

## INTRODUÇÃO

Como educadoras, cada vez mais, nos deparamos com alunos que apresentam atitudes de desatenção, desorganização, inquietação, ansiedade que costumam provocar dificuldades de aprendizagem e/ou conduta.

A falta de preparo de professores, coordenadores e pais complicam a já caótica vida de alunos com essas características, que comumente são associadas a hiperatividade.

Talvez o maior problema em relação ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH.) ou *Attention Deficit Disorder (ADD)* está aliado ao fato de que o conhecimento sobre este transtorno ainda não é total na população leiga e até nas áreas médica e psicológica. Muitas pessoas com TDAH passam a sua vida inteira sendo acusadas injustamente de serem mal-educadas, preguiçosas, loucas, desequilibradas, impulsivas e desatentas.

O desconhecimento (por parte dos pais e professores) que existe sobre TDAH tem um motivo: a demora para se reconhecer este transtorno como um problema neuropsicológico e a controvérsia sobre se realmente TDAH pode ser reconhecida como um transtorno por si próprio.

Na década de 90, poucos autores tiveram a preocupação de estudar esse assunto. Há publicações e produções em algumas revistas especializadas em educação, material disponível na *Internet*, como *sites* nas áreas de psicologia, por exemplo: *PsiquWeb*

Autores ANASTOPOULOS (1990), BARKLEY (1999) entre outros têm procurado analisar a questão da Hiperatividade indicando possibilidade para o educado, pais e orientadores a lidarem com tais situações, que hoje podem ser observadas nas escolas e famílias.

Neste trabalho serão reunidas informações a fim de investigar e definir o TDAH, identificando e analisando suas causas, reconhecendo seus sintomas, comparando-os com outros problemas semelhantes, esperando que possa haver uma melhor compreensão do que seja TDAH e quais os recursos disponíveis para o seu tratamento.

Além disso, como os coordenadores e professores, frente a este desafio, podem orientar pais e família de crianças que apresentem este tipo de transtorno.

Em princípio os pais não aceitam e muitas vezes não acreditam nas pontuações feitas pela escola porque vêem seus filhos sem nenhuma dificuldade. Esta pesquisa visa identificar a melhor forma alertar pais e trabalhar em parceria com a família e desenvolver um trabalho significativo e eficaz.

Este trabalho consta de uma revisão da literatura sobre os possíveis indicadores do distúrbio do TDAH que possam ser detectados no comportamento das crianças, dando condições ao professor para encaminhá-las a uma orientação especializada. Foram utilizados, como fonte de pesquisa, *sites* da Internet buscando como palavras chave: Hiperatividade, TDAH, déficit de aprendizagem, hipercinesia, ADD (*attention deficit disorder*), ADHD (*attention deficit disorder hyperactivity*), livros que se remetem ao tema. O critério para a escolha dos textos referendados na pesquisa foi o de comparação por nível de significância.

## **CAPÍTULO 1 - HIPERATIVIDADE**

### **1.1. Histórico**

Embora problemas com comportamentos de agitação e falta de atenção em crianças e até em adultos estão longe de ser uma novidade, as primeiras referências aos transtornos de déficit de atenção/hiperatividade na literatura médica aparecem na metade do século XIX; e somente no início do século XX começou-se a descrever o quadro clínico de uma maneira mais sistemática.

Nos anos 30, estudiosos observaram que drogas estimulantes (metilfenidato e pemolina) aumentavam o nível de catecolaminas no cérebro, normalizando temporariamente o comportamento de crianças hiperativas e com fraco controle dos impulsos (SMITH e STRICK, 2001). Ao contrário do que algumas pessoas tem como verdade, os estimulantes atuam no cérebro inibindo as áreas responsáveis pela hiperatividade, ou seja, em vez de estimular, acabam acalmando a pessoa.

Na década de 40, foram publicados artigos os quais foram os primeiros a mostrar uma relação entre uma doença e os sintomas do TDAH (falta de atenção, impulsividade e hiperatividade). Em pouco tempo pessoas com este tipo de problema receberam uma nova e obscura descrição: “Disfunção cerebral mínima” e começaram a serem tratadas com dois estimulantes que tinham se demonstrado muito eficazes no tratamento do problema – Ritalina e Cyclert.

Na década de 50, por parte dos estudiosos houve uma tentativa de associar os problemas da “síndrome hiperkinética” com o tálamo, estrutura cerebral responsável pela filtragem de sinais somáticos provenientes do resto do corpo. Embora esta hipótese não pudesse ser provada, era o começo da ligação entre o TDAH e alguma estrutura cerebral.

Nos anos 60 as observações clínicas se tornaram mais apuradas e ficou cada vez mais aparente que a síndrome tinha alguma origem biológica e talvez até genética, absolvendo os pais de culpa pelo problema definitivamente na comunidade científica. A população em geral continuou culpando os pais, como ainda acontece até hoje em populações menos informadas. No final dos anos 60 muito já era sabido sobre TDAH,

mas a falta de novas evidências ligando a síndrome a bases biológicas começou a criar discussões sobre a existência da síndrome. Muitos acreditavam que o transtorno era uma tentativa de livrar os pais de culpa por seus filhos mimados e mal comportados. Devido à dificuldade de comprovação da lesão, sua definição adquiriu uma perspectiva mais funcional, caracterizando-se como uma síndrome de conduta, tendo como sintoma primordial a atividade motora excessiva. Ela nasce com o indivíduo; aparece já na pequena infância e quase sempre acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Depois deste período de incerteza, novas descobertas começaram a serem feitas ligando os problemas associados com o TDAH com certos tipos de neurotransmissores.

Na década de 80 vários autores especularam sobre o envolvimento dos lobos frontais no ADD devido à semelhança de sintomas apresentados por pacientes de TDAH e aqueles que sofreram danos aos lobos frontais devido a acidentes ou outros problemas. Em 1984 acharam evidências de uma deficiência de circulação sanguínea nos lobos frontais e no hemisfério esquerdo de pessoas portadoras de TDAH. Todos estes achados foram confirmados em 1990 graças ao desenvolvimento de novas tecnologias como o PET (Tomografia por Emissão de Positrões), que mostravam o funcionamento do cérebro in vivo. Através de exame de PET comparativos entre pessoas diagnosticadas com TDAH e controles, notou-se que os cérebros de pessoas com TDAH tinham um consumo de energia cerca de 8% menor do que o normal e que as áreas mais afetadas eram os lobos pré-frontais e pré-motores que são responsáveis pela regulação e controle de comportamentos, dos impulsos e dos atos baseado nas informações recebidas de áreas mais primitivas do cérebro como o tálamo e sistema límbico. Conforme estas novas evidências começaram a surgir e ficou claro que o TDAH estava realmente associada às alterações do metabolismo cerebral, acabando definitivamente com a dúvida sobre a real existência da síndrome e sua ligação biológica.

Assim, ainda na década de 80, o DSM IV (*American Psychiatric Association*) voltou a dar maior ênfase a hiperatividade e empregando o nome da patologia como Transtorno do *Déficit* de Atenção/Hiperatividade, significando a barra inclinada que o problema pode ocorrer com ou sem o componente de hiperatividade, outrora considerando o sintoma mais importante e definidor do quadro.

Ainda na década de 80, a partir de novas investigações, passou-se a ressaltar aspectos cognitivos da definição de síndrome, principalmente o *déficit* de atenção e a impulsividade ou falta de controle, considerando-se, além disso, que a atividade motora excessiva é resultado do alcance reduzido da atenção da criança e da mudança contínua de objetivos e metas a que é submetida. É uma doença reconhecida pela OMS (Organização Mundial da Saúde), tendo inclusive em muitos países, lei de proteção, assistência e ajuda tanto aos que têm este transtorno ou distúrbios quanto aos seus familiares. Há muita controvérsia sobre o assunto. Há especialistas que defendem o uso de medicamentos e outros que, por tratar-se de um Transtorno Social, o indivíduo deve aprender a lidar com ele sem a utilização de medicamentos.

## 1.2. Definição

É comum na área de educação hoje em dia, ouvir-se falar sobre hiperatividade; na realidade, as crianças pequenas apresentam características de desatenção e excesso de agitação, mas quando estes sinais persistem após os cinco anos, é possível ser um distúrbio chamado de transtorno de déficit de atenção com hiperatividade. (TDAH).

O termo hiperatividade tem sido atualmente substituído pelo termo “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) por ser mais apropriado à inclusão dos problemas coexistentes. BARKLEY (1999, p.42) propôs uma definição mais abrangente do transtorno:

“O transtorno de *déficit* de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno do tempo de atenção, impulsividade e/ou hiperatividade, assim como do comportamento controlado por regras, no qual estes déficits são significativamente inapropriados para a idade mental da criança; tem seu início na primeira infância; é significativamente transitacional por natureza; é geralmente crônico ou persistente ao longo do tempo; e não é resultado direto de atraso severo de linguagem, surdez, cegueira, autismo ou psicose infantil”.

Segundo este autor, sendo o TDAH um transtorno do desenvolvimento do autocontrole e de condutas sociais, ele é crônico e sem cura. O tratamento deve

ênfatizar o manejo e o enfrentamento, pois, se bem conduzido, pode reduzir sensivelmente os problemas decorrentes do TDAH, mas uma eliminaçãõ completa não é possível.

BARLEY (1999, p.43) afirma que crianças que apresentam TDAH podem exibir uma variedade de outros problemas emocionais e comportamentais associados e que tais dificuldades podem ao longo da vida do indivíduo. Alguns destes problemas envolvem as áreas:

1. comportamental (curto período de atenção; distração; agitação; déficit no controle de impulsos);
2. social (relação inadequada com pares; desobediência a comandos; agressão; mentira; roubo; linguagem obscena e desrespeitosa; déficit de autocontrole; pouca habilidade, pobres de resolução de problemas);
3. cognitiva (imaturidade no raciocínio e pensamento; desatenção e distração; inteligência abaixo da média; falta de consciência do próprio comportamento; ausência de perspectiva em relação a conseqüências futuras de seu comportamento);
4. acadêmica (sub-realizações para sua inteligência; problemas específicos de imprevisível e variável);
5. emocional (depressão; baixa auto-estima; excitabilidade; baixa resistência à frustração; humor imprevisível e variável);
6. física (crescimento ósseo imaturo; enurese/encoprese; aumento de infecções respiratórias; aumento da freqüência de alergias; sistema nervoso central com baixa reatividade; ciclos curtos de sono; alta tolerância à dor; má coordenação motora).

Para ROHDE & BENCZIK (1999) sendo o transtorno é de origem genética e impede a criança de concentrar-se numa tarefa podendo resultar em um déficit de atenção e em sérias dificuldades de aprendizagem.

“Trata-se de um problema de saúde mental que possui três características básicas: a desatenção, a agitação (ou hiperatividade) e a impulsividade. Este transtorno tem um grande impacto na vida da criança ou adolescente e das pessoas com as quais convive. Pode levar a dificuldades emocionais, de relacionamento familiar e social, bem como a um baixo rendimento escolar”.(ROHDE & BENCZIK, 1999, p. 37).

Os problemas de atenção impedem que haja a seleção da informação essencial para que ocorra a aprendizagem. FONSECA (1995), considera a presença de dois ou mais estímulos como prejudicial a essas crianças, tanto ao nível visual como auditivo, e ainda comenta que conforme estudos atuais à atenção é controlada pelo tronco cerebral, e uma vez afetada esta unidade funcional, o cérebro está impedido de processar e conservar a informação, pondo em risco as funções de decodificação e codificação.

“Quando não ocorre à seleção da informação o córtex poderá tornar-se confuso na hora de identificar a informação como relevante ou irrelevante e em algumas tarefas que precise mudar o controle da atenção, dificilmente as crianças com dificuldades de aprendizagem conseguem concluir esse processo”.(FONSECA, 1995, p. 253).

Além dos problemas de atenção, as crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam problemas perceptivos e de memória. O desenvolvimento perceptivo dependerá do desenvolvimento motor, portanto, o estágio sensório-motor é de grande relevância para o desenvolvimento da criança. FONSECA (1995) acrescenta que:

A capacidade perceptiva de discriminar, analisar, sintetizar, reconhecer e armazenar estímulos e suas relações está indissociavelmente ligada à manipulação de objetos e à elaboração de respostas simples, compostas e complexas. O reconhecimento do objeto (contorno, forma, comprimento, largura, orientação, etc.) é inseparável da sua manipulação, motivo pelo qual a percepção envolve reciprocamente um componente motor.” (FONSECA, 1995, p. 255)

Em relação aos problemas de memória o autor acima citado aponta a memória e a aprendizagem como processos indissociáveis, assegurando como ser essa a razão pela qual as crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam constantemente problemas de memorização, conservação, consolidação, retenção, memorização, rechamada (visual, auditiva e tatoquinestésica), etc, da informação anteriormente

recebida.(FONSECA 1995, p. 266). Como conseqüência dessas falhas na memória, é importante lembrar que conforme FONSECA (1995):

“Esquecer é também sinônimo de desaprender, provavelmente porque não se operou uma organização interna que envolve processos neurológicos determinados. Os estímulos que estão na base da aprendizagem precisam ser identificados e discriminados, mas também armazenados, para que possam estar disponíveis e acessíveis para as funções expressivas”.(FONSECA, 1995, p. 268).

No caso de LEWIS (1993) notava-se a incapacidade em discriminar, analisar e elaborar respostas simples, em reconhecer objetos diferenciá-los conforme tamanho, largura, comprimento, forma e confirmando que a falta de estímulos suficientes no estágio sensório motor comprometeu o desenvolvimento motor do aprendiz, apresentando problemas perceptivos e de memória.

### **1.3. Causas e características**

As possíveis causas de TDAH podem ser a hereditariedade, problemas durante a gravidez ou no parto, exposição a determinadas substâncias (chumbo) ou problemas familiares como: um funcionamento familiar caótico, alto grau de discórdia conjugal, baixa instrução, famílias com baixo nível socioeconômico, ou famílias com apenas um dos pais. Famílias caracterizadas por alto grau de agressividade nas interações, podem contribuir para o aparecimento de comportamento agressivo ou de oposição desafiante nas crianças.

Segundo GOLDSTEIN (1999), alguns fatores podem propiciar o aparecimento do TDAH quando em condições favoráveis, por isso as causas do TDAH são de uma vulnerabilidade herdada ao transtorno que vai se manifestar de acordo com a presença de desencadeadores ambientais. A ansiedade, frustração, depressão ou criação imprópria podem levar ao comportamento hiperativo.

Aspectos genéticos são significantes, principalmente entre os meninos. Pesquisadores verificaram que pais e irmãos de crianças com TDAH também foram (ou não) acometidos por esta afecção.

Devido a grande probabilidade de uma pessoa com TDAH ser proveniente de uma família com um histórico de problemas psiquiátricos e neurológicos, como o próprio

TDAH, alcoolismo, dislexia, etc. Somado ao fato de alguns neurotransmissores, e levando em conta a diferença existente na proporção da incidência relacionada ao sexo. Tudo isso leva os pesquisadores a considerar fatores genéticos como sendo a causa do TDAH. Por esta hipótese o TDAH não seria causado por um gene particular, mas sim por uma união entre vários genes.

Embora a hipótese genética possa fornecer algumas respostas sobre a causa do TDAH é sabido que a ocorrência de TDAH está muitas vezes correlacionadas a problemas durante a gravidez e no parto, inclusive com relatos de traumatismos neonatais. Este fato levanta a dúvida se realmente haveria apenas uma causa para o TDAH, pois aparentemente não deveria haver uma relação entre a genética do TDAH e estes problemas.

Alguns autores propõem que o TDAH na verdade poderia ser devido a causas multifatoriais em que a genética e o ambiente colaborariam para a gênese do problema.

Para ROHDE & BENCZIK (1999, p. 39), o TDAH pode ser caracterizado por dois grupos de sintomas:

- (1) desatenção e
- (2) hiperatividade (agitação) e impulsividade.

No grupo de desatenção as crianças com TDAH não conseguem prestar atenção a detalhes, cometem erros por descuido, demonstram uma grande dificuldade para concentrar-se em tarefas e ou jogos e por não conseguirem prestar atenção ao que lhes é dito, dão a impressão de estarem no “mundo da lua”; além disso, dificilmente conseguem terminar algo que começam a fazer, não conseguindo também seguir as regras e as instruções; são desorganizadas com materiais e tarefas evitando atividades que são exigidas um esforço mental maior; costumam perder coisas importantes facilmente e distraem-se com coisas que não têm nenhuma relação com o que está sendo feito.

Como sintomas do grupo de hiperatividade/impulsividade ROHDE & BENCZIK (1999) citam a incessante movimentação que essas crianças fazem com as mãos e os pés quando estão sentadas e das dificuldades em manterem-se sentadas por muito

tempo; são crianças que parecem ter uma sensação interna de inquietude e por isso chegam a pular e a correr demasiadamente em situações inadequadas; ao jogar ou brincar, são muito barulhentas, agitadas, falam demais, respondem às perguntas quase sempre antes de terem sido terminadas, não suportam esperar a vez e intrometem-se nas conversas e jogos dos outros constantemente.

De acordo com as pesquisas mais recentes a criança precisa apresentar, pelo menos, seis sintomas de desatenção e seis dos sintomas de hiperatividade/impulsividade para que se possa pensar na possibilidade do diagnóstico de TDAH.

Segundo TREDGOLD apud LEWIS (1993, p. 387), no ano de 1908, o termo “disfunção cerebral mínima”, foi elaborado para classificar crianças que se mostravam impulsivas, desatentas e hiperativas. Contudo, não foi comprovado seguramente esse dado em todas as crianças com TDAH. Da mesma forma, foram acrescentados outros fatores como possíveis causas do TDAH: anormalidades genéticas, lesão perinatal, infecções, envenenamento por chumbo, traumatismo na cabeça, transtornos metabólicos, transtorno dos neurotransmissores, problemas dietéticos e fatores psicossociais.

Há uma alta incidência do transtorno em meninos, levando-se a acreditar que o problema possivelmente está relacionado também ao hormônio masculino testosterona.

Como diagnóstico diferencial LEWIS (1993, p. 387) inclui transtorno de ansiedade, transtornos afetivos, transtornos de conduta, transtornos de personalidade anti-social, dificuldades severas de aprendizagem e retardo mental.

O autor ainda alerta para que uma vez sendo confirmado o diagnóstico, o tratamento seja logo iniciado, pois caso contrário, a criança passará a ser punida, ao invés de ser tratada, podendo assim, ocorrer um comprometimento severo em sua auto-estima, que poderá ocasionar uma depressão, um comportamento agressivo e conseqüentemente um fracasso escolar.

#### 1.4. Sintomas

O TDAH é caracterizado por uma série de sintomas nem sempre claros e facilmente distinguíveis de outras patologias psiquiátricas (nos seus casos mais graves) ou da normalidade (nos casos mais leves). De uma forma geral, pessoas com este transtorno tende a apresentar problemas como: dificuldade de atenção e concentração, problemas de aprendizado, distúrbios do comportamento, instabilidade e hiperatividade, distúrbios motores, retardos na fala.

Desatenção, hiperatividade e impulsividade, são os três sintomas clássicos deste transtorno. O DSM-IV-TR subdivide o TDAH em três tipos: Predomínio de sintomas de Desatenção, Predomínio de sintomas de Hiperatividade/impulsividade e Combinação de mais de um tipo.

A Dificuldade de atenção e concentração talvez seja o fator que mais caracteriza o TDAH é a falta de capacidade do indivíduo se concentrar e prestar atenção no que está sendo apresentado a ele sem se distrair com qualquer outro estímulo. Aparentemente, a pessoa com TDAH, sente uma necessidade extrema de prestar atenção em estímulos novos e muitas vezes irrelevantes. Pessoas com TDAH passam a impressão que nunca conseguem completar nenhuma tarefa iniciada, pois assim que começam uma nova empreitada facilmente se distraem e passam a fazer outra coisa e assim sucessivamente deixando um rol de tarefas incompletas assim que elas vão passando de uma para outra. Estas pessoas também apresentam uma dificuldade de memorizar coisas e se lembrar de compromissos, encontros, onde deixou certos objetos (como chaves).

Esta falta de atenção leva muitas vezes a problemas profissionais devido à falta de produtividade e também a problemas de relacionamento, pois a falta de atenção causa a impressão em outras pessoas de que elas são sem importância.

Quanto aos problemas de aprendizado, o indivíduo com TDAH costuma a apresentar problemas com o aprendizado seja através da dificuldade em prestar atenção e manter a concentração como já foi mencionado ou por outros problemas como a dislexia, disgrafia, além de problemas sociais no ambiente escolar por causa dos problemas de comportamentos e isolamento.

Freqüentemente esta dificuldade acaba levando a pessoa a assumir uma atitude negativa perante o estudo e à escola devido às dificuldades que encontra. A falta de compreensão do círculo social do indivíduo com TDAH leva a uma condição onde a pessoa passa a ser acusada de preguiçosa, burra, etc. o que só piora ainda mais a situação abrindo caminho para comportamentos patológicos e anti-sociais.

Muitas vezes este problema podem ser compensados ou pela vontade do indivíduo ou pela atitude perante o problema das instituições de ensino. O indivíduo, muitas vezes, até mesmo sem perceber, desenvolve técnicas para poder superar as suas deficiências. Entre estas técnicas estão o uso de acessórios de estudo coloridos e chamativos para não dispersarem a atenção com outros estímulos, uso de lembretes, chaves coloridas. Em relação às instituições de ensino, muitas delas estão desenvolvendo salas de aula especialmente planejadas para estes alunos e programas especiais para o reforço do estudo. As salas de aula para pessoas com TDAH são projetadas de forma a ter o menor número possível de estímulos distrativos e os programas especiais tentam sanar as deficiências e dar suporte psicológico ao aluno com TDAH.

Em relação aos distúrbios de comportamento, é muito difícil separar os problemas comportamentais primários dos secundários, quando se fala em TDAH. O indivíduo com TDAH tende a exibir um comportamento irrequieto que faz com que as pessoas à sua volta o tratem de uma forma diferenciada. Na maioria das vezes esta diferenciação é negativa, se manifestando através da exclusão social do indivíduo por causa da sua inabilidade de se manter quieto, de praticar esportes ou a sua tendência de quebrar coisas.

Muitas vezes os indivíduos com TDAH têm a tendência de se sentir excluído, pois o seu comportamento leva outras pessoas a lhe chamarem de preguiçoso, problemático, estranho e até mesmo louco. Este tipo de exclusão vai levar o indivíduo a desenvolver problemas psicológicos que podem seguir duas direções opostas dependendo da estrutura pessoal do indivíduo: a introversão ou o comportamento anti-social.

A introversão ocorre quando o indivíduo resolve se submeter às regras que lhe são impostas, escondendo o seu verdadeiro comportamento, se separando das

relações sociais por ser achar demasiadamente incompetente para tal coisa e muitas vezes acaba entrando em depressão por sentir que não é aceito pelo seu jeito de ser.

O comportamento exibicionista pode aparecer quando o indivíduo mostra a sua ira através de agressividade. Este tipo de comportamento tende a ser o principal motivo pelo qual os pais acabam levando a criança para uma consulta com um especialista de saúde mental.

Não são raros também os casos de comportamentos anti-sociais ligados ao TDAH como vício em drogas (causados pela vontade de resolver o problema), alcoolismo, destrutividade, agressões sexuais, etc. Este tipo de comportamento tende a ocorrer quando o TDAH não é diagnosticado e tratado a tempo, pois é uma forma do paciente expressar a sua desesperança com este tipo de comportamento. Embora não conseguimos achar trabalhos sobre o assunto não é difícil levantar uma hipótese de um número maior de suicídios entre pessoas com TDAH do que em pessoas normais, tamanha é a dificuldade que estes pacientes encontram em se adaptar à vida social.

Com relação aos distúrbios motores, as pessoas, especialmente crianças com TDAH, apresentam distúrbios como a não coordenação e a hiperatividade.

A não coordenação se manifesta através de dificuldades ou atrasos em atividades como andar de bicicleta, amarrar os sapatos e escrever. Pode se manifestar também pelo jeito desajeitado que a criança mostra ao interagir com o mundo. Alguns autores fazem uma comparação deste comportamento afirmando que ele se aparenta a aquele que supostamente seria exibido por um *King Kong* tal é o modo grosseiro e desajeitado destes movimentos. Os objetos ao seu redor correm permanente perigo: as pontas dos lápis, os copos, os botões das camisas, as cadeiras que são colocadas à prova quando sobre elas se atiram para sentar, os brinquedos, o aparelho de TV, enfim, tudo que esteja ao seu alcance.

A hiperatividade se apresenta através da dificuldade do indivíduo em controlar os seus movimentos. O indivíduo é incapaz de ficar mais do que alguns segundos parados sem realizar um movimento inútil. Mesmo quando as condições exigem, ele não é capaz de ficar parado, quando, por exemplo, esta pessoa tem que ficar sentada, ela começa a apresentar movimentos nos membros.

Esses distúrbios motores são um dos principais motivos de queixas de professores e pessoas em geral que lidam com o indivíduo com TDAH. Um dado interessante é que os pais parecem se tornar acostumados com estes distúrbios nos seus filhos, pois dados levantados por LEFEVRE (1978) apontavam que embora só uma pequena parcela dos pais se queixassem da hiperatividade dos seus filhos (cerca de 15%), os exames clínicos posteriores demonstraram que quase cerca de 65% das crianças estudadas apresentavam hiperatividade.

Quando se trata de retardos da fala, os indivíduos com TDAH apresentam em alguns casos retardos na fala que pode se apresentar em 3 tipos diferentes, por ordem de freqüência: 1- retardo da aquisição, 2- dislalias, 3- distúrbios de ritmo.

Os retardos na aquisição se caracterizam pela diferença apresentada pela criança entre o que seria esperado dela em termos de produção verbal em relações ao seu desenvolvimento neuropsicológico e o que realmente ela consegue produzir. Os testes de desenvolvimento psicomotor são apropriados para medir esta diferença, já que a criança apresenta uma discrepância entre o setor da fala e os demais. Não são raros casos de crianças com TDAH que chegam à idade de alfabetização com a falta ainda não totalmente desenvolvida.

As dislalias, ou seja, a troca de fonemas, também podem ser apresentadas por criança com TDAH em uma idade muito superior ao que normalmente seria esperado. É importante salientar que este problema deve ser corrigido o mais cedo possível, pois com o tempo a criança pode acabar incorporando a dislalia como parte da sua linguagem normal, tornando a correção do problema muito mais difícil.

Os distúrbios de ritmo se apresentam através do *clutter*, ou seja, a falta de separação nítida entre uma palavra e outra tornando difícil a compreensão do que está sendo dito. Muitas vezes este problema é confundido por leigos como sendo uma espécie de gagueira, mas é importante diferenciar o diagnóstico para evitar problemas e facilitar o tratamento do problema.

ROBERTSON (1987, p.74) propõe uma divisão das crianças com TDAH em três grupos, com base em diferentes características comportamentais e fatores etiológicos, que pode ser útil para a seleção das estratégias de tratamento: hiperatividade neurológica; hiperatividade ansiosa; e hiperatividade não socializada. Segundo este

autor, cada uma requer diferentes recomendações de manejo médico, psicológico, educacional e parental e precisam ser diferenciadas do nível normal de atividade para cada faixa etária.

Resulta de disfunção no sistema nervoso central (SNC), embora tal disfunção possa ser mínima e não detectável pelo eletroencefalograma. As disfunções no SNC podem ser de origem genéticas ou adquiridas, em complicações pré, peri ou pós-natais. Causas pré-natais são sangramentos durante a gravidez, intoxicações, traumas ou doenças de mãe que causem prejuízo à maturação do feto. Complicações neonatais podem envolver anoxia, trauma cerebral pelo uso de fórceps, nascimento prematuro, icterícia ou hemorragia cerebral. Entre as causas pós-natais mais comuns estão encefalite, meningite, desidratação, tumores cerebrais, desordens degenerativas e traumas. São diversos os indicadores neurológicos e, por esse motivo é necessário avaliar a história do desenvolvimento da criança desde a gestação.

Assim como na hiperatividade comportamental, na neurológica a criança é usualmente descrita como tendo um alto nível de atividade desde o nascimento. Problemas para dormir são freqüentes, muitas dessas crianças dormem tarde e acordam cedo e têm dificuldade em tirar uma soneca durante o dia. Pode haver uma sensível diminuição no nível de atividade em situações um a um, quando comparadas a situações de grupo, por causa da diminuição dos estímulos ambientais. Na escola, a criança com hiperatividade neurológica se mostra constantemente agitada, desatenta e distraída, a despeito do tipo de atividade e da hora do dia.

As crianças com hiperatividade ansiosa usualmente têm uma história de desenvolvimento físico e social livre de indicadores neurológicos e apresentam características de desenvolvimento normal antes de um evento ou situação estressora. Os marcos do desenvolvimento são encontrados em idade normal e não há preocupação dos pais com hiperatividade antes do episódio estressor. O estado de ansiedade pode ser desencadeado por um evento específico, como divórcio, problemas conjugais dos pais, morte na família, doença, abuso sexual ou físico, medos reais ou imaginários. Talvez a característica que mais distintiva seja o relato, pelos pais, de um nível de atividade normal anterior ao evento específico desencadeador da ansiedade.

Na sala de aula, a criança com hiperatividade ansiosa se comporta, qualitativamente, de forma diferente da criança neurologicamente hiperativa. Há uma variabilidade no nível de atividade que vai da quietude à agitação. Há grande atividade e impulsividade em situações emocionalmente carregadas ou não estruturadas, durante as quais a criança fica preocupada com a situação estressora. Em situações estruturadas ou atividades emocionalmente neutras, a criança, freqüentemente, fica temporariamente livre da ansiedade, pelo seu envolvimento na atividade em curso.

A criança com hiperatividade não socializada tem um perfil característico. Como no caso da hiperatividade ansiosa, a história de seu desenvolvimento revela ausência de indicadores neurológicos. A criança não socializada evidencia hiperatividade no começo da escolarização formal. A hiperatividade não socializada freqüentemente leva o rótulo de imaturidade pelo professor, que repetidamente se frustra em tentar conformar o aluno às regras e limites mais básicos da classe, como ficar sentado, prestar atenção e cumprir as tarefas.

Entrevistas com pais de hiperativos não socializados indicam desprezo similar, por parte destas crianças, às regras e limites em casa. Eles relatam dificuldades, desde muito cedo, em fazer a criança obedecer (dois ou três anos) e o ou a falha no treino social dentro da família e significativa inconsistência na educação. Em algumas famílias, a disciplina pode ser exercida por um pai rígido e autoritário e uma mãe permissiva. Em famílias monoparentais, o pai/mãe pode oscilar entre firmeza e permissividade.

Tais inconsistências levam a sério problemas para a criança, em internalizar adequadamente um conjunto estável de regras e limites para controlar seu próprio comportamento. A criança desenvolve um padrão “camaleão”: segue as regras da mãe quando com a mãe, as regras do pai, quando com o pai e talvez um terceiro conjunto de regras quando com o professor. Nenhum destes conjuntos de regras são suficientemente seguidos e obedecidos para compor uma socialização adequada.

Na classe, a criança com hiperatividade não socializada tem um nível de atividade e atenção variável e flutuante. Se a atividade for interessante, ela poderá ser mantida por 45-60 min, com mínima distração ou agitação. Quando a tarefa for desagradável ou difícil, a criança poderá ficar irrequieta, contorcer-se na cadeira,

esquecer de ficar sentada, interromper com questões irrelevantes e, passiva ou abertamente, não obedecer às instruções do professor para completar as tarefas.

### **1.5. Avaliação Diagnóstica**

Muitas vezes, o diagnóstico do TDAH é complicado pela dificuldade de diferenciação deste problema em relação a outros problemas físicos, psicológicos ou até a normalidade. Por este motivo é essencial que o diagnóstico seja feito por uma equipe multidisciplinar composta de médicos, psicólogos, pedagogos junto com um detalhado histórico da doença como já foi afirmado acima.

Em algumas culturas e em alguns grupos humanos pode existir uma Pseudo-TDAH, ou seja, comportamentos que se assemelham a aqueles apresentados com pessoas com TDAH, mas causados não por fatores biológicos, mas sim culturais, ambientais ou sociais, por este motivo, acreditamos que é essencial para o profissional de saúde mental estarem informados e levarem em consideração fatores exógenos em seu diagnóstico.

Todos estes problemas podem ser resolvidos ou atenuados através da qualificação dos profissionais envolvidos no processo. Sensibilidade, técnica, conhecimento teórico e experiência são indispensáveis para que o profissional tenha condições de realizar um diagnóstico correto de TDAH, especialmente naqueles casos mais complexos. A linha divisória entre TDAH e outros problemas ou a normalidade ainda, muitas vezes, não é clara.

Para avaliar uma criança, é importante que nenhuma informação isolada confirma ou descarta a possibilidade de uma possível hiperatividade. Existem, sim, muitos aspectos comportamentais e de desenvolvimento que sugerem hiperatividade.

Uma avaliação minuciosa de hiperatividade inclui uma coleta de informações sobre a criança. São elas:

a) Desenvolvimento e história social – deve-se coletar a história completa de desenvolvimento da criança. Especial atenção deve ser dada aos fatores pré e pós-natais, aos marcos do desenvolvimento, problemas comportamentais, problemas de

sono e seguimento de regras e limites. A história detalhada do nível de atividade durante os primeiros anos de vida é tão importante quanto a informação sobre o funcionamento social e emocional da criança. A avaliação das práticas educativas dos pais pode ajudar a diferenciar entre hiperatividade neurológica e déficits de socialização. Para avaliar a hiperatividade ansiosa, devem-se obter informações sobre situações presentes e passadas da vida da criança potencialmente geradora de ansiedade.

b) Entrevista com professores – alguns componentes importantes da avaliação podem ser obtidos com os professores: informações sobre constância ou variabilidade da hiperatividade, tempo de atenção e grau de distração. É freqüentemente útil identificar respostas emocionais dos professores aos problemas apresentados pela criança. Crianças com hiperatividade neurológica provocam sentimentos de frustração e impotência por parte do professor. Crianças com hiperatividade ansiosa geram simpatia e crianças não socializadas, invariavelmente, provocam sentimento de raiva.

c) Observações na sala de aula – vários períodos curtos de observação (15-20 min), estendidos por vários dias, fornecem melhores informações para o diagnóstico diferencial do que longos períodos (40-60 min). De particular importância são a constância versus a variabilidade da hiperatividade, a duração da atenção e o nível de distração. Observações estruturadas e não estruturadas permitem avaliar o comportamento da criança na tarefa e fora da tarefa e, assim, avaliar os efeitos do problema sobre a aprendizagem escolar.

d) Avaliação psicopedagógica – grande parte das crianças hiperativas tem problemas de aprendizagem (70% a 80%). Deste modo, avaliações acadêmicas e de inteligência são necessárias para identificar possíveis problemas de aprendizagem. O hiperativo neurológico pode ter déficits cognitivos em algumas áreas, que estejam contribuindo para seu fraco desempenho acadêmico. O hiperativo ansioso geralmente tem seu funcionamento intelectual e acadêmico intactos, mas um rebaixamento geral do desempenho acadêmico após o episódio estressor. Já o hiperativo não socializado

tem habilidades intelectuais relativamente intactas, mas seu desempenho acadêmico se situa abaixo do seu nível de habilidade por causa de seus problemas motivacionais.

Quanto ao processo pelo qual a criança será avaliada para se obter um diagnóstico de hiperatividade, este deve incluir cinco etapas fundamentais:

1ª etapa: o comportamento da criança deve se enquadrar na definição de distúrbio deficitário da atenção (D.A.A.), ou seja, a criança deve manifestar um conjunto de comportamentos que a caracterizem como uma criança hiperativa.

A criança hiperativa tem pelo menos seis dos comportamentos característicos do grupo 1 ou do grupo 2 por mais de seis meses. Eles aparecem, no máximo, até os 7 anos.

Os Sintomas relacionados à desatenção:

- não prestar atenção a detalhes;
- ter dificuldade para concentrar-se;
- não prestar atenção ao que lhe é dito;
- ter dificuldade em seguir regras e instruções;
- desvia a atenção com outras atividades;
- não terminar o que começa;
- ser desorganizado;
- evitar atividades que exijam um esforço mental continuado;
- perder coisas importantes;
- distrair-se facilmente com coisas alheias ao que está fazendo;
- esquecer compromissos e tarefas.
- não lembrar de sua refeição da manhã

Os sintomas relacionados a hiperatividade/impulsividade

- ficar remexendo as mãos e/ou os pés quando sentado;
- não permanecer sentado por muito tempo;

- pular, correr excessivamente em situações inadequadas;
- sensação interna de inquietude;
- ser barulhento em atividades lúdicas;
- ser muito agitado;
- falar em demasia;
- responder às perguntas antes de concluídas;
- ter dificuldade de esperar sua vez;
- intrometer-se em conversas ou jogos dos outros.

2ª etapa: esta etapa envolve a aplicação de um questionário para pais e professores. Estes questionários quando são bem elaborados, mostram-se muito preciso em identificar crianças que apresentam problema e deficiência de habilidades consistentes com a hiperatividade.

3ª etapa: envolve coleta de informações objetivas e científicas relativas ao comportamento e às deficiências de habilidade da criança. Inclui a observação do seu comportamento na sala de aula e um teste direto com a criança. O objetivo deste teste é avaliar a habilidade da criança de prestar atenção, planejar e se organizar através de vários meios, incluindo testes que usam lápis e papel.

4ª etapa: envolve uma avaliação cuidadosa da criança em vários ambientes. Isso inclui, no mínimo, a escola, a sua casa e a vizinhança. Lembrem-se, embora as crianças hiperativas não apresentem os problemas com a mesma gravidade em todas as situações, elas normalmente apresentam alguma dificuldade na maioria das situações diárias. Quando os sintomas se manifestam, especificamente, num único ambiente, tal como escola ou em casa, há uma grande probabilidade de que os sintomas da hiperatividade indiquem alguma outra dificuldade.

5ª etapa: é a mais importante, pois é quando se considera, cuidadosamente, se os sintomas refletem ou não algum outro distúrbio emocional de aprendizagem ou clínico. Os pais não devem esquecer que, freqüentemente, problemas como a

hiperatividade caracterizam crianças com dificuldades sociais, de linguagem, de aprendizagem e de comportamento.

Durante o processo de avaliação do filho, os pais são consumidores que estão comprando conhecimentos, informações e opinião. Eles têm direito a mais do que simples rótulo ou a cinco minutos de explicação em relação à natureza do problema e sua solução.

O objetivo da avaliação não é classificar a criança ou decidir sobre um tratamento em particular. Um diagnóstico de hiperatividade não implica que qualquer tratamento especial seja necessário. É tolice supor que qualquer tratamento isolado pode solucionar todas as dificuldades da criança em todas as situações. A maioria dos problemas vivenciados por uma criança hiperativa não pode ser evitada, porém eles podem ser eficientemente administrados.

## **CAPÍTULO 2 - ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO**

### **2.1. Farmacoterapia**

Embora a medicação seja usada para os três tipos de hiperatividade, ela parece ser mais indicada para a hiperatividade neurológica. Medicação estimulante pode ser necessária para a retomada do nível normal de atividade. Tais medicações têm efeito paradoxal: elas ativam o sistema inibitório cortical e o córtex produz um efeito calmante. As mais eficazes são melifenidato, dextroanfetamina e permoline. Tal medicação está contra-indicada na hiperatividade ansiosa e não socializada porque, em tais casos, ela realmente estimula e exacerba a hiperatividade. Entretanto, quando a medicação está indicada, ela não deve ser a única estratégia de tratamento; deve ser utilizada em combinação com programas de intervenção comportamental em casa e na escola e/ou outros procedimentos terapêuticos, tais como orientação aos pais e psicoterapia para a criança.

### **2.2. Programas comportamentais em casa e na escola**

Estrutura e rotina no ambiente são benéficos para todos os tipos de crianças hiperativas, embora tenham diferentes funções para as diferentes necessidades das crianças. Para a criança com hiperatividade neurológica, uma rotina estruturada põe ordem e consistência externa em um mundo difícil de organizar por si própria. Para a criança com hiperatividade ansiosa, tal rotina fornece um sentido de segurança, constância e previsibilidade que pode estar faltando em áreas ligadas ao evento estressor. Para a criança com hiperatividade não socializada, a rotina fornece limites externos através dos quais o comportamento pode ser regulado, já que o autocontrole está enfraquecido.

Além da estrutura e consistência em casa e na escola, programas comportamentais para a sala de aula para crianças hiperativas são indicados. Alguns autores afirmam que, embora para os diferentes tipos de hiperatividade os programas de manejo comportamental na escola possam ser similares no delineamento,

implementação, tipos de reforço e coleta de dados, os comportamentos-alvo são diferentes. Para a criança com hiperatividade neurológica, o objetivo é que ela permaneça sentada, execute a tarefa e siga instruções. Para a não socializada, o objetivo é que ela siga as regras e limites da classe, incluindo pedir permissão para sair do lugar e falar com outras crianças, assim como concluir as tarefas iniciadas. Para a criança ansiosa o programa escolar não é indicado, ela responde melhor quando o tratamento inclui a orientação dos pais e a própria psicoterapia da criança.

### **2.3. Aconselhamento aos pais**

Muitas vezes os professores são os primeiros a detectar o problema, já que podem comparar a conduta entre crianças da mesma idade. Quando se suspeita que a criança possa estar sofrendo deste transtorno, deve-se realizar uma consulta com um profissional especializado. Existem escalas, como a Escala de Conners, amplamente utilizadas como escore de suspeita, com versões validadas em populações latinas.

Aconselhamento educativo para pais é indicado quando a hiperatividade é de origem neurológica. Preocupações com medicação, necessidade de estrutura e rotina no ambiente, possíveis problemas de aprendizagem, dificuldade de auto-estima e prognóstico necessitam ser discutidos aberta e claramente com os pais. ANASTOPOULOS (1990) sugere alternativas de como ensinar aos pais o manejo de seus filhos com TDAH em casa. Trabalho conjunto com o médico da criança está indicado quando a hiperatividade for pronunciada o bastante para justificar o uso de medicação.

Para crianças não socializadas, o aconselhamento se focaliza no fornecimento de treino de socialização no lar e na escola. Os pais precisam aprender habilidades básicas nas áreas de colocação de limites, consistência na punição e uso apropriado de reforço. Os progressos serão demorados, especialmente no caso de crianças mais velhas, cujo padrão de comportamento desadaptativo já está bem estabelecido.

O hiperativo ansioso tem grande necessidade de serviços de aconselhamento. Ele precisa de ajuda na aprendizagem de modos saudáveis de enfrentamento dos estressores da vida, como forma de diminuir o nível geral de ansiedade e, assim,

reduzir a hiperatividade. Aconselhar a família pode ser benéfico para ajudar os pais a compreender as fontes de ansiedade e assistirem às crianças, fornecendo-lhes apoio emocional em situações desagradáveis.

#### **2.4. Psicoterapia da criança**

A criança hiperativa pode beneficiar-se grandemente de sua própria psicoterapia. Os procedimentos terapêuticos devem incluir o ensino de estratégias de autocontrole e de resolução de problemas, as quais se espera que resultem em aumento do comportamento auto-regulado, levando a uma diminuição da hiperatividade e distração e ao aumento da concentração. Revisando as terapias cognitivo-comportamentais usadas com crianças hiperativas, HENKER (1987) relatou eficácia limitada. Os ganhos têm sido mais consistentes nas áreas de atenção-concentração do que nas áreas comportamentais. A generalização dos ganhos obtidos para outros ambientes parece ser uma fraqueza particular. As crianças não socializadas parecem beneficiar-se mais das estratégias cognitivo-comportamentais.

Segundo alguns autores, as intervenções comportamentais sobre a criança estão basicamente divididas em duas abordagens: as baseadas na cognição (auto-instrução e resolução de problemas sociais) e as baseadas na contingência (automonitoramento, auto-avaliação, auto-reforço e treinamento por correspondência). Analisando cada uma delas, os autores observaram melhores resultados quando os procedimentos são combinados com contingência de reforço.

Procedimento para ensinar às crianças a controlarem seu próprio comportamento (não verbal) através do reforço das relações verbais-não verbais socialmente aceitas.

Pode-se perceber que a maior parte dos tratamentos propostos se baseiam em algum tipo de procedimento para o desenvolvimento de autocontrole. Neste sentido alguns autores propuseram um modelo de treino de autocontrole para crianças normais, que pode muito bem ser aplicado a crianças com déficits de desenvolvimento nestas áreas.

Eles propõem um modelo de desenvolvimento do autocontrole por estágios e descrevem o papel do adulto em cada estágio para favorecer o avanço da criança.

## **CAPÍTULO 3 - A CRIANÇA COM TDAH E A PARTICIPAÇÃO NA ESCOLA**

### **3.1. A criança hiperativa na escola**

Fala-se muito sobre pedagogia, teorizam-se processos, montam-se projetos até interessantes para crianças com diferentes síndromes. Estas idéias além de não serem mais do que utópica, dificilmente chegam a serem debatidas com especialistas sobre as síndromes e levadas à população em geral.

Ao serem criadas instituições que amparam crianças com hiperatividade pode-se estar afastando definitivamente estas crianças do âmbito social-real comprometendo os esquemas de aprendizagem, linguagem e corporal.

Sabe-se que a atenção de crianças com TDAH é menor frente a estímulos. Menor no que se refere ao tempo em que a criança fixa sua atenção aos estímulos.

Trataremos nesta etapa do trabalho sobre os aspectos que a atenção pode tomar na vida da criança. Ao lidar com atenção estamos abordando a via de entrada de informações na vida intelectual da criança. Pedagogicamente falando, sabemos que o caminho que essa atenção faz nos primeiros anos da vida da criança é do concreto para o abstrato. A criança vislumbra o concreto percorrendo o caminho do seu desenvolvimento até chegar no abstrato. Essa abstração é tão cobrada e valorizada pelos educadores que por si só é fonte de grande poder intelectual e de criatividade.

Entendendo melhor o processo de pensamento de uma criança com TDAH, sabe-se que ela ao não dirigir sua atenção somente a um objeto devido à sua sensibilidade a estímulos externos, traça um emaranhado de associações que se acercam muito à abstração. Podemos dizer então, que uma criança hiperativa possui uma capacidade de abstração muito grande que levam a um potencial intelectual e criativo muito elevado.

Da mesma maneira que isolando essa criança do ambiente escolar, com os estímulos existentes nele, é prejudicial, podemos dizer que o oposto pode tornar-se complicado. Geralmente o trabalho de um educador visa igualmente o individual e junto com isto uma concepção do que é o grupo. Essa criança favorece de uma atenção

especial, mais cuidadosa, um trabalho amplo, fazendo uma ponte entre sua casa-escola-clínica terapêutica.

Levando em conta a realidade do ensino infantil que hoje está em decadência, carente de profissionais e amparo governamental, insistimos no conhecimento e interesse nas síndromes que afetam a educação. Sabemos que existem classes de quase 40 alunos onde uma atenção especial torna-se inviável. Por isso defendemos a existência de uma ponte entre o meio que a criança vive, ampliando a rede social, fazendo com isto que a criança conviva com mais pessoas, permitindo desta forma um melhor desenvolvimento das suas habilidades.

A principal questão é como se pode dar par uma criança com TDAH a atenção e o apoio que elas necessitam quando nem crianças sem a síndrome e com necessidades menores conseguem ter este tipo de atenção. Desenvolver a atenção da criança aproveitando o potencial criativo e sensível dela.

Primeiramente deve-se ter a consciência que o TDAH limita a capacidade de aquisição rápida da criança. Deve trabalhar então nesta criança é o seu lado sensível tanto emocional como criativa. As crianças com TDAH têm um potencial enorme para desenvolver estas capacidades. Antes de iniciar o trabalho deve-se saber como realizar a estimulação nelas.

As condições do mundo atual, leva a uma ansiedade pela alfabetização que em alguns casos tem ser realizado a partir dos 3 anos de idade, fazem com que as crianças deixem de desenvolver algumas outras atividades fundamentais que serviriam como suporte para uma alfabetização futura, ampliando a base para a aquisição. Entre estas características está o esquema corporal, pois se sabe que o corpo de uma criança pode lhe proporcionar prazer além de ser uma fonte receptiva e transmissora de informações externas e internas. A criança vai desenvolvendo o seu esquema corporal através da superação de obstáculos e treinamento dos movimentos indo de movimentos grosseiros até a coordenação motora fina.

O corpo sensivelmente capta e percebe sensorialmente o mundo. Essa porta de entrada possibilitará para a criança criar critérios qualitativos e discriminativos que serão fundamentais para a sua percepção espacial, social e corporal. Nas escolas de hoje, o trabalho corporal resume-se às aulas de educação física que podem levar estas

crianças à fadiga e conseqüente desinteresse em desenvolver estas habilidades. O trabalho corporal não deve ser limitado apenas à atividade esportiva, trabalhos em grupos, introdução de regras, etc. Ele é sensível, é dramático, é no processo criativo, que se encontra uma forma facilitadora para se obter a atenção da criança com TDAH. Através do corpo sensibilizamos outras áreas. O esquema corporal de uma criança com TDAH é comprometido por disfunções de inibição e controle.

Uma intervenção por parte do educador pode ser levada para o lado do experimento sensorial. Sabe-se que através do corpo podemos sensibilizar outras áreas. Um exemplo de trabalho com o corpo e que busca através de outro estímulo mais concreto fazer com que a criança experimente sensações corpóreas: um trabalho com argila pode não buscar apenas a concretização de algo pensado. Existe uma parte sensível que se utiliza o tato. Fazendo a criança perceber o material com que trabalha. O professor ao estimular, valorizar suas descobertas pode introduzir conceitos discriminativos entre outros devido à sensibilização (que pode ser chamada de aquecimento) que a criança experienciou. Com isto, novos caminhos são abertos para a introdução e estimulação de outras áreas.

Todo este universo é precioso para a criança, pois nele terá liberdade para criar. A criança com TDAH tem aí um recurso que seguramente terá sua atenção durante algum tempo. Muitas vezes pergunta-se o processo é a segurança da atenção, ou o produto é que mostra o grau de atenção que a criança designou para a atividade.

Como tudo, o processo pedagógico é progressivo. Ao valorizar o processo gerador de um produto estamos abrindo o caminho para uma evolução que exige paciência por parte do educador. A criança, com TDAH, ao trabalhar com suas habilidades sensíveis pode usar a sua percepção a estímulos para desenvolver um produto do processo criativo. Como é notado, o mais difícil para uma criança com TDAH é finalizar uma tarefa, pois assim que começa uma já está prestando atenção em outra. Tendo esta finalidade essa necessidade por um produto na escola infantil, estamos virando a cara para o processo criativo. A cada pensamento, uma forma, um gesto, um ação, enfim, o processo.

Ao valorizar este processo enriquece-se o intelecto da criança e assim, cada vez mais está disposta a criar. Imaginemos se fosse criada uma sala especial para uma

criança com TDAH, branca, sem interferência ou estímulos senão aqueles já planejados pelo educador. Afastaria-se a possibilidade da criança de entrar em contato com o mundo real, composto de estímulos que ajudariam essa criança a formar conceitos grupais desenvolvendo o seu intelecto capacitado para interagir com o meio.

Acredita-se que lidando com a criança com TDAH de uma maneira que a atitude criativa possa ser estimulada e transmitida, faz com que a criança se integre melhor ao meio e evite as decepções causadas pela desinformação alheia. É preciso conscientização, não só sobre a problemática em si, mas sobre a predisposição que cada criança tem em cada área do conhecimento. Para isto devemos nos tornar mais sensíveis com visão ampla para um mundo dinâmico e mutável que é o mundo infantil.

### **3.2. O brincar na aprendizagem de crianças com TDAH**

No decorrer deste trabalho, a palavra lúdica será utilizada para indicar o processo de jogar, brincar, representar e dramatizar como condutas semelhantes à vida infantil.

Segundo GILLIG (1999), o jogo está presente como um papel de fundamental importância na educação, principalmente na educação infantil; no entanto, COELHO (1991) adverte para que a educação não se limite somente ao jogo, pois isso levaria o homem a viver num mundo ilusório e cita o jogo apenas como uma preparação para o trabalho, exercício, propedêutica. (COELHO, 1991, p. 155). Sua teoria fundamenta-se nas relações mútuas entre jogo e trabalho; de acordo com o autor, o jogar exige um esforço muito grande, e quase sempre tem como objetivo cumprir uma tarefa; portanto, o jogo é um dever tanto quanto uma tarefa escolar; e desta forma, o jogo passa a ter um caráter moral. Além disso, o jogo e o trabalho possuem valores sociais. Jogando, a criança entra em contato com outras crianças, passa a respeitar os diferentes pontos de vistas, e isso irá favorecer a saída de seu egocentrismo original.

Em relação a esse aspecto, CLAPARÈDE, apud COELHO (1991), confirma que é preciso tomar muito cuidado para que o jogo não se torne apenas um divertimento,

desprezando essa parte de orgulho e de grandeza humana que dá seu caráter próprio ao jogo humano. (COELHO, 1991, p. 124).

Conforme BETTELHEIM (2000), o jogo nos dá a oportunidade de descobrir informações sobre o nosso meio que contribuem para nossa visão de mundo, e para várias formas de aprendizagens.

“Através dos jogos, são exercitados aspectos físicos e mentais do indivíduo. Portanto, por que não aprender matemática, leitura, escrita, de uma forma prazerosa, interativa, em que trocamos pontos de vista, conhecemos melhor o outro, convivemos de uma maneira harmoniosa e feliz? Por mais que haja desgaste físico, algumas frustrações, o prazer que sentimos ao jogar, ao brincar, é imensurável.” (BETTELHEIM, 2000, p. 190).

O jogo chega a ser considerado por FREUD apud CARVALHO (1989, p. 111) como uma atividade criativa e curativa, pois permite à criança (re) viver ativamente as situações dolorosas que viveu passivamente, modificando os enlaces dolorosos e ensaiando na brincadeira as suas expectativas da realidade.

O prazer moral proporcionado pelo jogo deverá ser transposto para a educação, calcada na atividade espontânea do jogo. A criança precisa superar obstáculos, precisa querer superá-los. De acordo com CARVALHO (1989, p. 128), a verdadeira alegria, a alegria humana, é aquela que se obtém num triunfo sobre si, num domínio de si. Por mais cansativo que seja o jogo, o prazer da vitória é gratificante.

Como tão bem observou BETTELHEIM (2000) Brincando descobre-se à riqueza da linguagem; aprendendo, vamos apropriando-nos dela.

Brincando inventamos novas histórias; o aprendizado permite historiar-nos, ser nossos próprios biógrafos.

Jogar é pôr a galopar as palavras, as mãos e os sonhos. (BETTELHEIM, 2000, p. 36).

Para GILLIG (1989, p. 36), o jogo está presente nas mais diversas fases e atividades da vida humana, englobando desde o desenvolvimento físico, psicomotor e cognitivo até o afetivo e social.

Felizmente, a psicopedagogia surgiu para comprovar que é possível minimizar, as dificuldades de aprendizagem, através de intervenções em que sejam utilizadas atividades lúdicas.

Já FONSECA (1995) descreve algumas características das crianças com dificuldades de aprendizagem e cita os problemas perceptivos motores e perceptivos como problemas presentes nestas crianças.

A capacidade perceptiva de discriminar, analisar, sintetizar, reconhecer e armazenar estímulos e suas relações está indissociavelmente ligada à manipulação de objetos e à elaboração de respostas simples, compostas e complexas.

O reconhecimento do objeto (contorno, forma, comprimento, largura, orientação, etc.) é inseparável da sua manipulação, motivo pelo qual a percepção envolve reciprocamente um componente motor (processo perceptivo-motor). (FONSECA, 1995, p. 255).

O interesse no jogo é demonstrado pelo aprendiz no momento do brincar; a alegria ao ganhar e o vínculo positivo são estabelecidos neste momento mágico. As vitórias conseguidas em relação aos processos cognitivos, motores, físicos e sociais são sempre muito gratificantes.

Então por que não resgatar a criança que se foi um dia e tornar a vida alegre, divertida e simplesmente prazerosa? Por que não tornar a aprendizagem tão estimulante como são os jogos, as contações de histórias, as músicas infantis, as brincadeiras de pega-pega, de esconde-esconde e de faz - de-conta...?

Para CUNHA apud COELHO (1991, p. 7), a brincadeira é primordial e desenvolve a arte de amar.

Acredita-se que, através da psicopedagogia, a educação poderá ter respostas surpreendentes, como por exemplo, diante de um livro de Leonardo da Vinci, e lendo, mesmo com uma dificuldade imensa e ao concluir uma pintura feita por ele, de sua família, pintando-se de vermelho ao invés de branco, o que demonstra a melhora de sua auto-estima.

Conclui-se que devido à importância do lúdico para as crianças e principalmente para aquelas que apresentam maiores dificuldades de aprendizagem, ele deve estar presente no momento da aprendizagem para toda e qualquer criança.

### **3.3. Pais, professores e coordenadores frente ao TDAH**

A princípio, chegar ao diagnóstico correto do problema costuma ser uma tarefa nada agradável. Tanto pais quanto filhos passam por maus momentos que chegam a desestabilizar a família e até mesmo comprometer o desenvolvimento da criança na escola.

Os primeiros sinais sérios de que alguma doença vem da escola. Seria mais fácil se o TDAH implicasse apenas em obrigar os pais a ter mais jogo de cintura para contornar situações constrangedoras em público. Mas o transtorno, como o próprio nome, compromete a capacidade de atenção e dificulta o aprendizado. E é na escola que as deficiências da criança ficam mais notórias. Hoje, embora mais preparados para lidar com a criança portadora de TDAH, os professores ainda enfrentam alguns desafios em relação ao comportamento das crianças com TDAH e o trabalho em parceria com os pais. Além disso, por falta de preparo, há professor que lança mão de soluções nada pedagógicas para contornar o problema:

A descoberta do diagnóstico é nem sempre é tão rápida, mas quando diagnosticado o problema e com o tratamento adequado à melhora no comportamento das crianças é imediata. O tratamento, aliás, que se estende a todos os membros da casa, e não apenas para o portador. Não adianta dar um remédio para a criança se ela vai encontrar o mesmo ambiente familiar que não está adequado ao seu tipo de comportamento.

Em relação aos cuidados com a doença, médicos são unânimes a criança com TDAH precisa de bastante carinho e, principalmente, de paciência. Os pais devem ter calma para tolerar os arroubos e distrações características e procurar sempre incentivar a criança. É o mais clássico dos fundamentos da pedagogia infantil: elogiar bastantes resultados e abordar com muita delicadeza as falhas. Isso servirá de estímulo e vai ajudá-la a melhorar progressivamente. Além de também diminuir aos poucos a frustração de ser sempre aquele que recebe as broncas, quebra tudo na casa e não tira notas boas.

Para que uma criança tenha um diagnóstico preciso, é fundamental procurar um profissional qualificado como um Psicopedagogo ou Psicólogo que ajudará

posteriormente os pais e a equipa multidisciplinar a lidarem com a situação da melhor forma possível.

O TDAH necessita do esforço conjunto de várias pessoas, incluindo a própria criança, pais e equipa multidisciplinar (Professor, Psicopedagogo, Psicólogo, Médico, entre outros). O Psicopedagogo e/ou o Psicólogo estão perante uma grande tarefa e responsabilidade que é minimizar, não só o sofrimento da criança, mas também de todos os que lidam com ela. Este profissional irá orientar os pais e os professores, irá realizar sessões de psicoterapia e de apoio psicopedagógico, acompanhará com o médico assistente a medicação administrada.

É importante reunir informações sobre o comportamento da criança na Escola e em casa, com os pais e professores, de forma a indagar sobre o seu comportamento dentro de cada situação. O tratamento comportamental deve basear a sua linha de atuação em três vertentes: o treino dos pais, o tratamento centrado na criança e a intervenção centrada na escola.

Alguns casos de crianças com TDAH apresentam melhoras significativas com o uso de alguma medicação. Embora rodeado de alguma controvérsia, o uso de medicamentos continua a receber o apoio da investigação.

Porém, é importante salientar que não é porque existem os medicamentos que a situação se resolve por ela própria. A medicação age apenas no sintoma, não ajuda a criança a lidar melhor com esta situação. É também um descanso para os pais, que termina quando ao efeito da medicação acaba. Não veja os medicamentos como o seu único aliado, a criança não irá tomar medicamentos toda a sua vida.

Os pais devem procurar ver o mundo a través da perspectiva da criança, o que os irá auxiliar a entender as suas necessidades diárias e a diminuir a angústia causada. A partir do momento em que os pais identificam o porquê das atitudes dos filhos, podem assumir uma atitude de compreensão, unindo-se com a equipa multidisciplinar em questão, ficando mais fácil de os ajudar. Procure fazer a distinção entre desobediência e incompetência. A maior parte dos comportamentos da criança com TDAH é mais em razão das suas dificuldades do que por teimosia.

Os sinais de transtorno podem ser mínimos ou estarem ausentes quando a criança se encontra sob um controlo rígido, num ambiente novo, quando está envolvido

em atividades novas e interessantes, em situações a dois (num consultório médico), ou quando recebe gratificações pelo seu bom comportamento.

Os pais devem procurar dar orientações positivas, ou seja, a criança deve saber previamente como agir, de acordo com cada situação. É mais fácil para a criança saber o que é esperado de si em determinadas situações, devendo os pais orientá-la, explicando como querem que ela aja, para ela possa corresponder. Os pais devem ser o guia das crianças.

Os pais devem fornecer às crianças um nível significativo de estrutura que promova mudanças positivas no seu comportamento. Por exemplo, demonstrar à criança que para sair é necessário o consentimento dos pais e valorizá-la quando isso acontece, para que esta perceba que está a conseguir mudar o seu comportamento.

Procure reforçar o que há de melhor na criança. Tente não estabelecer comparações entre os filhos, cada um deles apresenta um comportamento diferente. O pai e a mãe também não são iguais. Procure estabelecer uma rotina diária e consistente, como horas de refeição, momentos de lazer, horários para fazer trabalhos de casa, etc.

Ajude o seu filho a estabelecer prioridades e a focalizar-se nelas. Mantenha limites claros e consistentes, lembrando-os sempre que sentir que é necessário. Procure controlar a sua impaciência relativamente aos comportamentos do seu filho. Estimule a responsabilidade, independência e a autonomia de acordo com a idade.

### **3.4. Orientação aos professores**

Geralmente os professores que começam a perceber algo diferente na criança portadora de algum transtorno e eles desempenham um papel crítico na experiência escolar desta criança, uma vez que são muitas vezes consideradas destabilizadoras e também porque não sabem a melhor forma de lidar com este tipo de situações. Porém com a ajuda do Psicopedagogo ou do Psicólogo tudo se tornará mais fácil. O estilo de professor que parece ajustar-se mais às necessidades destas crianças é um professor compreensivo, democrata, otimista, amigo, empático, que procura dar respostas rápidas e adequadas ao comportamento da criança numa determinada situação, flexível,

organizado, objetivo e que descobre meios para auxiliar o aluno a atingir as suas metas.

É importante reconhecer que esta é uma situação difícil para a criança com TDAH, para os pais e para outras pessoas que com ela convivem. Mas é também importante não entrar em pânico, este não irá ajudar a resolver a situação. Não desespere e procure a ajuda e intervenção que necessita. O mais difícil é dar o primeiro passo, após esse passo já está a caminhar para a resolução do problema.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da elaboração deste trabalho, consta-se que embora a TDAH afete uma parcela grande da população, especialmente infantil e pelo que deduzimos, este problema não deve ser algo novo, pois acreditamos que a TDAH tenha acompanhado a espécie humana desde sempre, mas foi apenas neste século que começaram a ocorrer alguns avanços nesta área. Novas tecnologias possibilitaram que a definição do TDAH como um transtorno e possibilitaram também psicofarmacologia permitiriam que o tratamento de TDAH fosse possível, permitindo que o indivíduo possa ter uma vida praticamente normal, especialmente se este diagnóstico for feito cedo.

Infelizmente, o diagnóstico precoce do TDAH continua a ser um dos maiores problemas em relação à doença. Embora o conhecimento sobre TDAH na comunidade científica esteja já bem avançado, o mesmo aparentemente não acontece com a população leiga. As pessoas com TDAH passam um bom tempo da sua vida sendo acusadas de uma série de coisas, sua auto-estima é rebaixada, ela tem dificuldade na escola e também tem dificuldades sociais. A situação em casa normalmente não é melhor, pois os pais, pressionados pela sociedade e escola, freqüentemente culpam a criança de algo que ela não tem culpa e ficam se perguntando onde eles erraram.

Mesmo quando os pais ou o paciente procuram ajuda para o seu problema a situação pode não ser resolvida, sem antes ter se passado por um longo caminho de tratamentos ineficazes, diagnósticos mal feitos e opiniões divergentes.

Muitos casos de TDAH passam anos e anos em terapias psicodinâmicas ou em terapias alternativas que só trazem ainda mais sofrimento para o paciente. Aos profissionais e aos próprios pais seria importante que todos entendessem melhor os problemas causados por este transtorno e se necessário solicite ajuda de um profissional capaz e especializado.

Segundo a ABDA - Associação Brasileira de Déficit de Atenção, o TDAH atinge de 3% a 6 % das crianças em idade escolar; é responsável pelo maior número de repetências nas escolas.

Até pouco tempo imaginava-se que, com o tempo, a hiperatividade melhorava ou desaparecia à medida que a criança crescia e tornava-se adulta. Hoje, sabe-se que

50% dos adultos que foram diagnosticados como crianças hiperativa, continuam a apresentar a doença. Nas crianças, a hiperatividade tem características muito marcantes como a desatenção, a inquietação e a impulsividade.

Segundo WINNICK (2004, p. 149) mais da metade das crianças com TDAH passa a apresentar distúrbio de conduta, atividades delinqüentes ou violação dos direitos alheios, e um terço pode passar a experimentar drogas e abusar das mesmas precocemente.

SILVA (2003, p 145) relata que pessoas com TDAH são mais propensas ao uso de drogas do que outras que não apresentam o distúrbio. Estima-se que nos Estados Unidos existam entre 10 e 15 milhões de pessoas com TDAH e que, aproximadamente, 40 a 50% delas façam uso de drogas.

Diante dessa angustiante realidade, a sociedade, como um todo, e em especial, os profissionais da área de saúde e educação passam a ter um compromisso ético de, ao deparar-se com um indivíduo com TDAH, observar ou mesmo procurar sintomas que revelem o uso; abuso ou dependência de drogas.

O apoio técnico é um conjunto de pequenas medidas e atitudes que acabam por criar uma rotina capaz de facilitar em muito o cotidiano da pessoa com TDAH, esta rotina deve conter aspectos essenciais tais como: estabelecer horários para as atividades, organizar cronogramas, criar uma rotina pessoal, criar o hábito de anotar ou agendar lembretes ou compromissos, dessa forma pode-se tentar diminuir através de uma organização externa, a desorganização interna das pessoas com TDAH.

È importante ressaltar que a também a Psicologia e a Pedagogia têm função importante no tratamento de crianças com TDAH. Pois, muitas vezes somente as drogas usadas para o tratamento de TDAH não resolvem o problema de anos e mais anos de sofrimento causados pelo não diagnóstico do problema. O importante é que haja um melhor entendimento entre a Medicina, a Psicologia e a Pedagogia de forma que os profissionais de cada uma destas ciências não tenham a ilusão que possam resolver o problema sem se utilizar o apoio de outros profissionais. O problema de TDAH exige uma visão multidisciplinar para ser resolvido.

Finalmente é importante mencionar que os profissionais, pais e professores olhem o problema de vários pontos de vista, se isto acontecesse não só com crianças

que apresentem o TDAH, mas com todas que procuram ajuda. Assim, certamente muito sofrimento seria evitado. A divulgação intensa também seria uma aliada na ajuda para um rápido diagnóstico.

Ter uma visão otimista é acreditar que os progressos atuais levarão todos a conhecerem melhor a mente do ser humano e a própria psicologia, ajudando o Ser Humano a se compreender melhor, trazendo benefícios para a sociedade.

## Bibliografia

ANASTOPOULOS, S. Hiperatividade. Nova York. Guilford Press, 1990.

BARCKLEY, R. A. Attention – deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and Treatment. N.Y. Guilford Press, 1999.

BETTELHEIM, Bruno. A psicanálise dos contos de fadas. 14. ed. São Paulo, Paz e Terra, 2000.

CARVALHO, Bárbara Vasconcelos de. A Literatura Infantil – visão histórica crítica. São Paulo, Global, 1989.

COELHO, Nelly N. O conto de fadas. São Paulo, Ed. Ática. 1991.

DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Associação Psiquiátrica Norte-Americana 4ª edição traduzida. 2000.

FONSECA, V. Introdução às dificuldades de aprendizagem. 2 ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

GILLIG, Jean-Marie. O conto na psicopedagogia. Porto Alegre, Artes Médicas. 1999.

GOLDSTEIN, S. "Compreensão, avaliação e atuação". In: I conferência internacional sobre transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). São Paulo. 1999.

HENKER, P. Criança, adolescente e adulto hiperativos. Nova York, Oxford. 1987.

LEFEVRE, A. B. Disfunção Cerebral Mínima. Pediatria Básica. 6 ed. São Paulo, Artes Médicas, 1978.

LEWIS, Melvin. Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e na adolescência. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

ROBERTSON, J.F. Ajudar sua criança superativa. Rochlin, Pergamon Press. 1987.

ROHDE, L. A. BENCZIK, E. B. P. Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade. Porto Alegre, Artmed, 1999.

SILVA, A.B. Mentes inquietas. São Paulo, Editora Gente, 2003.

SMITH, C.; STRICK, L. Dificuldades de Aprendizagem de A a Z. 1ª ed. Ed. Artes Médicas, 2001.

WINNICK J.P. Educação Física e Esportes Adaptados. Barueri: Manole, 2004.

**Sites consultados:**

<http://www.efdeportes.com/> Revista Digital - Buenos Aires – Ano 9 - N° 62 - Julio de 2003. Acesso em ago/07.

[http://pt.wikipedia.org/wiki/Transtorno\\_do\\_d%C3%A9ficit\\_de\\_aten%C3%A7%C3%A3o\\_com\\_hiperatividade](http://pt.wikipedia.org/wiki/Transtorno_do_d%C3%A9ficit_de_aten%C3%A7%C3%A3o_com_hiperatividade)". Acesso em set/07.

*Hiperatividade* - in. PsiqWeb Psiquiatria Geral, Internet, disponível em <<http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/tdah.htm>>2002. Acesso em out/07.