

ELAINE DA FONSECA PINTO

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)  
NO AMBIENTE ESCOLAR

SÃO PAULO

2007

ELAINE DA FONSECA PINTO

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) E  
O AMBIENTE ESCOLAR

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO como requisito para aprovação em CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU EM DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM pelo CRDA-CENTRO DE REFERÊNCIA EM DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM E DISCIPLINA DE OFTALMOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DO ABC – ÁREA DE PEDAGOGIA – sob a orientação de JULI EIKO KAMIMOTO.

SÃO PAULO

2007

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora Juli Eiko Kamimoto pela dedicação.

Em especial aos meus pais, que apesar das dificuldades, tentaram dar a mim uma educação de qualidade.

Ao meu marido pelo carinho e paciência durante a realização deste trabalho.

## RESUMO

Com o objetivo de analisar algumas teorias sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no ambiente escolar, este trabalho foi realizado através de revisão bibliográfica.

Com o estudo realizado, pode se concluir pela literatura pesquisada que o TDAH é um transtorno cuja causa mais importante é a hereditariedade e que a maneira mais eficiente de se tratar é adotar um procedimento multidisciplinar e uso de medicamento quando necessário.

## ABSTRACT

This paper aims to analyse some theories about Attention Déficit Disorder in the school environment, this paper was done by bibliographical revision.

With the carried through study, we could imply by the searched literature that the ADD is a disorder which its more important cause is the heredity and the more efficient way to treat it is adopt a multidiscipline procedure and when necessary medicine use.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	6
OBJETIVO.....	7
MÉTODO.....	8
3 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.....	9
3.1 História do TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade).....	9
3.2 O que é TDAH e sua prevalência.....	10
3.3 Causas.....	10
3.4 Características.....	11
3.5 Diagnóstico.....	12
3.6 Tratamento.....	13
4 O TDAH E O AMBIENTE ESCOLAR.....	20
4.1 Como lidar com TDAH em sala de aula.....	21
CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

## INTRODUÇÃO

No dia-a-dia, na escola, nos deparamos com alunos agitados, que andam de um lugar para outro, não conseguem ficar muito tempo sentados no mesmo lugar e que arrancam os brinquedos de seus colegas. Nunca terminam as tarefas solicitadas e geralmente são confundidos como alunos indisciplinados.

Hoje, sabe-se que TDAH é um distúrbio neurológico sério que interfere na vida familiar, escolar e social da criança, pois seus principais sintomas dão desatenção, hiperatividade e impulsividade. Embora de difícil diagnóstico e acompanhamento, este transtorno é tratável e para isso é necessário um trabalho multidisciplinar contínuo.

A etiologia para alguns autores não é específica. Incluem-se causas pré-natais (como as decorrentes do álcool na gestação, prematuridade), perinatais (anóxia ou hemorragia intracraniana, etc) e pós-natais (seqüelas de doenças no início da infância, como encefalites, meningites, traumatismo crânio-encefálico, etc). Fatores ambientais decorrentes de baixo nível sócio-econômico podem interferir na etiologia também, mas segundo Topczewski, o TDAH tem como fator determinante a genética.

As primeiras referências aos transtornos hipercinéticos na literatura médica aparecem na metade do século XIX, mas somente no início do século XX começou-se a descrever o quadro clinicamente de uma maneira mais sistemática ( Petry,1999).

Por ainda darem as características como: problemáticos, desmotivados, malcriados, indisciplinados e até pouco inteligentes que o estudo a seguir tem a função de mostrar, através de revisão bibliográfica, que se o portador de TDAH tiver um tratamento adequado com uma equipe multidisciplinar e auxílio dos pais, podem aprender a tirar o maior partido das suas características e a realizar todo o seu potencial.

## OBJETIVO

Conhecer e analisar as principais contribuições teóricas sobre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no ambiente escolar.

## MÉTODO

Este trabalho foi realizado através de revisão bibliográfica, pesquisa que visa à solução de problemas utilizando-se de conhecimentos disponíveis em livros ou obras do mesmo gênero.

### 3 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERTIVIDADE

#### 3.1 HISTÓRIA DO TDAH (TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERTIVIDADE)

De acordo com Topczewski (1999), as primeiras referências aos transtornos hipercinéticos na literatura médica apareceram no meio do século XIX. Entretanto, sua nomenclatura vem sofrendo alterações contínuas.

Segundo Arlete Petry (1999), na década de 40, falava-se em lesão cerebral mínima. A partir de 1962 passou-se a utilizar o termo disfunção cerebral mínima, reconhecendo-se que as alterações características da patologia relacionam-se mais as disfunções em vias nervosas do que propriamente a lesões nas mesmas.

Na década de 80, a Associação Psiquiátrica Americana propôs uma nova denominação: Síndrome do Déficit de Atenção. Esta denominação passou a englobar tanto a hiperatividade como as demais funções que originam da falta de maturação do sistema nervoso central tais como: incoordenação motora, falta de equilíbrio, distúrbios de fala, alteração de sensibilidade, distúrbios de comportamento e dificuldades escolares.

Em 1987, com a organização do DSM-IV, voltou-se a dar maior ênfase a hiperatividade, modificando o nome da patologia para Distúrbio de Hiperatividade com Déficit de Atenção. Em 1994, o pêndulo voltou-se para o centro e a patologia passou a ser designada Distúrbio de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Segundo Nass e Ross (apud, Petry, 1998) a nomenclatura brasileira mais recente, é utilizado o termo transtorno em vez de distúrbio, ou seja, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

### 3.2 O QUE É TDAH E SUA PREVALÊNCIA

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um distúrbio neurológico que de acordo com Razera (2001) a tríade sintomatológica clássica deste transtorno caracteriza-se por desatenção, hiperatividade e impulsividade.

Estudos nacionais e internacionais situam a prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) entre 3% e 5%, sendo realizados com crianças em idade escolar na sua maioria, provocando baixo rendimento escolar, baixo auto-estima e dificultando os relacionamentos entre colegas (Smith e Strick,2001).

A incidência é maior em meninos, chegando a 80% dos casos do que em meninas, e por esse motivo pode estar relacionado ao hormônio masculino a testosterona.

### 3.3 CAUSAS

Esse transtorno é de origem genética (Topczewski, 1999) e é causado pela pouca produção de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), que é uma classe de neurotransmissores responsável pelo controle de diversos sistemas neurais no cérebro, incluindo aqueles que governam a atenção, o comportamento motor e a motivação. Uma visão de base neurológica para TDAH é que baixos níveis de catecolaminas resultam em uma hipoativação desses sistemas. Portanto os indivíduos afetados não podem moderar sua atenção, seus níveis de atividade, seus impulsos emocionais ou suas respostas a estímulos no ambiente tão efetivamente quanto às pessoas com sistemas nervosos normais.

A causa também pode ser atribuída a um distúrbio bioquímico (decréscimo da produção e/ou liberação de catecolaminas), traumatismo de parto, doenças ou acidentes acontecidos no início do processo do desenvolvimento do sistema nervoso central. Entre outros fatores, pode-se mencionar uma severa privação sensorial e de estimulação no início do desenvolvimento da criança.

Esses estudos estruturais e metabólicos somados a estudos genéticos, bem como a pesquisa sobre a reação às drogas, demonstram claramente que o TDAH é um transtorno neurobiológico. Apesar da intensidade dos problemas experimentados pelos portadores variarem de acordo com suas experiências de vida, tem como fator determinante a genética.

### 3.4 CARACTERÍSTICAS

Kaplan e Sadock (1984) nos ensinam que não há características físicas específicas no TDAH. A sintomatologia tem início antes dos sete anos de idade e os marcos desse quadro são: desatenção, impulsividade e hiperatividade.

Uma criança ou um adulto hiperativo pode estar em qualquer lugar batendo os pés, sentando e levantando a todo o momento, cantando sem parar, assobiando em horas impróprias, distraído-se com facilidade, impaciente em filas, não se mantém sentado durante as refeições, não se concentra em um canal de televisão mudando sempre, faz movimentos desnecessários com o corpo, possui gestos bruscos, tem sono agitado, perde-se no tempo.

Segundo Kaplan e Sadok o TDAH pode fazer seu aparecimento nos primeiros dias de vida. Um recém nascido, já afetado, pode ser exageradamente sensível a estímulos e responder a eles de forma indiferenciada, maciça e adversa.

É comum que a criança seja ativa no berço, durma pouco e chore muito quando já passados os meses iniciais. O bebê freqüentemente sai do berço cedo, apesar das tentativas dos pais para impedirem a sua saída. Uma vez fora do berço, tenta agir, geralmente apalpando, quebrando ou destruindo objetos. Os pais queixam-se de não ser ele capaz de manter-se parado ou sentar-se, calmo, numa cadeira.

Cléber da Silva (1999) comenta que para Reede e seus colaboradores, além dessas características básicas do quadro clínico, outros problemas são comuns que estejam presentes, como:

1. Problemas de conduta, através de explosões de cólera e passando rapidamente do riso às lágrimas. Seu humor e desempenho são geralmente variáveis e imprevisíveis. Pode apresentar características de forte oposição e desafio;
2. Implicações emocionais, tais como hipersensibilidade, baixas auto-estima e baixa tolerância à frustração. O autoconceito negativo e as reações de agressividade da criança são observados pela percepção de não estar certa por dentro;
3. Problemas de socialização, tendo dificuldades nos seus relacionamentos interpessoais, por não aceitar críticas, conselho ou ajuda e ser, muitas vezes, tirana;
4. Problemas familiares, em consequência das insatisfações e pressões por parte do adulto, pela inadequação do comportamento da criança. Além disso, as dificuldades escolares ou de aprendizagem são fatos que normalmente muitas frustrações trazem aos pais. Muitas vezes a criança torna-se ponto de discórdia familiar.
5. Comprometimento das habilidades cognitivas, manifestando-se em dificuldades de organização, de resoluções de problemas, no retardo do desenvolvimento da linguagem, na dislexia, na disgrafia e na discalculia;
6. Problemas neurológicos; quando a criança, em geral, tem incoordenação motora (é desajeitada), tem impersistência motora (incapacidade de manter determinada postura ou posição por algum tempo), apresenta sincinesias freqüentes, distúrbios da fala (dislalia etc.), dificuldades gnósicas (inclusive na formação do esquema corporal) e práxicas. Esses pacientes, em geral, apresentam inteligência normal.

### 3.5 DIAGNÓSTICO

Um diagnóstico e tratamento corretos poderão ajudar a criança a diminuir as repetências, elevar sua concentração por um período maior de tempo, evitar depressão, superar problemas de relacionamento, ajudá-lo na orientação vocacional, evitar envolvimento com drogas.

Até pouco tempo acreditava-se que os sintomas de TDAH desapareciam na adolescência e na vida adulta. Muitos ainda acreditam ou só ocorre no período da infância. Entretanto, recentes pesquisas mostram que 50% a 75% dos casos continuam na idade adulta. Há casos que a hiperatividade tende a diminuir ou desaparecer devido a um amadurecimento do cérebro que acaba equilibrando a produção de dopamina.

Muitos pais demoram muito para procurar ajuda ou não aceitam um diagnóstico de hiperativo, por achar que é coisa da idade, que toda criança é agitada mesmo, que isso irá passar. Porém quando o problema demora a ser diagnosticado, o hiperativo, a partir de sua puberdade, pode procurar as drogas, o álcool, praticar agressões sexuais, a fim de tentar superar suas dificuldades em adaptar-se à vida social, e em alguns casos pode cometer o suicídio.

O transtorno é caracterizado por comportamentos crônicos, com duração de no mínimo seis meses, que instalam definitivamente antes dos sete anos.

No início, o médico procura observar a criança em suas atividades sociais, na escola e no lar. Faz-se exames para verificar alguma doença no sistema nervoso central ou problemas de aprendizagem, que envolva a percepção e a linguagem.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV) define a existência ou não do transtorno através dos sintomas que caracterizam os tipos de TDAH e a frequência com que ele aparece, devendo ser constantes, durando no mínimo seis meses e não limitados a uma única situação.

De acordo com Topczewski (1999), sabe-se que é baixa a concordância entre informantes (pais, criança e professores) sobre a saúde mental das crianças. Estas geralmente subestimam a presença de sintomas de TDAH. Os pais costumam ser bons informantes, já os professores superestimam os sintomas, sobretudo com a presença de algum outro transtorno de comportamento. A informação dos professores de adolescentes diminui bastante, pois o professor permanece pouco tempo em cada turma, devido ao currículo por disciplinas.

Com os pais, deve-se avaliar cuidadosamente, todos os sintomas. Com eles deve ser obtida a história do desenvolvimento, médico, escolar, familiar, social e psiquiátrica, sendo ainda mais relevante quando se tratar de crianças pré-púberes. É importante lembrar que a ausência de sintomas no consultório não anula o diagnóstico. A visão da criança ou adolescente sobre os sintomas deve ser avaliada, realizando-se uma entrevista adequada ao seu desenvolvimento. As crianças normalmente podem controlar os sintomas em atividades de grande interesse como passar horas na frente do computador ou videogame, mas poucos minutos na frente de um livro. Os sintomas na escola devem ser avaliados também através dos professores, pois apenas com os pais pode haver uma tendência a extrapolar alguns sintomas de casa para a escola.

Em relação às avaliações complementares, Razera (2001), diz que normalmente se sugere:

- a) encaminhamento de escalas para a escola;
- b) avaliação neurológica;
- c) testagem psicológica.

Apenas a escala de Conners tem avaliação adequada das propriedades psicométricas entre as disponíveis para preenchimento pelos professores. A avaliação neurológica é fundamental para a exclusão de patologias neurológicas que mimetizam o TDAH, e pode ser valiosa em um diagnóstico. São importantes todos os dados do exame neurológico evolutivo, principalmente a prova de persistência motora, somados aos dados clínicos. Os subtestes de resistência à distraibilidade (números e aritmética) no Wisk III podem ser importantes para reforçar a hipótese diagnóstica de TDAH. No diagnóstico diferencial, descarta-se a presença de retardo mental, pois este causa problemas de atenção, hiperatividade e impulsividade. Outros testes neuropsicológicos assim como os exames de neuroimagem (tomografia, ressonância magnética ou SPECT cerebral), ainda fazem parte do ambiente de pesquisa, e não do clínico. (Rodhen ET AL, 1998).

### 3.6 TRATAMENTO

De acordo com Guardiola (1994), o tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas.

O primeiro passo, no âmbito das intervenções psicossociais, deve ser educacional, ou seja, dar informações claras e precisas à família a respeito do transtorno. Muitas vezes, é preciso um programa de treinamento para os pais, a fim de que aprendam a manejar os sintomas dos filhos. É importante que eles conheçam as melhores estratégias para o auxílio de seus filhos na organização e no planejamento das atividades.

As intervenções no âmbito escolar também são necessárias de acordo com Guardiola (1994). Estas devem ter como foco o desempenho escolar.

Em relação às intervenções psicossociais centradas na criança ou no adolescente, o autor diz que a psicoterapia individual de apoio ou de orientação analítica pode estar indicada para:

- d) abordagem das comorbidades (principalmente transtornos depressivos e de ansiedade);
- e) a abordagem de sintomas que comumente acompanham o TDAH (baixa auto-estima, dificuldade de controle de impulsos e capacidades sociais pobres).

A modalidade psicoterápica mais estudada e com maior evidência científica de eficácia para os sintomas centrais do transtorno (desatenção, hiperatividade, impulsividade), bem como para o manejo de sintomas comportamentais comumente associados (oposição, desafio, teimosia), é a cognitivo-comportamental, especialmente os tratamentos comportamentais. Entretanto, os resultados recentes do MTA (ensaio clínico multicêntrico, elegantemente desenhado, que acompanhou 579 crianças com TDAH por 14 meses divididas em quatro grupos: tratamento apenas medicamentoso, apenas psicoterápico comportamental com as crianças e orientação para os pais e professores, abordagem combinada e tratamento comunitário) demonstram claramente

uma eficácia superior da medicação nos sintomas centrais do transtorno quando comparada à abordagem psicoterápica e ao tratamento comunitário. Entretanto, a abordagem combinada (medicação + abordagem psicoterápica comportamental com as crianças e orientação para os pais professores) não resultou em eficácia maior nos sintomas centrais do transtorno quando comparada a abordagem apenas medicamentosa. A interpretação mais cautelosa dos dados sugere que o tratamento medicamentoso adequado é fundamental no manejo do transtorno.

Guardiola (1994), diz que na atualidade, a indicação de psicofármacos para o TDAH depende das comorbidades presentes. A literatura apresenta os estimulantes como as medicações de primeira escolha.

Ainda de acordo com o autor, existem mais de 150 estudos controlados, bem conduzidos metodologicamente, demonstrando a eficácia destes fármacos. A dose terapêutica normalmente se situa entre 20 mg/dia e 60 mg/dia (0,3 mg/Kg/dia a 1mg/Kg/dia). Como a meia-vida do metilfenidato é curta, geralmente utiliza-se o esquema de duas doses por dia, uma de manhã e outra ao meio dia. Cerca de 70% dos pacientes respondem adequadamente aos estimulantes e os tolera, bem (Guardiola, 1994). Essas medicações parecem ser a primeira escolha nos casos de TDAH sem comorbidades e nos casos com comorbidades com transtornos disruptivos, depressivos, de ansiedade, da aprendizagem e retardo mental leve.

O autor destaca que a primeira indicação é de uso de estimulante e, se necessário, indica-se agregar um inibidor seletivo da recaptção de serotonina, com a fluoxetina. Este posicionamento é justificado pela falta de eficácia dos antidepressivos tricíclicos nas depressões de crianças. São aspectos controversos em relação ao uso de metilfenidato: a) interferência no crescimento. Estudos recentes têm demonstrado que o uso não altera significativamente o crescimento. Adolescentes tratados e não tratados com

metilfenidato chegam ao final da adolescência com alturas similares; b) potencial de abuso. Estudo recente demonstra uma prevalência significativamente maior de uso abusivo/dependência a drogas em adolescentes com TDAH que não foram tratados com

estimulantes quando comparados com jovens com o transtorno tratados com estimulantes; e c) tempo de manutenção do tratamento. Embora inexistem estudos sobre a questão, clinicamente as indicações para os chamados “feriados terapêuticos” (fins de semana sem medicação), ou para a suspensão da medicação durante as férias escolares são controversas. A pausa no uso de metilfenidato nos fins de semana talvez possa ter indicação naquelas crianças em que os sintomas causam prejuízos mais intensos apenas na escola, ou naqueles adolescentes em que o controle do uso de álcool ou de outras drogas ilícitas é difícil nos fins de semana. A indicação para a suspensão parece ocorrer quando o paciente apresenta um período de cerca de um ano assintomático, ou quando há melhora importante da sintomatologia. Suspende-se a medicação para a avaliação da necessidade de continuidade do uso.

O autor afirma ainda que mais de 25 estudos apontam a eficácia dos antidepressivos tricíclicos (ADT) no TDAH. Existem, na literatura mundial, alguns relatos de morte súbita em crianças em uso de desipramina. Muito provavelmente, essas mortes não se relacionam diretamente ao uso da medicação. Entretanto, por cautela, deve-se sempre monitorizar, através de eletrocardiograma, qualquer criança recebendo ADT, antes e durante o tratamento.

Razera (2001) destaca que alguns estudos também demonstram a eficácia de outros antidepressivos no TDAH, principalmente a bupropiona. A dosagem de bupropiona utilizada é de 1,5 mg/kg/dia, divididos em 2 a 3 tomadas; doses acima de 450 mg/dia aumentam muito o risco de convulsões, que é principal limitação para sua utilização. Seus principais efeitos colaterais são agitação, boca seca, insônia, cefaléia, náuseas, vômitos, constipação e tremores.

Recentemente, um estudo de metanálise sobre uso da clomidina no TDAH encontrou um efeito positivo nos sintomas; sua efetividade pode ser comparada à dos antidepressivos tricíclicos. Seu uso é indicado quando houver presença de comorbidades que contra-indiquem o uso de estimulantes ou quando estes forem tolerados. As doses utilizadas situam-se entre 0,03mg/kg/dia e 0,05 mg/kg/dia e a principal contra indicação

é a preexistência de distúrbios da condução cardíaca devido aos seus efeitos colaterais relacionados com alterações cardiovasculares (Razera, 2001). Entretanto, como destaca o autor, clinicamente, ela tem sido associada aos estimulantes, principalmente nos casos em que o uso isolado dos últimos produz alterações do sono ou rebote sintomatológico no final do dia

Relatos sobre adultos com TDAH mostram que eles enfrentam problemas sérios de comportamento anti-social, desempenho educacional e profissional pouco satisfatório, depressão, ansiedade e abuso de substâncias tóxicas (Razera, 2001).

A maioria dos adultos de hoje que não tiveram diagnósticos quando crianças cresceram lutando com uma deficiência que demonstra sintomas similares aos apresentados pelas crianças. São freqüentemente inquietos, facilmente distraídos, lutam para conseguir manter o nível de atenção, são impulsivos e impacientes e, por isso, no ambiente do trabalho não conseguem alcançar boa posição profissional compatível com sua educação familiar ou habilidade intelectual.

Pelo exposto verificamos que o diagnóstico de TDAH pede uma avaliação ampla. Não se pode deixar de considerar e avaliar outras causas para o problema. Para tanto, é preciso estar atento à presença de distúrbios concomitantes.

Hoje um neurocientista, tem a possibilidade através do exame clínico e dos recursos propedêuticos existentes e disponíveis entre nós, de identificar inúmeras condições que podem conduzir a prejuízos na área da educação.

Segundo Topczewski (1999), a determinação de um perfil neuropsicológico permite que possamos conhecer não apenas os canais mais incompetentes, mas, o mais importante, quais os canais mais competentes, através dos quais deveremos enfatizar os esforços terapêuticos.

Atualmente, há um consenso no sentido de que muito mais útil do que insistir na tentativa de normalizar ou enfatizar a incompetência dos indivíduos é tentar investir nas

suas habilidades. A identificação do diagnóstico funcional e sindrômico pode auxiliar, também, a reconhecer condições neurológicas progressivas que podem manifestar-se, inicialmente, de modo muito sutil, por vezes através de um distúrbio do comportamento e/ou da aprendizagem escolar. A identificação de uma patologia progressiva, freqüentemente letal e geneticamente determinada, é evidentemente desejável e o mais precocemente possível. Por outro lado, compete ao neurologista a prescrição de psicofármacos que poderão, em certas circunstâncias, ser extremamente benéficos aos alunos, melhorando, inclusive, a aprendizagem e/ou minimizando problemas comportamentais presentes e que podem interferir muito com a atividade escolar de alguns deles. A parceria com o educador permitirá que eventuais melhoras, bem com possíveis pioras, possam ser identificadas nas salas de aula e discutidas com o médico. A compreensão, na maior profundidade possível, do quadro clínico do nosso aluno especial será de extrema valia na discussão de que tipo de escolaridade deverá ser indicado. Nesta época, em que se discute a inclusão do aluno especial nas escolas normais, uma compreensão exata do grau de comprometimento do aluno, bem como uma idéia realista a respeito do seu potencial educacional, poderá nortear os técnicos no sentido de optarem por um ambiente escolar normal ou um especial/protegido. Muito embora esteja de acordo no sentido de que seria desejável que todos os alunos estivessem incluídos e adaptados à escola normal, certos tipos de prejuízos impedirão que esta inclusão se faça com vantagens para o aluno. A inclusão dependerá não apenas dos limites impostos pela condição de base, mas também das facilidades existentes na comunidade à qual o aluno pertence.

O aspecto mais importante do processo de diagnóstico é um cuidadoso histórico clínico e do desenvolvimento da criança.

#### 4 O TDAH E O AMBIENTE ESCOLAR

O TDAH é um distúrbio de realização e não um tipo específico de problema de aprendizagem. Sabe-se que as crianças com TDAH são capazes de aprender, mas têm dificuldades de se sair bem na escola devido ao impacto que os sintomas têm sobre uma boa atuação.

Na escola, as crianças com TDAH podem apresentar, em geral, a inteligência média ou acima da média (Razera, 2001). Porém apresentam alguns problemas na aprendizagem ou no comportamento, associados aos desvios das funções do sistema nervoso central, propiciando dificuldades na percepção, conceitualização, linguagem, memória, controle da atenção, função motora e impulsividade.

A impulsividade da criança com TDAH é anormal: não consegue parar de mexer nas coisas, diz coisas fora de hora, mesmo sabendo que não deveria dizê-las. Seus impulsos colocam-na em constantes conflitos com os pais, colegas e professores. Seu descontrole emocional é demonstrado pela irritabilidade, pela agressividade e pelo choro. Tem mudanças freqüentes e inesperadas de humor. Assusta-se e entra em pânico por motivos tolos. Algumas são retraídas, inibidas e frustram-se com facilidade; são incapazes de concentrar-se na ação; perdem o interesse quando utilizam materiais que exigem esforços de conceitos.

Durante o período escolar é que aparecem as manifestações mais evidentes da hiperatividade. A criança não consegue aprender a ler normalmente, tem dificuldades de abstração, apresenta em tarefas que exijam coordenação visomotora; sua escrita, cópia e desenhos são inadequados e com problemas perceptivo-motores. É considerada desajeitada, sem equilíbrio e sem ritmo, ou seja, sua coordenação, no geral, é deficitária.

Crianças com TDAH, na idade escolar, apresentam maior probabilidade a repetência, evasão escolar, baixo rendimento acadêmico e dificuldades emocionais e de relacionamento. A uma hipótese que os sintomas da TDAH sejam catalisadores,

tornando as crianças vulneráveis ao fracasso nos dois processos mais importantes para um bom desenvolvimento: o relacionamento social e a escola.

Para poder distinguir um hiperativo de um aluno com distúrbios mais leves de atenção, além dos comportamentos anteriormente mencionados, Razera (2001) diz que deve-se estar atento a três fatores:

- a) contínua agitação motora;
- b) a impulsividade;
- c) impossibilidade de se concentrar.

Os professores que possuem alunos que apresentam problemas de hiperatividade devem ter muita paciência e disponibilidade, segundo o autor, pois eles precisam de muita atenção. A criança hiperativa geralmente possui baixa auto-estima pelo fato de apresentar dificuldades na concentração e os professores que não conhecem os problemas relacionados ao TDAH consideram-na como exemplo negativo para os demais alunos.

#### 4.1 COMO LIDAR COM TDAH EM SALA DE AULA

É importante desenvolver várias intervenções para atuar eficientemente no ambiente da sala de aula com a criança portadora de TDAH. Um repertório de intervenções deve ser desenvolvido para educar e melhorar as habilidades deficientes da criança.

Segundo Topczewski (1999), pode-se usar métodos didáticos alternativos para melhoria do comportamento e desenvolvimento pedagógico da criança hiperativa:

- a) Trabalhar com pequenos grupos sem isolar as crianças hiperativas;

b) Dar tarefas curtas ou intercaladas, para que elas possam concluí-las antes de se dispersarem;

c) Elogiar sempre os resultados;

d) Usar jogos e desafios para motivá-las;

e) Valorizar a rotina, pois ela deixa a criança mais segura, mantendo sempre o estímulo através de novidades no material pedagógico;

f) Permitir que elas consertem os erros, pedindo desculpas quando ofender algum colega ou animarem a bagunça da classe;

g) Repetir individualmente todo comando que for dado ao grupo e fazendo-o de forma breve usando sentenças claras para entenderem;

h) Pedir a elas que repitam o comando para ter certeza de que escutaram e compreenderam o que o professor quer;

i) Dar uma função oficial às crianças, como ajudantes do professor, isso faz com que elas melhorem e abram espaços para o relacionamento com os demais colegas;

j) Mostrar limites de forma segura e tranqüila, sem entrar em atrito;

k) Orientar os pais a procurarem um psiquiatra, um neurologista ou um psicólogo.

Razera (2001) destaca que o sucesso em sala de aula, freqüentemente exige uma série de intervenções. A maioria das crianças com TDAH pode permanecer na classe normal, com pequenos ajustes na sala, como a utilização de um auxiliar ou programas especiais a serem usados fora da sala de aula. As crianças com problemas mais sérios exigem salas de aula especiais.

Para crianças desatentas, uma sala de aula eficiente, deve ser organizada e estruturada. O professor deve estar preparado o suficiente para receber uma criança

portadora de TDAH e procurar conhecer melhor o quadro da disfunção, para saber como lidar com ela. Depois, um programa de reforço baseado em ganhos e perdas, deve ser parte integrante do trabalho da classe. A avaliação do professor deve ser freqüente e imediata.

É recomendado ignorar pequenos incidentes. O material didático deve ser adequado às habilidades da criança. Estratégias cognitivas que facilitem a auto-correção, e que melhorem o comportamento nas tarefas, devem ser ensinadas.

As tarefas devem variar, mas continuar sendo interessantes para o aluno, assim como a criatividade e habilidade do professor mediante as tarefas. Os horários de mudanças de tarefas das crianças devem ser supervisionados. A comunicação entre pais e professores deve ser freqüente. Os professores também precisam ficar atentos ao quadro negativo de seu comportamento. As expectativas devem ser adequadas ao nível de habilidade da criança e deve-se estar preparado para mudanças.

Os professores devem ter conhecimento do conflito incompetência x desobediência e aprender a discriminar entre os dois tipos de problemas.

Razera (2001), destaca que no rol de intervenções específicas que o professor pode fazer para ajudar a criança com TDAH a se ajustar melhor à sala de aula, apresentam-se as seguintes:

- a) Proporcionar estrutura, organização e constância (sempre a mesma arrumação das cadeiras, programas e regras claramente definidas);
- b) Colocar a criança perto de colegas que não o provoquem, perto da mesa do professor, na parte de fora do grupo;
- c) Elogiar, encorajar e ser afetuoso, porque essas crianças desanimam facilmente;
- d) Dar responsabilidade que elas possam cumprir, fazendo com que se sintam necessárias e valorizadas;

e) Proporcionar um ambiente acolhedor, demonstrando calor e contato físico de maneira equilibrada;

f) Nunca provocar constrangimento ou menosprezar o aluno;

g) Favorecer oportunidades sociais e proporcionar trabalho de aprendizagem em grupos pequenos, pois em grupos menores as crianças conseguem melhores resultados;

h) Comunicar-se com os pais da criança porque, geralmente, eles sabem o que tem melhor funcionamento com seu filho;

i) Ir devagar com o trabalho e parcelar a tarefa. Doze tarefas de cinco minutos cada, trazem melhores resultados do que duas tarefas de meia hora.

j) Adaptar suas expectativas quanto a criança, levando em consideração as diferenças e inabilidades decorrentes do TDAH;

k) Recompensar os esforços, a persistência e o comportamento bem sucedido ou bem planejado;

l) Proporcionar exercícios de consciência e treinamento dos hábitos sociais da comunidade. Uma avaliação freqüente sobre o comportamento da criança consigo mesma e com os outros, ajudará bastante;

m) estabelecer limites claros e objetivos;

n) Facilitar o freqüente contato aluno/professor, pois auxilia em um controle extra sobre a criança e possibilita oportunidades de reforço positivo e incentivo a um comportamento mais adequado;

o) Permanecer em constante comunicação com o psicólogo ou orientador da escola,. Este é o melhor ponto de ligação entre a escola, os pais e o médico.

## CONCLUSÃO

Através do estudo realizado, foi confirmado que as pessoas com TDAH são atingidas em todos os aspectos da vida: pessoal, escolar, social, afetivo e profissional. Por isso, o diagnóstico deve ser feito o mais precoce possível e através de uma avaliação ampla.

As crianças com TDAH são freqüentemente acusadas de “não prestar atenção”, mas na verdade elas prestam atenção em tudo. O que não possuem é a capacidade para planejar com antecedência, focalizar a atenção seletivamente e organizar respostas rápidas.

O professor que possui um aluno com TDAH deve ter muita paciência e disponibilidade, pois o sucesso na escola exige uma série de intervenções. A sala de aula deve ser estruturada e organizada. O aluno deve sentar-se próximo ao professor e longe de janelas e portas, por exemplo, que podem tirar sua atenção. Para cada caso deve ser avaliado o que deve ser mudado sob orientação do médico ou da equipe de acompanhamento.

O tratamento de crianças com TDAH exige um esforço combinado, ou seja, uma intervenção multidisciplinar: profissionais das áreas médicas, saúde mental e pedagógica em conjunto com os pais e ainda, quando necessário, uso de medicação.

Precisamos nos conscientizar e compreender o impacto que os sintomas do TDAH têm sobre os portadores e suas famílias e quando isso acontecer, teremos um futuro promissor.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GUARDIOLA, A. Distúrbio de hiperatividade com déficit de atenção: um estudo de prevalência e fatores associados em escolares de 1ª série de Porto Alegre. Porto Alegre: UFRGS, 1994.

KAPLAN, H; SADOCK. B. Compêndio de Psiquiatria Dinâmica. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

PETRY, A. Hiperatividade: Características e procedimentos básicos para amenizar as dificuldades. Professor, Porto Alegre. Abril, p. 47-48, jul/set, 1999.

RAZERA, Graça. Hiperatividade Eficaz. Rio de Janeiro: Instituto Internacional de Projeiologia e Conscienciologia, 2001.

RODHE, LA. Árvore de decisão terapêutica do uso de psicofármacos no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e comorbidade em crianças. São Paulo: Cultura, 1998.

ROHDE, Luis Augusto, Mattos Paulo & Cols. Princípios e Práticas em TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção/Hipertividade. Porto Alegre: Artmed, 2003.

TOPECZEWSKI, Abram. Hiperatividade. Como lidar? São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.





