar pessimista sobre o prognóstico dessas crianças, alguns institutos mostravam sucesso em seu tratamento com simples programas de modificação comportamental e maior supervisão.

Segundo Barkley (2008, p.18): “Outros termos introduzidos nessa era para crianças que apresentassem essas características comportamentais foram ‘motivação orgânica’ e síndrome de ‘inquietação’”.

Uma coleção admirável de pesquisas sobre o tratamento de crianças hiperativas surgiu a partir de 1937, e apontaram o começo da terapia através de medicamentos, especialmente os estimulantes, para crianças que tinham distúrbios comportamentais. Como efeito, na década de 1970, esses remédios estimulantes estavam virando, cada vez mais, o tratamento escolhido para os sintomas de comportamento que estavam ligados ao TDAH.

Entre 1960 a 1969, o desagrado com o termo “disfunção cerebral mínima” (termo dado ao TDAH antigamente) crescia significativamente, então os clínicos que o estavam estudando, resolveram mudar seu destaque para o sintoma do comportamento considerado mais peculiar do transtorno, a hiperatividade. Dessa forma, surgiu o conceito de síndrome de hiperatividade, encontrado em vários estudos dessa época.

Os estudos de antigamente mostravam que hoje se conheceria que a hiperatividade é uma síndrome comportamental que aparecia a partir de uma patologia orgânica, mas que poderia acontecer na sua ausência. Dessa mesma forma, ela permaneceria a ser considerada consequência de alguma dificuldade biológica, em vez de resultado de causas ambientais.

Aconselhava-se tratamento multimodal, que incorporasse aconselhamento parental, alteração comportamental, psicoterapia, uso de medicamentos e educação especial. Durante essa época, autores ressaltavam que os sintomas de hiperatividade eram de natureza benigna, e afirmavam que, na maior parte dos casos, esses sintomas se resolviam até o período de puberdade.

Foi durante esse mesmo período que a definição de hiperatividade surgiu na nomenclatura de diagnósticos oficial, na segunda edição do *Manual Diagnóstico e*

Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-II). Ela utilizava uma única frase para apresentar esse transtorno, e ressaltava a visão de alguns autores, de que o transtorno era benigno do ponto de vista do desenvolvimento.

Até o final dessa época (1969), a perspectiva da hiperatividade era de que ela continuava como uma síndrome de disfunção cerebral mínima, embora sendo de uma dimensão menor do que se acreditava antes. O transtorno não era ligado a lesões cerebrais, mas continuava focalizado em mecanismos cerebrais. Acreditava-se que esse transtorno tinha um conjunto de sintomas predominantes e homogêneos, e os que se destacavam era o excesso de atividade ou hiperatividade. Seu prognóstico era considerado relativamente benigno. Os tratamentos indicados deviam durar pouco tempo, e eram através de remédios e psicoterapia, além de espaços escolares com o mínimo de estimulação que era aconselhada nos anos iniciais.

Na década de 1970, os estudos desse transtorno tiveram um grande avanço, havendo mais de mil estudos publicados sobre este tema quando a década terminou. A partir de tudo isso, a hiperatividade se tornou um tema de séria atenção profissional, científica e popular. Ao final dessa década, as características que definiam hiperatividade foram expandidas para abranger aquelas que os estudiosos acreditavam ser somente características agregadas, como a impulsividade, a pobre capacidade de atenção, baixa tolerância a frustrações, distração e agressividade. E após todos esses acontecimentos, o termo diagnóstico que era utilizado, “disfunção cerebral mínima”, saiu do uso clínico e científico ao fim desse período.

Essa década se destacou por dois exemplos variados da natureza do TDAH: a teoria de Wender (disfunção cerebral mínima) e o modelo de Douglas (do controle da atenção e dos impulsos em crianças hiperativas).

No começo dessa época, Wender descreveu as particularidades psicológicas de crianças com disfunções mínimas em seis conjuntos de sintomas: problemas comportamentais da parte motora, funcionamento perceptivo-cognitivo e da atenção, aprendizagem, comando de impulsos, relações interpessoais, e emoções. Várias especialidades que foram ditas por Still eram utilizadas por Wender nesses domínios do funcionamento. Wender fez teorias de que esses seis domínios de disfunções poderiam ser esclarecidos por três problemas principais: uma experiência mínima de

prazer e dor; um nível, na maioria das vezes, elevado e mal-modulado de ativação; e extroversão.

Já Douglas preparou, apurou e substanciou seu modelo de hiperatividade, que terminou na visão de que quatro grandes déficits explicariam os sintomas do TDAH: investimento, coordenação e manutenção da atenção e do esforço; inibição das respostas impulsivas; modulação dos níveis de excitação para agradar as demandas situacionais; e grande inclinação para buscar reforço imediato. Esse ponto de vista iniciou ou norteou uma ampla quantidade de estudos ao longo dos dez anos consecutivos. A pesquisa de Douglas e outras publicadas posteriormente por seu grupo foram importantes que provavelmente constituíram as principais razões por que o transtorno foi renomeado transtorno de déficit de atenção (TDA) em 1980, com a publicação do DSM-III. A alteração para os déficits de atenção, em vez da hiperatividade, como a maior dificuldade dessas crianças foi um tanto favorável por um tempo, por causa dos destaques de que a hiperatividade não era a característica principal dessa condição, mas podia ser encontrada em outras categorias psiquiátricas; de que não apresentava uma definição visível entre níveis normais e anormais de atividade; de que a atividade era algo de muitas dimensões; e de que os sinais da hiperatividade mostravam uma natureza situacional em diversas crianças. Porém, essa forma corrigiu o problema de definição por pouco tempo.

Durante essa época, houve um grande aumento da utilização de remédios estimulantes em crianças hiperativas de idade escolar. Esse aumento ocorreu pelo fato de que as pesquisas revelavam que esses medicamentos apresentavam efeitos enormes sobre as condutas das crianças com os sintomas. Contudo, mesmo com os grandes resultados que esses estimulantes mostravam, houve dúvidas sobre a quantidade cada vez maior utilizada pelas crianças.

Um fato muito importante foi a aprovação da Lei Americana 94-142, fazendo com que fosse obrigatório serviços voltados para a educação especial, tanto para as dificuldades físicas, quanto para as dificuldades de aprendizagem e comportamentais. Apesar de muitas dessas indicações constarem anteriormente em outra lei, foram apenas com os estímulos financeiros do governo, relacionados à Lei 94-142, que aconteceu a prática imediata e extensa desses serviços. Esse aumento em interferências na educação para essas crianças com transtorno comportamentais e da aprendizagem foi seguido de diversos estudos sobre a utilização de técnicas de

alteração comportamental no controle de condutas ruins em sala de aula, como uma opção à medicamentos que estimulam.

Essa década terminou com considerações de que a hiperatividade não era o único ou principal déficit comportamental encontrado em crianças hiperativas, mas que a péssima capacitação de atenção e o pequeno controle de impulsos eram importantes para esclarecer os seus problemas.

O progresso em estudos sobre a hiperatividade continuou na década de 1980, fazendo com que a hiperatividade se tornasse o transtorno psiquiátrico infantil mais estudado durante essa época. Um acontecimento que se deu no início desse período foi a publicação do DSM-III e seu novo conceito do diagnóstico de reação hipercinética da infância para TDA. Esses critérios de diagnóstico eram observáveis por seu maior destaque na desatenção e impulsividade como características que definem o transtorno, mas também pela criação de listas de sintomas mais específicas. E ainda houve a criação de subtipos de TDA, fundamentados na presença ou ausência de hiperatividade.

O desenvolvimento de pesquisas sobre o TDAH induziu a um simpósio internacional sobre o tema, e a um acordo geral de que os indivíduos escolhidos para pesquisa sobre o TDAH precisavam preencher alguns critérios, como: relatos de dificuldades com atividade e atenção por adultos em no mínimo dois espaços diferentes; no mínimo três entre quatro problemas com atividades e atenção; começo antes dos sete anos; permanência, no mínimo, de dois anos; e eliminação de autismo e psicose. Essas características colocadas eram parecidas com as da década anterior, porém fizeram com que fossem mais específicas em relação aos sintomas da hiperatividade e desatenção e maior duração dos sintomas.

Posteriormente, o DSM foi revisto para aprimorar os critérios de definição do transtorno, e o resultado disso foi a alteração do nome desse transtorno para TDAH. Essas alterações foram importantes de muitas formas.

Em primeiro lugar, uma única lista de sintomas e um único ponto de corte substituíram as três listas (desatenção, impulsividade e hiperatividade) e pontos de corte separados do DSM-III. Em segundo lugar, a lista de itens agora baseava-se mais em dimensões empíricas do comportamento infantil das escalas de avaliação, e os itens e os pontos de cortes foram submetidos a um grande teste para determinar a sua

sensibilidade, especificidade e poder de distinguir o TDAH de outros transtornos psiquiátricos e da ausência do transtorno. Em terceiro lugar, enfatizou-se a necessidade de que os sintomas fossem estabelecidos como inadequados ao nível de desenvolvimento esperado para a idade mental da criança. Em quarto, a coexistência de transtornos do humor com o TDAH não mais excluía o diagnóstico de TDAH (BARKLEY, 2008, p.36).

Essa década terminou com o TDAH sendo considerado algo maléfico ao desenvolvimento, com natureza, na maioria das vezes, crônica, com uma predisposição biológica ou hereditária e com um impacto sobre as práticas escolares e sociais das crianças. Porém, sua seriedade, comorbidade e consequências eram comprometidas por fatores ambientais. O tratamento utilizado era por vários métodos e disciplinas profissionais trabalhando em conjunto, com interferência para aperfeiçoar o prognóstico a longo prazo do TDAH. As causas ambientais, como um dos fatores do transtorno, foi enfraquecida por evidências da hereditariedade. Já os fatores familiares/ambientais passaram a ser mais integrados ao TDAH. Contudo, o público passou dar atenção para a exagerada utilização de remédios estimulantes para o tratamento desse tipo de transtorno. E um ponto positivo foi que o aumento de apoio aos pais para o TDAH, aconteceu, quase ao mesmo tempo, que o repúdio ao uso desses medicamentos. A consequência disso foi que houve uma ação política que trouxe a promessa de compensar, fazendo com que a educação de crianças com TDAH fosse uma preferência política nacional em vários países, principalmente nos Estados Unidos, no início da década de 1990.

Na década de 1990, aconteceram muitos progressos na história do TDAH, principalmente o crescimento de estudos sobre a base neurológica e genética do transtorno e sobre o TDAH em adultos. Houveram vários estudos neuropsicológicos exibindo problemas na performance de crianças com TDAH em exames que mediam o desempenho das funções executivas ou do lobo frontal. A pesquisa nessa área, nas décadas precedentes, mostrava que havia pouca atividade cerebral, principalmente no funcionamento dos lobos frontais. Dessa forma, muitos estudiosos acreditavam que tinham motivos apropriados para desconfiar que o funcionamento demorado ou atrapalhado do cérebro poderia ser uma das causas desse transtorno.

Vemos que a maioria dos estudos mostra que a rede pré-frontal-estriatal do cérebro de crianças com o TDAH é menor, e a região pré-frontal direita é menor do

que a esquerda. Tais estudos fizeram com que o TDAH fosse relacionado com limites no desenvolvimento do cérebro, e mostraram que esses limites surgiam durante o desenvolvimento do embrião. As melhorias na tecnologia, na parte neurológica permaneceram, trazendo descobertas novas e importantes na busca pelas diferenças estruturais no cérebro, que causam esse transtorno.

Já na década de 1970, pesquisas mostravam que as crianças com TDAH apresentavam ter pais ou familiares com maior frequência de transtornos psiquiátricos, até mesmo o TDAH, e isso continuou até 1990. Durante esse período, várias pesquisas mostraram as evidências da natureza familiar do TDAH, pois uma parte significativa dos familiares de crianças com TDAH exibiam o transtorno. Esses estudos apresentaram que, se um dos pais tem TDAH, a possibilidade dos filhos terem o mesmo transtorno, é de um pouco mais de 50%. Então nessa época, houve uma grande implicação na hereditariedade como causa para esse tipo de transtorno.

Foi apenas nessa década que os pesquisadores consideraram o TDAH em adultos como um transtorno válido e essa consideração continua até hoje. Também nessa época, os médicos, psiquiatras, etc., passaram a considerar esse transtorno uma condição clínica, que precisava ter um diagnóstico correto e um tratamento adequado. Pesquisas mostraram que os estimulantes e antidepressivos tinham um grande efeito no controle do TDAH em adultos, e dessa maneira, puderam perceber que o TDAH em adultos se parecia muito com o TDAH encontrado em crianças, tanto como os sintomas, como também o tratamento.

Essa década terminou considerando o TDAH como um transtorno que tem mais influência por fatores neurológicos e genéticos do que por fatores sociais ou ambientais. Todos esses fatores são aceitos pela maioria dos profissionais que trabalham com esse transtorno, porém os fatores genéticos e neurológicos são mais utilizados para entender as causas do TDAH, do que os fatores sociais e ambientais.

Desde 2000 até os dias atuais, não foram sugeridas novas teorias sobre TDAH, porém as teorias já feitas em conjunto com os progressos da neuroimagem têm feito com que os estudos sobre a neuropsicologia do TDAH aumente, e tenha resultados que causaram uma ampliação na parte bibliográfica nessa área. Esses estudos mostram que esse transtorno ocorre por causa de um problema com a inibição comportamental, e indica que as dificuldades em se prestar atenção que são exibidas nesse transtorno, acontecem por causa de déficits no domínio

neuropsicológico mais extenso do funcionamento do cérebro, na parte do funcionamento executivo, principalmente a da memória de trabalho. Podemos dizer que com o passar dos anos o TDAH foi se tornando cada vez mais um transtorno oficial e um tema que ainda é estudado. Esse transtorno é visto por profissionais como uma deficiência do desenvolvimento. Ele foi um dos transtornos que afeta as crianças mais estudado, e agora faz com que o TDAH em adultos seja estudado e aceito.

3. O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

O Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH) é um problema considerado de saúde mental, e possui três características principais: a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade. Tal transtorno tem uma consequência ruim na vida dos que sofrem com ele, pois ele pode levar a problemas emocionais, de relacionamento, tanto familiar quanto social, e também a um desempenho insatisfatório no ambiente escolar.

É um transtorno muito comum hoje em dia, pois diversos estudos, inclusive realizados no Brasil, mostram que a prevalência desse transtorno varia entre 5% e 8% das crianças. Entre adultos, variam de 1,5% a 4%. Pode se acreditar que mais da metade das crianças que tiveram TDAH durante a infância entrarão na vida adulta com sintomas.

Fazendo uma projeção no Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006) teríamos os seguintes dados: temos uma população de 185.855.159 brasileiros. Entre 0 e 14 anos, temos 55.013.127. Se usarmos uma taxa bem conservadora de TDAH nesta idade, em torno de 3,5%, teríamos 1.925.459 de crianças e adolescentes com o transtorno. Entre 15 e 64 anos, temos 119.876.577 brasileiros. Se usarmos uma 1,5% para esta faixa etária, teremos 1.798.148 adultos com TDAH no país. Acima de 65 anos, não conhecemos a taxa de prevalência de TDAH. Se somarmos as crianças e adolescentes com os adultos, temos no Brasil 3.723.607 portadores de TDAH! (MATTOS, 2010, p.63).

3.1. Sintomas do TDAH

O TDAH, como citado anteriormente, pode ser caracterizado por dois conjuntos de sintomas: o primeiro grupo é a desatenção e o segundo a hiperatividade e impulsividade. Tais sintomas listados estão descritos no DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, 4ª edição), um manual que foi preparado pela Associação Psiquiátrica Americana. Este manual lista todos os sintomas de todas as enfermidades psiquiátricas existentes, e por esse motivo, os diagnósticos são mais

padronizados e mais homogêneos entre os profissionais que lidam com tais enfermidades.

Os sintomas da desatenção são:

- Cometer erros por falta de cuidado ou não prestar atenção nos detalhes;
- Ter dificuldade para se concentrar em tarefas;
- Costuma cometer erros de fala, leitura ou escrita;
- Presença de hiperfoco (muita concentração em um único assunto em certo período de tempo);
- Não prestar atenção quando outras pessoas falam;
- Ter dificuldade em obedecer a regras e instruções;
- Ter problemas em não terminar o que começou;
- Ser desorganizado com o que está a sua volta;
- Dificuldades de se organizar para fazer algo ou planejar com antecedência;
- Evitar tarefas que exijam demais;
- Perder coisas;
- Se distrair com coisas que não fazem parte do que está realizando;
- Esquecer tarefas e compromissos do dia-a-dia.

Os sintomas de hiperatividade/impulsividade são:

- Mexer mãos e pés quando está sentado ou se mexer em excesso na cadeira;
- Não ficar sentado por período maior de tempo;
- Se mexer muito em situações inadequadas;
- Ter uma sensação interior de inquietude;
- Ser barulhento em excesso e não conseguir ficar em silêncio quando necessário;
- Fazer várias coisas ao mesmo tempo;
- Ser extremamente agitado;
- Falar muito;
- Falar ou responder perguntas antes das frases terem sido finalizadas;
- Ter dificuldade em se esperar a vez;
- Se intrometer em conversas.

Contudo, estudos mostram que não é preciso ter todos esses sintomas para ter TDAH. São necessários ter seis sintomas de desatenção e/ou seis dos de hiperatividade/impulsividade para se falar na probabilidade do diagnóstico de TDAH, com predominância dos mesmos por um período superior a seis meses. Para um melhor diagnóstico é importante que os sintomas sejam observados desde a infância, antes dos 7 a 12 anos. Destaca-se também que é necessário apresentar os sintomas em pelo menos dois ambientes diferentes. Para se pensar no TDAH também é preciso que a desatenção e/ou hiperatividade causem prejuízos na vida da criança ou do adolescente, e é importante que as dificuldades no relacionamento ou dificuldades na escola estejam presentes, devido aos sintomas. Outro fator importante, é que os sintomas não podem ser explicados por outro problema, como por exemplo: ansiedade, depressão, etc.

Existem crianças e adolescentes com TDAH que podem conseguir ficar por um longo tempo quietas, atentas e concentradas em atividades em que a motivação é enorme e os estímulos são individualizados, pois o controle motor e a atenção são dependentes da motivação e das atividades individuais.

Atualmente, estudiosos como Rohde e Benczik (1999), e Mattos (2010), apontam que existem três tipos de TDAH:

- Forma predominantemente desatenta: as crianças, adolescentes e adultos que exibem este tipo têm a maioria dos sintomas de desatenção (no mínimo seis sintomas da lista apresentada anteriormente) e não exibem ou têm alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade (abaixo de seis sintomas da lista de hiperatividade/impulsividade apresentada anteriormente). Este tipo de TDAH aparenta ser mais encontrado em meninas, estar ligado a maiores dificuldades de aprendizagem, e também é a forma mais comum encontrada na população em geral.

- Forma predominantemente hiperativa/impulsiva: as crianças, adolescentes e adultos que exibem este tipo têm a maioria dos sintomas de hiperatividade/impulsividade (no mínimo seis sintomas da lista apresentada acima) e não exibem ou têm alguns sintomas de desatenção (abaixo de seis sintomas da lista de desatenção apresentada acima). Este tipo de TDAH aparenta ser mais encontrado em crianças menores, estar ligado a maiores problemas de

relacionamento e de comportamento, e também é a forma mais rara de ser encontrada.

- Forma combinada: as crianças, adolescentes e adultos que exibem este tipo têm, ao mesmo tempo, sintomas de desatenção e de hiperatividade/impulsividade (seis sintomas de desatenção e seis sintomas de hiperatividade/impulsividade). Este tipo de TDAH aparenta estar ligado a danos maiores na vida dos que apresentam o tipo combinado, e é a forma mais encontrada em clínicas, porque é o tipo de TDAH que mais causa dificuldades para o próprio portador e para os que estão a sua volta, o que faz com que a busca por ajuda para os portadores seja maior.

Outro fator importante do TDAH, é que os sintomas podem variar conforme o desenvolvimento e faixa etária do indivíduo. Em crianças pré-escolares (3 a 6 anos), os sintomas que se evidenciam mais são os de hiperatividade ligados as dificuldades em aceitar limites e frustrações. Já na idade escolar, pode existir uma combinação incerta dos sintomas de desatenção e de hiperatividade/impulsividade. Na adolescência e na fase adulta, os sintomas mais aparentes são a desatenção e a impulsividade.

Algumas pesquisas recentes do Brasil, consideradas por Rohde e Benczik (1999), têm mostrado que 3 a 6% da população de crianças de 7 a 14 anos exibem TDAH. Meninos exibem uma frequência maior de TDAH do que as meninas, pois estudos mostram que as meninas exibem mais a forma do TDAH predominantemente desatenta, e por esse motivo, incomodam menos na escola e em casa, e por consequência disso, são menos levadas para avaliação. Esta avaliação é importante, pois o diagnóstico do TDAH é clínico e baseado nos dados apresentados anteriormente. Tal diagnóstico só pode ser feito por um profissional de saúde mental, sendo médico ou psicólogo.

Um ponto importante a ser levado em conta no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade são os sintomas que não estão listados nos critérios tradicionais para se fazer o diagnóstico, mas que são muito comuns, de acordo com Mattos (2010) e Silva (2009):

- Baixa autoestima;

- Tendência a ter um desempenho abaixo do esperado para sua real capacidade;
- Depressões frequentes;
- Baixa tolerância ao estresse;
- Demora para começar ou fazer trabalhos;
- Dificuldade em manter relacionamentos sociais e afetivos;
- Dificuldade em orientação espacial;
- Adiamento crônico das coisas;
- Mudanças de interesse o tempo inteiro;
- Evitação e/ou intolerância de situações iguais ou repetitivas;
- Busca frequente por situações e coisas que estimulem ou que são diferentes;
- Variações de humor constantes;
- Dificuldades de fazer planos e manter-se neles por muito tempo;
- Dificuldades para se animar a fazer as coisas.

Segundo MATTOS (2010):

As crianças portadoras de TDAH apresentam mais problemas psicológicos que as crianças que possuem apenas dificuldades escolares (por outras razões), mas que não têm TDAH. Baixa auto-estima, oscilações grandes de humor, sensação de fracasso e instabilidade nas relações com os demais colegas são as queixas mais frequentes. As crianças e adolescentes com TDAH tendem a ser mais rejeitados pelos colegas. O mau rendimento escolar e as dificuldades nos relacionamentos contribuem muito para a sensação de mal estar (p.37).

O diagnóstico do TDAH é feito por entrevistas clínicas com uma pessoa especialista, utilizando os critérios definidos listados acima.

3.2. Causas do TDAH

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade tem muitas possíveis causas. O conhecimento científico sobre essas causas e suas influências sobre o

cérebro e a conduta humana tem crescido de uma forma significativa nas últimas décadas.

Segundo Barkley (2008, p.248): “[...] deve ficar evidente que fatores neurológicos e genéticos contribuem substancialmente para os sintomas do TDAH e para a ocorrência do transtorno em si [...]”.

Alguns estudiosos, como Rohde e Benczik (1999), acreditam que o transtorno se caracteriza por um déficit básico no comportamento inibitório, ou seja, algumas áreas do cérebro apresentariam como função comandar um tipo de “breque de inibição”, e por causa do problema no funcionamento deste “breque”, as crianças, adolescentes e adultos com este tipo de transtorno mostram maior hiperatividade e impulsividade. Outro problema dessas pessoas, que é confundido na maior parte das vezes é a desatenção, pois o problema não é o de prestar atenção, mas o de manter a atenção focada e por períodos maiores de tempo.

Estudos, também apreciados por Rohde e Benczik (1999), mostram que a presença da disfunção em crianças, adolescentes e adultos está em um área do cérebro conhecida como região orbital frontal. Essa região está situada na parte da dianteira do cérebro, logo na parte detrás da testa. Esta região é uma das mais envolvidas em humanos, e aparenta ser responsável por manter a atenção, pela capacidade de se estimular sozinho para fazer as coisas, pela capacidade de manter a estimulação por mais tempo, pela memória que depende da atenção, pelo autocontrole, pela inibição do comportamento e pelo planejamento do futuro. Pode acontecer também de outras áreas que têm conexão com a região frontal do cérebro não estarem funcionando da maneira correta, fazendo com que os sintomas de TDAH apareçam. Por esse motivo, alterações em uma parte chamada córtex parietal posterior, que é muito ligada a atenção, tem sido descobertas em pessoas que têm TDAH.

Por tais razões, sabe-se que as alterações que são responsáveis pelo transtorno podem ocorrer em diversos pontos interligados do cérebro.

Algumas pesquisas, analisadas por Rohde e Benczik (1999) e que não são conclusivas, evidenciam que existem alterações no funcionamento ou um problema na quantidade de certas substâncias localizadas na área frontal do cérebro, e que são chamadas neurotransmissores. Esses neurotransmissores tem como função

“transmitir informações” entre um neurônio e outro, possibilitando as ligações entre várias partes de uma área e entre uma área e outra. Os neurotransmissores que aparentam estar com algum problema, em quantidade ou em funcionamento, em pessoas que tem o TDAH são normalmente a dopamina e a noradrenalina. Porém, devemos lembrar, que é pouco provável que a diminuição de uma ou duas substâncias do cérebro possam explicar todos os sintomas encontrados no TDAH.

Exames e pesquisas feitas com a Tomografia por Emissão de Pósitrons (Pet Scan), para medir a atividade elétrica, atividade cerebral ou fluxo sanguíneo, mostraram que essa atividade cerebral medida, em pacientes com TDAH, é reduzida na região frontal do cérebro.

Atualmente, se tem um conhecimento maior sobre o que não causa o TDAH do que sobre as verdadeiras causas desse transtorno.

Estudos, considerados por Rohde e Benczik (1999), têm demonstrado uma significativa participação de um componente genético, ou seja, da hereditariedade na origem do transtorno. Tais estudos feitos com famílias mostram que 25% dos familiares em primeiro grau de crianças, adolescentes e adultos com TDAH também apresentam o transtorno. A prevalência do transtorno entre os parentes de crianças, adolescentes ou adultos afetados é de duas a dez vezes maior do que a população em geral. Pesquisas, também estudadas por Rohde e Benczik, sugerem que a hereditariedade explica entre 50 a 92% da multiplicidade de comportamentos hiperativos e impulsivos descobertos em crianças, adolescentes e adultos. Porém, não se deve esquecer que o que é herdado não é o transtorno em si, mas sim uma vulnerabilidade ou disposição para o mesmo. Outro ponto a ser lembrado é que a influência genética não significa que todos os indivíduos daquela família, do lado materno ou paterno, sofram do mesmo problema; significa apenas que a incidência do problema pode ser maior nessa família que tem a influência genética.

De acordo com Rohde e Benczik (1999), estudos também indicam que mulheres que apresentaram complicações na hora do parto mostrariam uma possibilidade maior de terem filhos com TDAH. Tais dificuldades poderiam funcionar como um “start” que faria os sintomas do TDAH serem desencadeados em quem já tivesse uma pré-disposição genética. Porém tal situação não mostra uma relação de causa e efeito. E nesse caso, a hereditariedade também poderia ser responsável pela manifestação do TDAH na criança. Outros trabalhos, também estudados por

Rohde e Benczik, mostram que altos níveis de chumbo no corpo de crianças possam estar ligados a um risco maior de condutas desatentas e hiperativas/impulsivas. Contudo, para que tenha essa ligação é necessário que altos níveis de chumbo sejam encontrados nessas crianças, o que é algo difícil de encontrar. Tal causa poderia explicar uma porção muito baixa e de escassa significativa dos casos de TDAH.

Pesquisas, estudadas por Benczik (2000), indicam também uma ligação entre o uso de álcool e de fumo durante a gestação, e a aparição do TDAH em quem tem tais atitudes. Quando a nicotina e o álcool são ingeridos durante a gestação, podem causar mudanças em algumas partes do cérebro do bebê, inclusive na região frontal orbital.

Outro fator pesquisado sugere que o modo de educar os filhos pode ser uma consequência do TDAH, mas não uma causa. As características familiares também podem funcionar determinando a gravidade ou a persistência para os sintomas desse transtorno. Nas características dessas famílias estão: funcionamento caótico da família; grau alto de desavença matrimonial; pouca instrução das mães; famílias com níveis socioeconômicos baixos; e famílias com somente um dos pais ou que o pai larga a família.

A alimentação e os hormônios são dois fatores que não tem evidências científicas de associação com o TDAH, porém muitas pessoas acreditam que tenham.

Com todos esses possíveis fatores, o que é mais aceito para explicar as causas do TDAH é o de uma vulnerabilidade hereditária do transtorno, que vai se mostrar de acordo com a presença de fatores ambientais, mas quanto maior a pré-disposição genética menor a importância dos fatores ambientais.

4. O ÂMBITO EDUCACIONAL E O TDAH

O professor e o educador têm papel essencial no processo de aprendizagem e na saúde mental de crianças e adolescentes com TDAH. Os professores são aqueles que mais facilmente percebem quando um aluno está tendo problemas de atenção, aprendizagem, comportamento, etc., e isso faz com que eles possam orientá-lo e conduzir seu processo de aprendizagem de maneira mais eficaz.

Em primeiro lugar, o professor ou educador deve procurar o máximo de informações e conhecimentos a respeito do transtorno para conhecê-lo realmente, e saber diferenciá-lo de preguiça, desobediência ou comportamento inadequado. Quanto mais informações tiverem sobre o problema, mais estarão preparados para lidar com os alunos de forma adequada. O conhecimento profundo do transtorno capacita esses profissionais a enxergarem o mundo através dos “olhos” dessas crianças ou adolescentes. Reconhecer como esses alunos se comportam, o porquê e quando, e saber principalmente o que pode piorar os comportamentos não desejados, e saber que várias vezes esses alunos não têm a intenção ou consciência de que estão sendo inconvenientes, possibilita aos profissionais da educação agirem de uma maneira preventiva. Ele deve evitar contatar os pais do aluno que tem TDAH somente nas horas de crises. O sucesso das crianças e adolescentes com TDAH depende de uma adequada relação e boa comunicação entre a escola e os pais, de uma forma frequente.

O estilo de professor, que parece e que pode mais se ajustar às necessidades do estudante com TDAH parece ser aquele que se mostra democrático, solícito e compreensivo; otimista, amigo e empático; dá respostas consistentes e rápidas para o comportamento inadequado da criança, não mostrando raiva ou ofendendo o aluno; bem organizado e que administra de forma adequada o tempo; flexível e que maneja os diversos tipos de tarefas; e que é objetivo e encontra meios de auxiliar o aluno a atingir as suas metas.

De acordo com ROHDE e MATTOS (2003, p.217), a presença de professores compreensivos e que dominem o conhecimento a respeito do transtorno, a disponibilidade de sistemas de apoio e oportunidades para se engajar em atividades

que conduzem ao sucesso na sala de aula são imperativas para que um aluno com TDAH possa desenvolver todo o seu potencial.

Não existem métodos nem uma maneira pedagógica particular para melhorar a atenção e o desempenho de uma criança ou um adolescente com TDAH, porém existem algumas sugestões, segundo Rohde e Benczik (1999), que os professores podem usar em seu trabalho com as crianças e adolescentes com TDAH. Estas são:

- Sentar com a criança ou adolescentes a sós;
- Perguntar para a criança ou adolescente qual a melhor maneira dela aprender;
- Dar um retorno para a criança ou adolescente sobre como ela está se saindo em sala de aula;
- Fazer um caderno como contato da escola para a casa e vice-versa;
- Mostrar os sucessos da criança ou do adolescente nas atividades;
- Elogiar sempre que for possível;
- Fixar as regras, instruções e combinados da sala de aula em um lugar que seja visível;
- As regras, instruções e combinados devem ser feitos de maneira breve e clara, evitando frases compridas;
- Transformar as tarefas em jogos sempre que for possível;
- Fazer avaliações mais pela qualidade e menos pela quantidade das tarefas;

Com as crianças e adolescentes com TDAH existem estratégias para o manejo do comportamento. É importante para o aluno com TDAH que o professor mantenha o esquema de trabalho o mais constante e previsível possível. No começo da aula, o professor pode planejar com os alunos as atividades e tarefas que serão desenvolvidas. Deve antecipar o que será realizado sempre que for possível. Avisar a criança quando for acontecer alguma transição ou mudança no esquema de trabalho que já havia sido feito, e ressaltar, de uma forma diferente, os pontos importantes. O professor deve sempre deixar explícito o que ele espera dos alunos, falando de uma maneira clara, deixando claro também o que pode e o que não pode ser feito.

O professor, segundo Rohde e Benczik (1999), deve dar preferência, sempre que for possível, para maneiras de ensinar que sejam participativas. Ele deve introduzir coisas novas nas aulas, para que a atenção do aluno com TDAH seja mantida. Sempre que possível, dividir as tarefas grandes em diversas tarefas pequenas, e dar os conteúdos passo-a-passo. O professor deve tentar utilizar diferentes recursos de ensino, pois muitas das crianças e adolescentes com esse transtorno aprendem melhor visualmente do que por meio de exposição oral, então ele deve usar figuras, recursos audiovisuais e cores, pois ajuda o aluno manter sua atenção. E quando o professor necessitar utilizar a voz, ele deve moldar sua voz. O docente também pode esquematizar os conteúdos de suas aulas. E um ponto que mantém a atenção das crianças e adolescentes é a leitura em voz alta, por isso, sempre que possível, o professor deve incentivar a leitura dessa forma.

O indivíduo com TDAH precisa de um nível maior de estimulação para fazer as coisas, porém se os estímulos forem dados de uma forma exacerbada, o aluno irá ficar superestimulado, o que é uma coisa ruim. Por esse motivo, além das rotinas, que são necessárias, é importante introduzir novidades nessa rotina, mas não se pode esquecer de que essas novidades devem ser feitas com um preparo prévio. As crianças e adolescentes com TDAH apresentam dificuldades para manter a atenção focada em uma única coisa, de acordo com Rohde e Benczik (1999), e por esse motivo, o professor pode colocar a criança ou adolescente com o transtorno sentado próximo de sua mesa, na primeira fila, pois dessa forma o docente pode supervisionar de uma forma mais fácil esse aluno. Classes com muitos estímulos também podem distrair alunos com TDAH, por isso é importante que os alunos com esse transtorno sentem longe de janelas.

De acordo com Rohde e Benczik (1999), o professor deve evitar ao máximo, reforços negativos, porém quando tais reforços forem necessários, explique para a criança o motivo desse reforço de uma maneira clara. É importante que a repreensão e a explicação sejam feitas e dadas rapidamente, e não muito depois dela ter mostrado o comportamento que não era desejado. Após cada repreensão, dê a chance da criança ou do adolescente repetir o comportamento que era errado, até ele acertar. É essencial que para essas crianças com o transtorno, exista um estabelecimento de reações com causa-efeito.

O profissional da educação não deve esquecer que, para crianças e adolescentes com TDAH, elogios, incentivos e demonstrações de amor são coisas que tem uma consequência bem positiva para o comportamento. Crianças e adolescentes com tal transtorno não conseguem lembrar por muito tempo a satisfação de seus comportamentos bons, por isso o sistema de elogios e recompensas só será positivo se for dado imediatamente após o comportamento adequado. Com o tempo e a repetição, a criança conseguirá saber quais são os comportamentos apropriados e não necessitará ser sempre recompensada de forma imediata. O docente deve dar mais atenção aos momentos bons. Não deve deixar passar a oportunidade de recompensar imediatamente a criança ou adolescente, quando ela tiver um comportamento adequado. Lembre-se de recompensá-la pelos pequenos atos que conseguir dar em direção do comportamento adequado.

Um ponto que o professor deve levar em conta é de permitir que o aluno com TDAH saia da sala de aula por alguns minutos em momentos que a desatenção ou hiperatividade estejam atrapalhando o indivíduo, pois essa atitude ajudará o aluno a se reorganizar internamente. E manter esse aluno longe de outros indivíduos que instigam a um comportamento inadequado também é essencial. Também precisa estar ciente que o aluno com TDAH tem potencial, e que pode ou não se desenvolver, como qualquer outro aluno.

É importante o diálogo entre o professor e o aluno com TDAH. O professor deve conversar com a criança ou adolescente sobre suas dificuldades. Quando o aluno puder ser envolvido nas discussões ele pode se tornar parte da “turma” ou do “projeto”. O professor deve tentar modificar o comportamento do aluno aos poucos, conversando e melhorando sua maneira de lidar com o aluno. O docente pode fazer com que o aluno com o transtorno tenha uma função na sala de aula, como por exemplo, ser o “ajudante”. Desta forma, o comportamento do aluno dentro de sala de aula pode melhorar, fazendo com que ele possa se movimentar mais do que os outros. Um “feedback” imediato sobre o comportamento da criança ou adolescente com o TDAH é muito importante para que ela possa se “policiar”.

Do mesmo modo como se ensina o conteúdo mais fácil e depois se progride para aquele mais difícil, as exigências devem começar pelas mais simples e depois passar para as mais complexas. Lembre-se, entretanto, de que aquilo que pode ser fácil para um aluno comum (como ficar sentado prestando atenção) pode ser difícilimo para um aluno que tem TDAH (MATTOS, 2010, p.124).

Muitas crianças e adolescentes com o TDAH conseguem ter um desempenho escolar satisfatório, porém várias delas tem um desempenho abaixo do esperado se comparado aos outros alunos. O TDAH pode ocorrer em crianças e adolescentes de todas as faixas de inteligência, ou seja, qualquer Q.I. pode ser encontrado em quem tem esse tipo de transtorno. Segundo Mattos (2010), essa inteligência do portador de TDAH é o que irá determinar se o aluno conseguirá “se dar bem” na vida apesar do transtorno.

De acordo com Silva (2009), o desempenho escolar de crianças e adolescentes com TDAH é, praticamente marcado pela instabilidade. Em um momento o aluno com esse transtorno pode ser brilhante, e em outro, pode não conseguir aprender o conteúdo. Esses momentos podem ser muito próximos um do outro e não é incomum que se alternem de um dia para o outro. A causa do sobe e desce do desempenho escolar é a inconstância de atenção e a hiperatividade, pois além da desatenção, existe também a incapacidade de se manter quieto em momentos que são necessários.

Segundo Benczik (2000), algumas pesquisas realizadas no Brasil por profissionais da educação, mostraram que 87% dos portadores de TDAH repetem o ano no mesmo ano/série mais de uma vez, quando comparados a estudantes que não eram portadores deste transtorno. Também foi observado que quase metade dos alunos portadores de TDAH já foram expulsos de outros colégios onde estudavam, por causa de seus comportamentos. Outro ponto encontrado na pesquisa é que 81% das crianças com TDAH apresentaram desempenho abaixo do esperado para a sua faixa de escolaridade. Apresentaram também um atraso escolar de pelo menos um ano ou mais, e apenas 19% apresentaram desempenho escolar compatível com o esperado para a sua idade. Essas pesquisas possibilitam,

compreender que o desempenho escolar dos alunos com esse transtorno depende de seus professores, da escola e da cooperação dos pais.

O TDAH por ser um distúrbio infantil, pode prejudicar a aprendizagem no âmbito escolar, pois existem relatos de pais e professores de crianças e adolescentes portadores do TDAH de que o transtorno prejudica todo rendimento escolar, mesmo quando a criança ou o adolescente demonstre interesse e capacidade de aprender. Por tal motivo, é muito importante que o professor e toda a equipe pedagógica estejam bem informados sobre as possibilidades de sintomas e de tratamento do quadro de TDAH, incluindo a medicação e os comportamentos inadequados. O professor deve entender que melhoria pode ocorrer em muitas áreas da vida do portador desse transtorno.

Atualmente, existem muitas informações sobre as dificuldades e transtornos de aprendizagem, mas o sistema educacional, segundo Rohde e Mattos (2003), é desenvolvido para alunos que não apresentam nenhum déficit de aprendizagem, e não estão preparados para receber uma criança com o diagnóstico e nem tão pouco podem observar a possibilidade de um aluno ser portador de TDAH, apesar da Lei de Diretrizes e Bases da Educação 9.349/96 dedicar um capítulo à educação especial, e deixar claro que as instituições educacionais devem adequar o ensino as necessidades especiais de qualquer aluno. Por esse motivo é importante escolher uma escola que leve em conta as diferenças individuais de aprendizagem e que apresentem diferentes métodos de ensino, para serem adaptados as necessidades das crianças e adolescentes. As escolas que usam diferentes critérios para avaliar o aluno e que consideram seus avanços individuais em vez de comparar ao geral da turma também é uma boa escolha de escola. Classes com poucos alunos também podem ajudar na individualização da atenção para esses alunos com TDAH, e mesmo em classes com uma quantidade maior de alunos, o portador desse transtorno deve fazer parte de grupos pequenos.

Os alunos que tem esse transtorno e estão inseridos no meio de alunos que não apresentam nenhum problema, muitas vezes são tratados de uma forma preconceituosa e com muito despreparo da parte dos professores e coordenadores, não oferecendo assim nenhuma assistência e apoio necessário a esse aluno. Por tal motivo, hoje em dia os professores e a escola devem estar preparados para receber

alunos com dificuldades e os pais devem estar atentos na hora da escolha, pois transtornos como o TDAH são muito comuns atualmente.

Com muita frequência as crianças e adolescentes com TDAH, considerados difíceis dentro da sala de aula são vistas e rotuladas pela escola como alunos mal criados, e muitos dos que sofrem com o transtorno acabam permanecendo sem ser diagnosticados e em muitos dos casos, o problema de aprendizado e de humor também são ignorados com frequência, sendo apenas punidos sem querer saber o porquê de tais comportamentos.

Apesar de todas as dicas e conselhos que os professores atuais recebem, eles não estão preparados para receber crianças diferentes. A escola e os professores não aceitam e não respeitam a entrada da hiperatividade através de seus alunos. A escola não está preparada para entrada de um aluno que vem de um modelo pós-moderno, e em consequência disso, não sabe preparar seus professores para isso. A escola e os professores ainda estão voltados para um aluno moderno, que vem da forma tradicionalista, sem dificuldades.

5. CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo compreender o que é o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, popularmente conhecido como TDAH, suas características, incluindo sintomas e causas, e como elas podem se manifestar no âmbito educacional. Foram apresentadas algumas visões sobre diferentes autores que tratam do tema.

Este trabalho contribuiu para compreender que o Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH) é um problema comum e atualmente há muitas crianças e adolescentes que frequentam a escola que possuem esse diagnóstico. O TDAH é considerado um problema que atinge a saúde mental, e que tem como base três principais características: a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade. Esse transtorno, geralmente, traz consequências ruins em várias áreas da vida dos que tem este problema, uma vez que esses podem ser estigmatizados na escola, e sofrem, em alguns casos, uma espécie de rejeição de seus pares. Como consequência, essa rotulação pode acarretar muitas implicações, como problemas no desempenho escolar, emocionais e de relacionamentos, tanto social como familiar.

Considera-se que o professor e o educador têm papel importante no processo de aprendizagem de crianças, adolescentes e adultos com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade uma vez que esses podem ter mais facilidade em perceber quando um aluno está tendo dificuldades de aprendizagem, problemas de atenção e de comportamento, etc. e encaminhá-los para um atendimento específico. O diálogo entre pais, professores e escola também é muito importante, pois dessa forma, o indivíduo com o transtorno pode ter um apoio múltiplo que englobe os vários aspectos de sua vida.

Neste trabalho, tivemos algumas limitações de estudo. Não foi possível entrevistar sujeitos que sofrem com o TDAH ou sujeitos que vivem com quem tem o problema. Também não foi possível fazer uma discussão entre pesquisas acadêmicas e artigos que abordassem o transtorno.

Acreditamos que pesquisas futuras sobre esse tema serão importantes para contribuir para professores, escola, pais, comunidade e para os indivíduos que tem o distúrbio.

6. REFERÊNCIAS

ABDA – Associação Brasileira do Déficit de Atenção. **O que é o TDAH**. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/o-que-e-o-tdah.html>>. Acesso em: 6 de março de 2013.

BARKLEY, Russel A. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: Manual para diagnóstico e tratamento. 3ª Ed. Porto Alegre: ARTMED, 2008.

BARKLEY, Russel A; BENTON, Christine M. **Vencendo o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Adulto**. Porto Alegre: ARTMED, 2011.

BENCZIK, Edyleine, B. P. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: Atualização Diagnóstica e Terapêutica: Um guia de orientação para profissionais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

BRASIL – LDB. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>>. Acesso em 23 de setembro de 2013.

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. **Attention - Deficit/Hyperactivity Disorder**. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Documents/ADHD%20Fact%20Sheet.pdf>>. Acesso em: 20 de agosto de 2013.

GÓMEZ, Ana Maria S; TERÁN, Nora E. **Dificuldades de Aprendizagem**: Manual de orientação para pais e professores. [S.l.]: Grupo Cultural, [19-].

MATTOS, Paulo. **No Mundo da Lua**: Perguntas e respostas sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. 9ª Ed. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

PHELAN, Thomas W. **TDA/TAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**: Sintomas, diagnósticos e tratamento – crianças e adultos. 1ª Ed. São Paulo: M. Books do Brasil, 2005.

ROHDE, Luís Augusto; MATTOS, Paulo. **Princípios e Práticas em TDAH**: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

ROHDE, Luís Augusto P; BENCZIK, Edyleine B. P. **Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade**: O que é? Como ajudar?. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

SÁNCHEZ, Jesús N. G. **Dificuldades de aprendizagem e intervenção psicopedagógica**. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

SILVA, Ana Beatriz B. **Mentes inquietas**: TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.