

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INCLUSÃO

**A HIPERATIVIDADE ASSOCIADA AOS DISTÚRBIOS DO
DÉFICIT DE ATENÇÃO**

PONTAL DO PARANÁ

2004

ALBA PATRÍCIA BERNARDI

**A HIPERATIVIDADE ASSOCIADA AOS DISTÚRBIOS DO
DÉFICIT DE ATENÇÃO**

Monografia apresentada ao curso de
Pós-Graduação em Inclusão

Pontal do Paraná

2004

*Criança, dá-me tua mão
Para que eu possa caminhar na luz
Da tua fé em mim.
Hannah Kahan*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
1 PROCESSO DE MATURAÇÃO INFANTIL	3
1.1 DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA SEGUNDO PIAGET	3
1.2 DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA SEGUNDO VYGOTSKY	14
1.3 PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO	15
2 HIPERATIVIDADE E A SÍNDROME DO DÉFICIT DE ATENÇÃO - SDA	21
2.1 ETIOLOGIA.....	22
2.2 DIAGNÓSTICO	24

2.2.1 Diagnóstico Diferenciado.....	30
2.3 TRATAMENTO.....	33
2.3.1 Tipos de Medicamentos	34
3 PRÁTICAS PEDAGÓGICAS PARA A SDA	37
CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

INTRODUÇÃO

A partir dos três anos a criança está se tornando mais competente nas áreas de aprendizagem, inteligência, linguagem e motora,(Jean Piaget). Consegue lidar melhor conceitos como idade, espaço, tempo e moralidade, embora ainda com características bem próprias desta faixa etária, tais como não conseguir separar completamente o real do irreal, acreditar no poder das palavras aceitando seu significado literal, atribuir causas humanas a fenômenos naturais e características humanas a animais, plantas e objetos. Nesta fase de desenvolvimento ela é incapaz de considerar o ponto de vista de outra pessoa e uma criança de quatro anos não consegue entender porque um adulto não quer passear por estar cansado se ela não está.

O pré-escolar está pronto para canalizar sua energia no aprendizado de

coisas novas. A interação e o relacionamento com outras crianças e adultos, as funções adequadas do papel sexual, os comportamentos socialmente aceitáveis, os conceitos de certo e errado, as conseqüências de suas atitudes e os valores (tolerantes, preconceituosos, discriminatórios, etc.), serão assimilados pela criança de acordo com as atitudes e os conceitos que lhe forem transmitidas pela família.

Aos três anos, afloram os distúrbios da aprendizagem, o qual é bastante amplo e engloba diferentes problemas, com causas as mais variadas possíveis. Estas crianças não conseguem acompanhar o ritmo de aprendizagem dos colegas e se não atendidas adequadamente tornar-se-ão repetentes e progressivamente irão apresentar maiores dificuldades.

O aprendizado é um processo bastante complexo e exige um conjunto de pré-requisitos para que o indivíduo esteja preparado para assimilar e usar o que está lhe sendo ensinado (Drouet, 1985) Ter prontidão para o aprendizado escolar significa estar apto e possuir habilidades para executar determinadas tarefas. Em termos funcionais significa ter maturação das funções necessárias para a adequada execução das tarefas.

Muitas crianças apresentam um desempenho escolar abaixo do esperado porque são expostas a exigências para as quais ainda não estão preparadas, (Drouet,1985) ou a currículos que não respeitam diferenças ou o ritmo de aprendizagem individual. Em função disto, a criança pode tornar-se desinteressada, desatenta e inquieta. Uma vez corrigida a situação pedagógica, modifica-se o desempenho escolar. Nestes casos não há problema com a criança, mas sim a necessidade de uma adaptação a suas características individuais.

É nessa detecção que entra a capacidade pedagógica do professor no sentido de prontamente reconhecer a real ocorrência do distúrbio e assim, efetuar o encaminhamento da criança para um profissional da área exigida, podendo ser a Psicologia, a Fonoaudióloga, a Neurologia, ou mesmo tomar atitudes diferenciadas em sala de aula, visando a minimização desses comportamentos. O mais

preocupante e marcante comportamento demonstrado na Síndrome do Déficit de Atenção é a Hiperatividade, a qual comumente atribui-se inúmeras causas, tais como problemas de ambiente e neurológicos.

Nesse sentido a presente monografia visa expor a questão da Síndrome do Déficit da Atenção e a Hiperatividade, a partir da pesquisa científica bibliográfica a fim de caracterizar ambos os problemas.

Observa que o problema muitas vezes não está na criança e sim em seu ambiente, como na família ou na própria escola. Muitas vezes a queixa de mau rendimento escolar não expressa uma deficiência da atenção da criança e sim uma inadequação das propostas educacionais (Vygotsky).

1- O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Neste capítulo abordaremos a questão do desenvolvimento psicológico da criança, através da exposição dos estudos de teóricos como Piaget, Vygotsky.

1.1 DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA SEGUNDO JEAN PIAGET

O desenvolvimento mental, segundo JEAN PIAGET (CUNHA 1972), depende dos seguintes fatores:

- a) A maturação do sistema nervoso, abrindo possibilidades para serem desenvolvidas;
- b) O ambiente físico, oferecendo à criança farto material concreto com o objetivo de proporcionar a estimulação e a manipulação, instrumentos estes primordiais para a compreensão na primeira infância;
- c) O ambiente social, proporcionando interações com outros indivíduos de

forma positiva, ou seja, através da cooperação e colaboração, agindo em níveis iguais para crianças de mesma idade e diferenciados quando ocorre relacionamento entre adultos e crianças.

- d) Complementarmente encontra-se o fator de equilíbrio progressivo, ou seja, utilização do desenvolvimento constituído pela ação, inicialmente física e prática e posteriormente passando ao âmbito mental e simbólico.

Tal como a adaptação biológica, o desenvolvimento mental se processa a partir da assimilação dos dados do mundo exterior, para as estruturas mentais do indivíduo e para uma acomodação de suas estruturas referentes aos dados assimilados mentalmente. Assim o indivíduo construirá suas noções de mundo e as reconstruirá quando necessário, acaso hajam novas noções dadas pela sociedade ou quando vai além destas noções na elaboração de teorias mais coerentes.

Jean Piaget segundo LEITE (1987), é considerado o pesquisador que mais contribuiu para o estudo do desenvolvimento da inteligência, a criança está sempre criando e recriando seu próprio modelo de realidade e desenvolve-se mentalmente ao integrar conceitos mais simples em conceitos de nível mais elevado. Piaget defende assim o conceito de "epistemologia genética", espécie de cronograma estabelecido pela natureza para o desenvolvimento da capacidade infantil de pensar.

Esta teoria fez Piaget, definir o caminho que percorreria ao longo de sua vida; pesquisar a epistemologia genética, ou seja, como a criança aprende, através dos seguintes estágios:

a) FASE SENSÓRIO MOTORA (0 A 2 ANOS)

Através de mecanismos sensório-motores, no contato com a realidade, com ausências de manipulações simbólicas. Este período é caracterizado por 6 estágios:

I. ESTÁGIO:

- a) Imitação: Ex.: a criança é estimulada a chorar quando houve o choro de outras crianças (0 a 1 mês). As reações circulares, isto é, repetições reflexas de ações geram satisfação caracterizando-se por uma atividade equivalente ao brincar (a sucção por exemplo)
- b) Conceitos de Objetos: os objetos são principalmente sensações. Não diferencia o objeto das suas sensações.
- c) Espaço: a criança não aprende um espaço unitário mas uma coleção de espaços desligados e organizados em torno das principais esferas sensório-motoras de atividade. Portanto existe um espaço oral, um visual, um auditivo e um tátil, em vez de um espaço comum, no qual todos os demais estão incluídos.
- d) Causalidade: de acordo com a interpretação adulta, a causalidade transcende ao que seria viável nesse estágio. A gênese da causalidade expressa através do sentimento de que algo se reproduz, de eficiência ou de eficácia.
- e) Tempo: a criança vivencia o sentimento vago de duração, imanentes às suas próprias ações. Nesse sentido, se confunde com as impressões de expectativas e de esforço, sem distinção entre o antes e o depois.

II. ESTÁGIO: (1 A 4 MESES)

- a) Imitação: é mais pré-imitativa do que imitativa. Nesse estágio, a criança jamais tenta imitar um som, um movimento que lhe seja novo. A imitação ocorre apenas quando o modelo imitou a criança.
- b) Brinquedos: há muito pouco indício de atividades lúdicas
- c) Aparecem repetições de ações que são feitas posteriormente, buscando satisfação.

d) Conceito de objeto/espço/tempo: semelhante ao estágio I

III. ESTÁGIO:

- a) Imitação: a criança é freqüentemente vista imitando deliberada e sistematicamente sons e movimentos feitos por outras pessoas. Mas só imita respostas presentes no seu repertório e as que pode ver e ouvir.
- b) Brinquedos: há o uso da ação apenas pelo prazer da atividade e não pela necessidade de acomodação.
- c) Conceito de Objeto: o início da extrapolação transcende a percepção imediata. Antecipa o objeto inteiro vendo apenas uma de suas partes; procura um objeto fora de seu campo visual etc. Porém há uma desistência imediata quando não acha o objeto.
- d) Espaço: Enquanto o espaço próximo (do sujeito) começa a ser percebido em esquemas de profundidade (busca visual de objetos, procura), o espaço amplo continua sendo a tela plana que caracteriza os dois primeiros estágios. No espaço próximo começa a perceber a si próprio (mão, braço, interagindo com os objetos) mas numa organização indiferenciada onde a ação e o objeto se confundem.
- e) Tempo: percebe suas próprias ações e "seria" em relação aos efeitos ambientais que causam. Tem uma consciência elementar do antes e depois na sequênciação-resultado. Surge a capacidade de reter um fato que se deu no passado imediato.
- f) Causalidade: começa a discriminar o ato de seu resultado, quando ela se percebe agindo.

IV. ESTÁGIO (8 A 12 MESES)

- a) Imitação: imita modelos novos. Na imitação muitas vezes se diferencia do modelo.

- b) Brinquedos: a criança abandona as finalidades da ação para brincar com os meios usados. Aparece também a "ritualização" (a criança encontra um estímulo conhecido que usualmente está associado ao ato de ir dormir (travesseiro, lençol) e por alguns momentos, desenvolve o ritual de dormir: deita-se, chupa o dedo, etc.
- c) Conceito de Objeto: a criança começa a procurar ativamente objetos ocultos porém com uma limitação no padrão da procura. O objeto deve ser escondido na presença da criança. Só posteriormente ela levanta obstáculos.
- d) Espaço: o espaço não próximo deixa de ser um pano único e se torna organizado em regiões de profundidades diferentes.
- e) Causalidade: a criança considera o sujeito (agente) como a causa do movimento.
- f) Tempo: a criança relaciona pela 1ª vez um objeto como meio (que ocorre antes) de um fato que é fim (ocorre depois). Retém uma série de acontecimentos, na qual sua própria ação não intervém diretamente.

V. ESTÁGIO: (1 ANO A 1 ANO E 6 MESES)

- a) Imitação: a imitação torna-se mais deliberada e ativa com mais habilidade e sutileza.
- b) Brinquedos: além de repetir e variar uma ação, ela complica pelo prazer de fazê-lo.
- c) Conceito de Objeto: aprende a procurar o objeto no local em que foi visto pela última vez. A criança não consegue encontrar o objeto quando há deslocamentos invisíveis que precisam ser inferidos ou imaginados.
- d) Espaço: há relações espaciais entre os objetos: empilhar objetos, colocar e retirar do recipiente.

- e) Causalidade: ela agora não se considera como uma causa mas como um receptor de causas.
- f) Tempo: capacidade maior de seriar os próprios acontecimentos. Capacidade crescente de reter os acontecimentos na memória e num tempo maior.

VI. ESTÁGIO: (18 MESES EM DIANTE)

- a) Imitação: imitação adiada: a criança reproduz de memória um modelo ausente.
- b) Brinquedos: aparece a simbolização. A criança é capaz de fingir e fazer de conta.
- c) Conceito de Objeto: imagina, independente das suas ações uma série de objetos concretos que existe permanentemente no espaço. É visto como definitivamente isolado, sujeito às suas próprias leis de deslocamento.
- d) Espaço: é capaz de controlar seus movimentos no espaço. É capaz de representar os deslocamentos invisíveis no espaço.
- e) Causalidade: a capacidade de representação (imagens de memória) leva a criança a inferir uma causa, a partir do efeito, e a antecipar um efeito, a partir da causa.
- f) Tempo: a capacidade de reter fatos e de formar imagens facilitam a recordação de fatos cada vez mais remotos: organização ordenada de acontecimentos relacionados com ações.

b) FASE PENSAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO (2 A 7 ANOS)

Há o aparecimento acentuado das representações mentais, desenvolvendo as funções simbólicas (capacidade de simbolizar um fato real. Ex. "faz de conta").

– 1º Subestágio: nível pré operatório

- Aparecimento da linguagem – da função simbólica.
- Aparecimento da imagem

A linguagem é nessa época um acompanhamento da ação, baseada em imagem. Os símbolos disponíveis para a manipulação mental e expressados em linguagem têm a propriedade de um preconceito. Preconceito é o intermediário entre o símbolo imaginado e o conceito propriamente dito e é definido como "... ausência de inclusão dos elementos em um todo e identificação direta dos elementos parciais entre si sem a mediação do todo." (LEITE, 1987, p. 34)

A criança é egocêntrica nas representações mentais, desenvolvendo a percepção centrada, sem considerar o ponto de vista do outro. Pouco esforço faz em adaptar a sua linguagem às necessidades do ouvinte. Não consegue pensar sobre o seu próprio pensamento.

O mecanismo de contração e a dificuldade de descentrar leva esta criança a concentrar-se num único aspecto do objeto, o que produz a distorção do raciocínio; é incapaz de considerar vários aspectos do elemento. Assimilam os aspectos aparentes que mais chamam a sua atenção.

Estados e transformações: a criança se atem a um estado do objeto e não à transformação deste.

Portanto, o pensamento é estático e imóvel.

- a) Equilíbrio: ausência relativa de equilíbrio entre assimilação e acomodação. A criança é mais submissa às mudanças do que controladora das mesmas. Não possui um sistema em equilíbrio com o qual possa ordenar, formar com coerência o mundo que o cerca. Sua vida cognitiva com sua vida afetiva tende a ser instável, descontínua e momentânea.
- b) Ação: a criança já representa a realidade com imagens, mas essas representações estão mais próximas das ações explícitas. Não há

tentativa do esquematizar, ordenar e refazer. Piaget denomina esta fase de realismo quando as coisas para a criança são aquilo que parecem ser, na percepção imediata, egocêntrica.

- c) Irreversibilidade: as transformações não podem ser reversíveis, isto é não podem a partir dela, voltar ao que era. Isto não é percebido, principalmente porque na transformação não se percebe a constância dos elementos.
- d) Conceitos e raciocínios: dificuldade de reconhecer a identidade de um objeto no decorrer de mudanças contextuais. Dificuldades de perceber elementos semelhantes pertencentes a uma classe, com suas diferenças individuais. Os pré-conceitos são estes conceitos generalizadores e não diferenciados.
- e) Animismo e artificialismo: em sua visão do mundo possui conceitos primitivos de moral e de justiça e apresenta uma imaturidade generalizada nas tentativas de enfrentar intelectualmente problemas relativos ao tempo, causalidade e espaço. Não distingue claramente a atividade lúdica e a realidade como áreas cognitivas diferentes, com regras próprias. No animismo tudo possui alma e vida.
- f) Transdução: faz implicações entre dois fatos sem ter uma relação lógica: água quente implica em barbear-se. A criança raciocina de preconceito para preconceito.
- g) Justaposição e sincretismo: justapor é reunir partes sem articulá-las, sem relacionar parte e chegar ao todo.

Pensamento sincrético é quando a criança relaciona tudo com tudo o mais.

É buscar todos, sem relacioná-los entre si e com as partes.

– 2º Subfase Intuitiva

Entre 4 e 7 anos assiste-se a uma nova estruturação dos esquemas

cognitivos. Esta fase intermediária se caracteriza por um esforço considerável de adaptação à idéia de uma forma semi-simbólica de pensamento que é o raciocínio intuitivo.

Já há uma exploração de vários traços do objeto, na busca de um todo. Mas ainda não há uma conservação de um todo. O erro é de ordem perceptiva, há uma construção intelectual incompleta. Ocorre progresso entretanto, na medida em que o sujeito examina as configurações do conjunto, de maneira a relacionar duas dimensões mas não amplia as suas conclusões sobre compensações e conservações porque ainda está muito presa às imagens perceptivas.

A descentração progride, identificando vários traços de uma realidade e na tentativa de buscar relações. As regras mantêm maior constância e organizações, mas carecem de reversibilidade e de conservações e relatividade. Já começam as tentativas de agrupamento (por um traço apenas, sem inclusões de classe) e ordenações por um traço perceptivo, ainda apoiado em pareamentos (sem inclusão de séries).

c) FASE DE OPERAÇÕES CONCRETAS (7 AOS 11 ANOS)

Durante este período, as deficiências do período anterior são, em grande parte superadas. A criança adquire o conceito de conservação ou o princípio de invariância. A quantidade de água em vidros diferente não mudam simplesmente porque a forma mudou. Se pegar uma mesma massa e transformá-la ora numa bola, ora numa salsicha, a quantidade não varia, simplesmente por ter mudado a forma. Além disso, a criança adquire o conceito de reversibilidade: no pensamento, as idéias podem ser retomadas, a situação original pode ser restaurada, as coisas transformadas podem voltar às suas origens.

A criança tem mais capacidade de descentração, buscando as identidades e diferenças, além do percebido. Derivado desta capacidade, a criança pode

classificar objetos sob um aspecto e desclassificá-lo sobre um outro (em um aspecto pertence a um conjunto, num outro aspecto pertence a outro grupo)

Possui capacidade de ordenar os objetos tendo em vista uma qualidade padrão (ordenar varas de tamanhos diversos). Isto se dá porque consegue estabelecer relações.

Estabelecer relação, classificando e seriando, faz com que o indivíduo deduza das ações percebidas, operações implícitas, porém estas operações são feitas tendo em vista objetos concretos. A simples verbalização para expressar relações não são compreendidas nesta fase.

O mesmo processo se dá em relação a percepção espacial-temporal, isto é, todas as características de flexibilidade (reversibilidades) e constância de elementos aparecem na percepção de causa e efeito.

Igualmente na avaliação (julgamento ético e estético) todas as características citadas acima entram no processo.

d) FASE DE OPERAÇÕES FORMAIS

O estágio das operações formais começa no início da adolescência. O adolescente pode raciocinar dedutivamente, fazer hipóteses a respeito de soluções para o problema, pensar simultaneamente em várias hipóteses. É capaz de raciocínio científico e de lógica formal e pode aceitar a forma de um argumento, embora deixe de lado seu conteúdo concreto, de onde se origina o termo "operações formais".

O adolescente parece preocupado com o pensamento. Considera leis gerais e se preocupa com o hipoteticamente possível e também com a realidade. Já não precisa limitar sua percepção a situações imediatas e ao concreto. O indivíduo que atingiu as operações formais tenta por à prova suas hipóteses, seja mentalmente ou através de experimentos reais.

Finalmente o adolescente perceberá o outro, entrará no processo afetivo

ou imaginativo de forma mais flexível que anteriormente, usando nas suas interpretações e avaliações hipóteses mentais elaboradas ou mesmo criadas, tendo a capacidade de confrontá-las com a realidade.

A criatividade atinge a maturidade em relação ao demais estágios.

Isto acontece porque as imagens são elaboradas, reelaboradas e combinadas mentalmente, sem deixar de serem confrontadas com uma realidade objetiva, claramente delineada pelo adolescente.

Há diferenciação nítida entre o EU e o objeto.

Assim, Piaget trata do sujeito como criador de si mesmo e do mundo num processo de interações sujeito-objeto (interacionismo), sendo a inteligência adquirida pela assimilação e acomodação tendo como resultado o conhecimento, meio pelo qual o espírito humano pode adaptar-se.

1.2 DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA SEGUNDO VYGOTSKY

Segundo VYGOTSKY, principal teórico da concepção, (desenvolvimento da criança), o conhecimento é construído na relação dialética entre o sujeito e o meio através da linguagem. O meio para Vygotsky é constituído pelo ambiente físico, idéias, pessoas, cultura, etc. o conhecimento é cumulativo e histórico e foi construído pela humanidade. O indivíduo é visto como um ser social, íntegro, ele propôs uma pedagogia dialógica entre professor e aluno, aluno e aluno. Para concluir, fica com esta citação de VYGOTSKY (1987) "Tudo que nos rodeia, que foi criado pela mão do homem, todo o mundo da cultura, se diferencia do mundo da natureza, pela produção da imaginação e da criação humana" (QUINTIERI, 1997, pg. 51)

A linguagem infantil sugere que por um longo período de tempo, a palavra

para as crianças é uma propriedade do objeto, mais que um símbolo deste. As crianças captam a estrutura externa da palavra objeto, mais cedo que sua estrutura simbólica interna. A fala interior por sua vez, desenvolve-se mediante o acúmulo lento de mudanças estruturais e funcionais, tornando-se em estruturas básicas de seu pensamento.

A função da linguagem portanto, é a de refletir o mundo exterior e a de planejar e determinar o curso de uma ação. Antes de controlar o comportamento, a criança inicia por controlar seu ambiente com a ajuda da fala, produzindo novas relações com ambiente, além de uma nova organização do pensamento. A criação dessas características humanas de comportamento produz mais tarde o intelecto, constituindo a base do trabalho produtivo: a forma específica humana do uso de instrumentos.

Desde os primeiros dias de desenvolvimento da criança, suas atividades adquirem um significado próprio num sistema de comportamento social e, sendo dirigidas a objetivos definidos, são refratadas através do prisma do ambiente da criança. O caminho do objeto até a criança e desta ao objeto passa através de outra pessoa. A estrutura humana complexa é o produto de um processo de desenvolvimento profundamente enraizado nas ligações entre história individual e história social.

Portanto, o desenvolvimento e aprendizagem estão relacionados desde o nascimento da criança, onde a aprendizagem resultará do desenvolvimento e este não ocorrerá sem que haja aprendizagem, havendo uma potencialidade no homem, a partir da relação com o meio colocada em ação.

A zona de desenvolvimento proximal – ZPD, seria a distância entre o nível de desenvolvimento real que se costuma determinar através da solução independente de problemas e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto, ou em colaboração com companheiros mais capazes. O fazer pedagógico funda-se portanto, no

desenvolvimento potencial. Ocorrendo dois níveis de desenvolvimento:

- desenvolvimento real: capacidade intelectual já consolidada pela criança (resolução de problemas sem o auxílio de outrem).
- desenvolvimento potencial: capacidade de resolver um problema com o auxílio de alguém mais velho ou um adulto. A criança precisa de intervenção pedagógica externa a fim de colaborar na realização da tarefa, ou seja, encontra-se no estágio de “um botão de flor que está por desabrochar”.

1.3 PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

A psicologia do desenvolvimento tem por objetivo conhecer o indivíduo desde o nascimento até a morte, partindo de um ser imaturo, dependente, incapaz de garantir sua própria sobrevivência, para um indivíduo maduro e, se possível, bem adaptado ao seu ambiente. (RAPPAPORT et al, 1981)

Para ter esse objetivo cumprido é necessário que a psicologia do desenvolvimento estude todas as fases e crises pelas quais o indivíduo passa no decorrer da sua vida. Biólogos e psicólogos têm dividido o desenvolvimento humano da seguinte forma: período pré-natal; período recém-nascido; primeira infância; segunda infância; adolescência; maturidade; senilidade ou velhice.

A partir dessa divisão é possível estudar o desenvolvimento como um todo (biológico, emocional, social e intelectual). (TEIXEIRA, 1998)

a) Período de Gestação

Nesse sentido o período de gestação e parto é de fundamental importância para a Psicologia ter noções de como ocorre o processo de fecundação da criança

no útero materno, porque muitos problemas de comportamento, deformidades físicas e distúrbios de personalidade, têm origem nesta fase.

Após um longo período de credices, atualmente sabe-se que os fatores que realmente influenciam na gestação, são a idade da mãe, drogas, radiações, doenças infecciosas, fator RH, dieta, alimentação inadequada e insuficiente da gestante. Por essa breve exposição de alguns de muitos fatores que podem predispor a diversos tipos de distúrbios durante a gestação, conclui-se pela importância da orientação médica durante a gestação ou mesmo do aconselhamento genético, quando um dos membros do casal é portador de qualquer característica que possa afetar negativamente o feto.

Além da diversidade de fatores já enumerados que prejudicam o feto de forma grosseira, existe outros, ainda que de maneira mais branda, prejudicam o desenvolvimento e o bem-estar psicológico (e social, em última análise) tanto da mãe quanto do bebê. O fator que me refiro é o parto tal qual vem sendo comumente realizado em nossa sociedade.

A gestante ávida de atenções especiais que a ajudem a ajustar-se no novo papel de mãe, recebe uma assistência obstétrica precária (mecânica e impessoal), sem que o profissional que está acompanhando, considere suas emoções, medos, ansiedades, alegrias, expectativas, etc.

É a hora do parto, propriamente dito, é feito num ambiente hospitalar por pessoas estranhas, às quais o nascimento não é um momento especial e sim uma rotina, e este é feito sem que a mãe tenha qualquer participação nas decisões, isso em nome dos princípios obstétricos. Nesse caso, o estado emocional pode se alterar e resultar numa "esterilização emocional".

Outro fator que pode interferir, é a indução do parto por drogas e o rompimento artificial das membranas, feito para acelerar o processo, causando o aumento das contrações uterinas e menor fluxo sanguíneo para o cérebro do bebê, o que pode causar anormalidades neurológicas, cardíacas, disfunção cerebral

mínima, etc.

A posição da mulher deitada e amarrada, interfere e inibe o comportamento materno natural, o que pode também influenciar no estabelecimento da interação com o seu bebê. O corte feito na mulher na hora do parto causa desconforto durante a amamentação, afeta o relacionamento sexual (e portanto conjugal) após o parto, dificultando ao casal, a elaboração da nova vida familiar.

Os fatores pós-parto também podem interferir quanto ao bebê em sua formação. Os cuidados pós-parto são executados de maneira mecânica, rapidamente, num ambiente tumultuado e de muita luz.

As luzes fortes sobre os olhos do bebê podem prejudicar o comportamento de olhar mútuo, que ocorre entre a mãe e a criança durante a amamentação.

O parto cesariana, freqüentemente realizado sem indicação obstétrica, com anestesia geral, pode levar a sentimento de incerteza em relação ao bebê (será mesmo seu filho?), sentimento de falha como mulher, além das dores e da separação subsequente.

A observação de bebês humanos, constatou que os primeiros dias e semanas após o nascimento constituem um período fundamental para o estabelecimento de uma ligação afetiva sadia, entre a mãe e o seu bebê, onde as primeiras horas seriam reconhecimento mútuo.

b) Desenvolvimento Físico

O desenvolvimento físico é altamente dependente da maturação, embora possa ser influenciada positiva ou negativamente, por fatores ambientais.

Ao falarmos de maturação, nos referimos às forças biológicas geneticamente programadas, que direcionam o crescimento em tamanho, o aparecimento e o controle de movimentos, a integração das impressões sensoriais, a possibilidade de sentar, andar, controlar as esfíncteres, segurar um lápis, executar corretamente os movimentos de escrita, falar, andar de bicicleta, etc. e que

aparecem na mesma seqüência para todos os indivíduos da espécie.

Os fatores ambientais são importantes no sentido de dar condições, ou não, para que a criança possa ter um desenvolvimento físico satisfatório.

A união da hereditariedade com o meio, proporcionam esse desenvolvimento físico satisfatório. Vejamos um exemplo: O desenvolvimento físico é fortemente dependente ao fator do código genético. A criança ao nascer traz uma tendência para ser alta ou baixa, gorda ou magra. Estas potencialidades serão atualizadas, ou não, em função do tipo de alimentação oferecida à criança, da prática de esportes e exercícios físicos, da ocorrência ou não de certas doenças, etc. Mas, se o meio ambiente for favorável à criança, com tendência para alta, irá desenvolvê-la.

c) Desenvolvimento Psíquico

O desenvolvimento da vida psíquica (psicanálise), através de seu objeto principal, o inconsciente, constitui principalmente o estudo da libido. Que se caracteriza por instintos, impulsos e de natureza sexual, em que a sexualidade não se resume apenas ao ato sexual, como também aos desejos que pedem e encontram satisfação em nosso corpo.

Onde é caracterizado por Freud através de diferentes fases da sexualidade humana, que se diferenciam pelos órgãos que sentem prazer, descritas abaixo (RAPPAPORT et al, 1981):

a) A fase oral, quando o desejo e o prazer encontram-se na boca, na ingestão de alimentos, com os dedos e com o seio materno, estabelecendo seu primeiro contato com o mundo exterior com a mãe, através do seio. Sendo esta fase marcada pelo relacionamento amoroso com o objeto inteiro (a mãe) e o pai e outros objetos entrarão sucessivamente nas relações infantis substituindo o vínculo inicial boca-seio.

b) A fase anal, quando o desejo e o prazer localizam principalmente nas

exceções, estando o erotismo ligado a genitalidade (em expelir e reter) e sobre este vínculo de prazer serão exercidas as primeiras pressões de socialização. Estando a ligação afetiva tanto para o menino quanto para a menina dirigida ao pai.

c) E também a fase fálica quando o desejo e o prazer localizam-se nos órgãos genitais e nas partes do corpo que excitam tais órgãos. Nessa fase, para os meninos, a mãe é o objeto do desejo e do prazer, com as meninas, o pai. E também pelo desejo pelo pai ou pela mãe, em um relacionamento pai-mãe-filho, denominado por Freud como Complexo de Édipo, que organiza a totalidade da vida psíquica e determina o sentido de nossas vidas.

Assim a sexualidade infantil nas etapas oral e anal definem vínculos com a mãe ou com o pai, que são importantes modelos evolutivos em relação ao mundo, porém não caracterizam vínculos femininos e masculinos. E na fálica se erotiza os genitais, marcando o ingresso na relação atração homem e mulher, que marcará seu desenvolvimento.

Portanto, inúmeros são os fatores que influem no desenvolvimento integral da criança, onde qualquer fato ou incidente pode prejudicar a evolução da mesma. O problema que enfoca a presente monografia é a Síndrome do Déficit da Atenção e a Hiperatividade, os quais podem ser derivados também de um mau desenvolvimento psicológico e físico da criança, os quais serão abordados no próximo capítulo.

2 HIPERATIVIDADE E A SÍNDROME DO DÉFICIT DE ATENÇÃO - SDA

O estudo do comportamento humano não é novo. Na Antiga Grécia, o médico Hipócrates estudou o perfil psicológico humano classificando-o em: Colérico, Fleumático, Sangüíneo e Melancólico, atribuindo características próprias de comportamento para cada um destes elementos. Em 1902 o Dr. Carl Jung foi um dos primeiros a estudar cientificamente os tipos de personalidade. Hoje são vários os modelos utilizados na intenção de explicar o nosso comportamento.

Um dos primeiros autores a escrever sobre a Síndrome do Déficit de Atenção, foi Dupré, que durante a Primeira Guerra Mundial descreveu um quadro sintomático intitulado: "Debilité Motrice", e que na época, passou meio desapercibido. (COES, 1991)

Anos depois, em 1947, Strauss e Lehtinen definiram esse quadro de sintomas de "Lesão Cerebral Mínima", acreditando assim existir uma pequena lesão

cerebral.

Em 1962, no simpósio de Oxford, foi oficializada a expressão "Disfunção Cerebral Mínima", já que a hipótese da existência de uma lesão cerebral mínima não tenha sido comprovada.

No ano de 1966, um grupo de estudos organizado pela National Society for Crippled Children and Adults, NINDB, deram a seguinte conceituação à Disfunção Cerebral Mínima (apud PAINE, 1968):

"As categorias diagnóstica e descritiva incluídas no termo Disfunção Cerebral Mínima, abrangem um espectro de sintomas que incluem, mas não se limitam a, dificuldades de aprendizado e/ou certos distúrbios de comportamento de grau leve à severo, associados a alterações orgânicas do funcionamento do sistema nervoso central. DCM é uma síndrome caracterizada por variadas combinações de déficits na percepção, conceituação, linguagem, memória e controle da atenção, que implicam nervos ou as funções motoras. Sintomas similares podem ou não complicar o quadro de crianças com paralisia cerebral, epilepsia, retardo mental, cegueira ou surdez."

Essas aberrações podem originar-se de variações genéticas, irregularidades bioquímicas, sofrimento perinatal, moléstias ou traumas sofridos durante os anos críticos para o desenvolvimento e maturação do Sistema Nervoso Central ou de causas desconhecidas.

A definição também admite a possibilidade de que a privação severa ou um trauma, ocorrido precocemente, podem resultar em alterações do Sistema Nervoso Central, possivelmente permanentes. Durante os anos escolares, uma variedade de dificuldades especiais de aprendizagem constituem as mais importantes manifestações da condição que é designada por esse termo.

Após esta conceituação, ocorreram estudos no campo da neuroquímica que trouxeram contribuições para a patogenia da Disfunção Cerebral Mínima. A partir de então, novas propostas foram elaboradas para precisar o conceito de DCM. Durante as décadas de 60 e 70, a denominação DCM foi considerada e empregada para designar um conjunto de sinais e sintomas como: alteração motora, distúrbio de conduta, distúrbio de aprendizagem, distúrbio de atenção.

Em 1980, a Associação Psiquiátrica Americana propôs uma nova denominação, para uniformizar o conceito, não utilizando mais a antiga DCM e hiperatividade, mas Síndrome do Déficit de Atenção.

Esta mudança ocorreu para englobar tanto a hiperatividade como os demais sintomas, também por não se tratar de uma disfunção propriamente dita e sim uma falta de maturação do Sistema Nervoso Central que tende a amenizar com o passar dos anos.

2.1 ETIOLOGIA

A etiologia da Síndrome do Déficit de Atenção, abrange alterações neurológicas facilmente confundidas com distúrbios emocionais específicos e autismo.

Entre as alterações neurológicas ligadas à Síndrome do Déficit de Atenção (SDA), pode-se destacar a imaturidade neurológica difusa e a perturbação quanto aos neurotransmissores químicos.

Todos os estímulos que a todo momento "bombardeiam" nosso cérebro, passam pela formação Reticular (área localizada no tronco Cerebral), esta determina os estímulos que irão tornar-se conscientes, atingindo assim o Córtex. Na formação Reticular existe um agregado de neurônios, separados por uma rede de fibras nervosas que ocupam a parte central do Tronco Cerebral. Nesta área existe um grande número de núcleos ricos em neurotransmissores destacando-se as monoaminas como serotonina, noradrenalina, dopamina.

Entre as funções da Formação Reticular, pode-se destacar o controle da atividade elétrica cortical, Sono e Vigília; controle eferente da sensibilidade; controle da motricidade somática; controle do sistema Nervoso autônomo; controle neuro-endócrino; integração de reflexos, centro respiratório e vasomotor.

A integridade das funções de tal área depende da maturação do Sistema Nervoso Central, conseqüentemente também da estimulação a qual a criança é submetida. Quando esta maturação está atrasada, a criança apresenta a desatenção, que é o principal sintoma desta Síndrome.

Outros Sintomas que constituem o quadro da SDA são: a hiperatividade, a incoordenação motora e falta de equilíbrio, distúrbios de fala, alterações de sensibilidade, distúrbios de comportamento e dificuldades escolares.

A aprendizagem da criança com SDA é bastante prejudicada devido a dificuldade de concentração.

Durante a idade escolar, a criança é considerada como diferente, indisciplinada, já que costuma manter-se agitada o tempo inteiro, distrai-se com facilidade pela existência de inúmeros estímulos. Portanto, as crianças com SDA são "crianças problemas" na escola, com muita dificuldade na aprendizagem, principalmente devido às alterações de atenção e conseqüentemente concentração.

2.2 DETECÇÃO

A característica essencial da SDA/ Hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais freqüente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento.

Alguns sintomas hiperativo-impulsivos que causam prejuízo devem ter estado presentes antes dos 7 anos, mas muitos indivíduos são diagnosticados depois, após a presença dos sintomas por alguns anos. Algum prejuízo devido aos sintomas deve estar presente em pelo menos dois contextos (por ex., em casa e na escola ou trabalho). Deve haver claras evidências de interferência no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional apropriado em termos evolutivos.

A desatenção pode manifestar-se em situações escolares, profissionais ou

sociais. Os indivíduos com este transtorno podem não prestar muita atenção a detalhes ou podem cometer erros por falta de cuidados nos trabalhos escolares ou outras tarefas. O trabalho freqüentemente é confuso e realizado sem meticulosidade nem consideração adequada. Os indivíduos possuem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas e consideram difícil persistir em tarefas até seu término. Eles geralmente dão a impressão de estarem com a mente em outro local, ou de não escutarem o que recém foi dito. Pode haver invariáveis mudanças de uma tarefa inacabada para outra. Eles também, não atendem a solicitações ou instruções e não conseguem completar o trabalho escolar, tarefas domésticas ou outros deveres. Esses indivíduos têm dificuldade para organizar tarefas e atividades. As tarefas que exigem um esforço mental constante são vivenciadas como desagradáveis e acentuadamente aversivas. Por conseguinte, esses indivíduos em geral evitam ou têm forte antipatia o por atividades que exigem dedicação ou esforço mental prolongados ou que exigem organização ou concentração (por ex., trabalhos escolares ou burocráticos).

As características das crianças com incapacidade de aprendizagem podem ser divididas em:

a) Problemas Visuais Perceptuais

- Dificuldade de distinção de vários formatos e tamanhos;
- Dificuldade de colorir, escrever e recortar;
- Falta de estabilidade no uso das mãos; trocando a direita e a esquerda muitas vezes para realizar uma tarefa;
- Letras e palavras ao contrário.

b) Problemas de Memória e Atenção:

- Dificuldade de concentração;
- Não ouve bem;
- Esquece fácil;

- Não é capaz de seguir instruções com vários passos.

c) Deficiência de Linguagem:

- Demora no desenvolvimento da linguagem;
- Tem dificuldades de formar sentenças e encontrar palavras certas.

d) Problemas de Leitura:

- Problema com os sons das palavras;
- Dificuldade de entender palavras e conceitos;
- Troca letras por ordem incorreta ou letras erradas.

A criança, com incapacidade de aprendizagem, no início, se relacionará bem com as demais crianças, não é hiperativa e geralmente gosta de escola. Desde o momento em que o jardim de infância enfoca a maior extensão do desenvolvimento social, muito mais do que o aprendizado, a criança com incapacidade de aprendizado poderá dar-se muito bem neste nível escolar.

Uma vez ingressando no primeiro grau, a situação mudará; agora lhe será cobrada a eficiência na leitura. Antes das primeiras férias escolares a c reforço positivo.

Os hábitos de trabalho são desorganizados e os materiais necessários para a realização da tarefa com freqüência são espalhados, perdidos ou manuseados com descuido e danificados. Os indivíduos com este transtorno são facilmente distraídos por estímulos irrelevantes e habitualmente interrompem tarefas em andamento para dar atenção a ruídos ou eventos triviais que em geral são facilmente ignorados por outros (por ex., a buzina de um automóvel, uma conversa ao fundo). Esquecem-se de coisas nas atividades diárias (por ex., faltar a compromissos marcados, esquecer de levar o lanche para o trabalho ou a escola). Nas situações sociais, a desatenção pode manifestar-se por mudanças de assunto,

falta de atenção ao que os outros dizem, distração durante as conversas e falta de atenção a detalhes ou regras em jogos ou atividades.

A hiperatividade pode manifestar-se por inquietação ou remexer-se na cadeira, por não permanecer sentado quando deveria, por correr ou subir excessivamente em coisas quando isto é inapropriado, por dificuldade em brincar ou ficar em silêncio em atividades de lazer, por parecer estar "à todo vapor" ou "cheio de gás" ou por falar em excesso.

A hiperatividade pode variar de acordo com a idade e nível de desenvolvimento do indivíduo, devendo o diagnóstico ser feito com cautela em crianças pequenas. Os bebês e pré-escolares com este transtorno diferem de crianças ativas, por estarem constantemente irrequietos e envolvidos com tudo a sua volta; eles andam para lá e para cá, movem-se "mais rápido que a sombra", sobem ou escalam móveis, correm pela casa e têm dificuldades em participar de atividades sedentárias em grupo durante a pré-escola (por ex., para escutar uma estória).

As crianças em idade escolar exibem comportamentos similares, mas em geral com menor frequência ou intensidade do que bebês e pré-escolares. Elas têm dificuldade para permanecer sentadas, levantam-se com frequência e se remexem ou sentam-se na beira da cadeira, como que prontas para se levantarem. Elas manuseiam objetos inquietamente, batem com as mãos e balançam as pernas e braços excessivamente. Geralmente se levantam da mesa durante as refeições, enquanto assistem televisão ou enquanto fazem os deveres de casa; falam em excesso e podem fazer ruídos demasiados durante atividades tranquilas. Em adolescentes e adultos, os sintomas de hiperatividade assumem a forma de sensações de inquietação e dificuldade para envolver-se em atividades tranquilas e sedentárias.

A impulsividade manifesta-se como impaciência, dificuldade para protelar respostas, responder precipitadamente, antes de as perguntas terem sido completada, dificuldade para aguardar sua vez e interrupção freqüente ou intrusão

nos assuntos de outros ao ponto de causar dificuldades em contextos sociais, escolares ou profissionais. A impulsividade pode levar a acidentes (por ex., derrubar objetos, colidir com pessoas, segurar inadvertidamente uma panela quente) e ao envolvimento em atividades potencialmente perigosas, sem consideração quanto às possíveis conseqüências (por ex., andar de skate em um terreno extremamente irregular).

As manifestações comportamentais geralmente aparecem em múltiplos contextos, incluindo a própria casa, a escola, o trabalho ou situações sociais. Para fazer o diagnóstico, algum prejuízo deve estar presente em pelo menos dois contextos. É raro um indivíduo apresentar o mesmo nível de disfunção em todos os contextos ou dentro do mesmo contexto em todos os momentos.

Os sintomas tipicamente pioram em situações que exigem atenção ou esforço mental constante ou que não possuem um apelo ou novidade intrínsecos (por ex., escutar professores, realizar deveres escolares, escutar ou ler materiais extensos ou trabalhar em tarefas monótonas e repetitivas). Os sinais do transtorno podem ser mínimos ou estar ausentes quando o indivíduo se encontra sob um controle rígido, está em um contexto novo, está envolvido em atividades especialmente interessantes, em uma situação a dois (por ex., no consultório do médico) ou enquanto recebe recompensas freqüentes por um comportamento apropriado. Os sintomas são mais prováveis em situações de grupo (por ex., no pátio da escola, sala de aula ou ambiente de trabalho). O clínico deve indagar, portanto, acerca do comportamento do indivíduo em uma variedade de situações, dentro de cada contexto.

Até recentemente acreditava-se que os sintomas do SDA desapareciam na adolescência. Atualmente sabe-se que os sintomas permanecem na idade adulta em cerca de 70% dos casos.

O adulto com SDA apresenta problemas no trabalho e no relacionamento, além de problemas emocionais.

Estes são os principais sintomas que apresentam os portadores de SDA na fase adulta:

1. Desorganizado: sem a estrutura da escola, sem o apoio dos pais, tudo fica difícil, esquece compromissos, perde coisas e está sempre chegando atrasado.
2. Procrastinação crônica: Dificuldade em dar início ao que quer que seja, deixando as tarefas sempre para depois e com isto aumentando sua ansiedade.
3. Muitos projetos ao mesmo tempo: começa um, abandona, inicia o segundo, não termina, o terceiro, e assim por diante. O tempo passa e ele se frustra pois, não conseguiu terminar nem um deles.
4. Tendência de dizer o que vem a mente sem se preocupar se é tempo ou local adequado.
5. Frequentemente à procura de novos estímulos, baixa tolerância à monotonia.
6. Se distrai com facilidade, dificuldade de concentração, se perde no meio de uma leitura, esquece o que estava falando.
7. Impaciência, baixa tolerância à frustrações, como quem diz: outra vez....
8. Impulsivo, tanto no verbal como na ação, explodindo com facilidade. É um gastador impulsivo e o dinheiro nunca é suficiente. Muda de planos de carreira com certa frequência.
9. Tendência de se preocupar sem necessidade. Procura no horizonte algo com o que se preocupar.
10. Sensação de insegurança: não importa quão estável esteja a situação, ele se sente como se o mundo fosse desabar.
11. Mudança de estado de humor inesperadamente.
12. Inquieto: movimento com os dedos; levanta da mesa; sai da sala com

freqüência.

13. Baixa auto estima: este problema está diretamente ligado aos maus resultados obtidos em toda a vida.
14. Pobres observadores: normalmente eles se sentem inferior a outros que estão no seu mesmo nível.
15. A sensação de não conseguir seus objetivos.

2.2.1 Diagnóstico

Existem algumas patologias com uma sintomatologia semelhante à SDA. Por isso, em alguns momentos, torna-se difícil um diagnóstico diferencial.

A seguir será feito um paralelo entre a SDA e outras patologias:

- **Problemas Psicológicos Graves:** Nesses tipos de distúrbios, a criança geralmente possui hiperatividade. Porém, uma das diferenças encontradas que a difere da criança com SDA é que esta hiperatividade cessa em alguns momentos, principalmente quando a criança se encontra em situações novas ou difíceis. Quando, por exemplo, uma criança vai a casa de um desconhecido, ela procura, primeiramente, reconhecer o ambiente e as pessoas. Enquanto a criança com SDA, já entra no ambiente mexendo em tudo, inquieta, sobe e desce escadas, como por exemplo.

- **Lateralidade:** Estudos da lateralidade tem recebido uma atenção muito especial de neurologistas, fisiologistas, psicólogos, pediatras e pedagogos em geral. A lateralidade se refere a prevalência motora de um lado do corpo, e que esta lateralização motora coincide com a predominância sensorial do mesmo lado e com as possibilidades simbólicas do hemisfério cerebral oposto, ou seja, a predominância de um lado do corpo sobre o outro. A lateralidade nesse sentido, é o reflexo do

predomínio motriz dos segmentos direito e esquerdo, isto é, a “bússola” do esquema corporal. O lado esquerdo e o direito não são homogêneos e esta distinção já se manifesta ao longo do desenvolvimento e da experimentação. Sendo necessário que a criança adquira, primeiro, um certo grau de consciência corporal antes que possa desenvolver a dominância manual e que a lateralidade é experimentada principalmente com o auxílio do sentido cinestésico reforçado pela visão. Isto leva a criança a distinguir a direita e a esquerda dentro de si mesma. A consciência da lateralidade e da discriminação de direita e esquerda ajudará a perceber os movimentos do corpo no espaço e no tempo. Assim, a lateralidade se estabelece a partir das estimulações proprioceptivas, em oposição à orientação espacial que se estrutura através dos estímulos exteroceptivos. A literatura tem mostrado que a afirmação definitiva da lateralidade começa por volta dos 6 anos até sua culminância por volta dos 10 ou 11 anos. Geralmente, verificamos a definição lateral ao nível do membro inferior, superior e olho. A maioria dos testes de lateralização põe em jogo automatismos já constituídos. A lateralidade de utilização é diferente da lateralidade espontânea, onde a primeira traduz o potencial genético. Se a educação da criança é autoritária e as iniciativas da própria criança se limita, terá mais discordância entre a lateralidade espontânea e a de utilização. Há mais possibilidade desta discordância entre os seis e oito anos, já que é a idade de estabilização.

- Autismo: O que difere a criança autista da criança com SDA é o tipo de hiperatividade. Na criança autista a hiperatividade é na maioria das vezes estereotipadas, ritmada e repetitiva, ou seja, sempre com os mesmos movimentos numa mesma seqüência. Em alguns momentos a hiperatividade cessa para dar lugar a outras atitudes como por exemplo o choro, o riso, outras expressões faciais, etc. Enquanto que na criança com SDA, a hiperatividade não cessa nunca, nem para dar lugar a outros comportamentos.

- Deficiência Auditiva: Este diagnóstico diferencial é muito importante, pois muitas vezes a mãe traz a queixa de que a criança " não escuta bem", ou "não presta atenção quando os outros falam com ela" e quando submetida á avaliação audiológica não é detectada uma alteração auditiva. É nesse momento que o profissional pode suspeitar da SDA, principalmente se a avaliação audiológica for normal, somada a sintomas como hiperatividade e dificuldades escolares. Esta criança pode apresentar uma audiometria normal e queixa por parte dos pais de que ela "não escuta direito", tanto devido a dificuldades na seleção dos estímulos, devido a falta de maturidade do SNC ,especialmente da formação reticular, quanto por uma dificuldade no cumprimento das etapas do processamento auditivo central (principalmente a atenção) .

- Dislexia: Em crianças com SDA comumente, pode-se encontrar como foi dito anteriormente, quadros de disgrafia, discalculia e dislexia(dificuldade para ler e escrever). A disgrafia deve-se em geral à incoordenação motora. A discalculia pode ser proveniente da dificuldade que a criança possui da noção de equivalência quantitativa. A dislexia deve-se a dificuldade de concentração e reconhecimento dos símbolos gráficos. Contudo, é importante ser feito o diagnóstico diferencial da criança com dislexia e da criança com SDA e sintoma de dislexia. O paciente disléxico tem dificuldades de reconhecimento estritamente relacionados com símbolos gráficos, porém não possui falhas de concentração e atenção como nos pacientes com SDA. Um exemplo disso, é que uma criança com dislexia tem dificuldade na escrita, mas é capaz de realizar um jogo sem dificuldades em prestar atenção nas regras que envolvem o mesmo. Enquanto a criança com SDA possuirá dificuldade em perceber as regras, e manter atenção para tal atividade.

- Deficiência Mental: A criança portadora de deficiência mental possui seu

desenvolvimento intelectual prejudicado, o que a impede em alguns momentos de realizar determinadas atividades, ou seja, ela é incapaz de entender, por exemplo, regras de jogos mais complexos. Enquanto a criança com SDA, não é incapaz por ter função intelectual prejudicada ou deficiente, mas por ter dificuldade no campo da atenção. A criança com Deficiência Mental na maioria das vezes pode não apresentar uma hiperatividade, mas sim um estado de agitação. Outra característica da criança com deficiência mental é o quadro de hipotonia que a acompanha.

- Afasia de Evolução: o que a diferencia da SDA é principalmente a existência de uma lesão cerebral, o que não acontece na SDA.

2.3 FORMA DE TRATAMENTO

A Síndrome do Déficit de Atenção por Hiperatividade é um distúrbio comum porém, com alguns aspectos ainda controversos por não terem sido suficientemente esclarecidos nas pesquisas. Caracterizado pelo desenvolvimento inapropriado de hiperatividade, desatenção e impulsividade, nas crianças.

Cada vez mais tem sido constatado que este problema não se restringe à infância apesar de sempre começar nessa fase. Os estudos epidemiológicos sobre a prevalência da SDA apresentam resultados muito variados: de 1,7 a 17,8% . Isso é uma consequência da utilização ou aplicação de forma não padronizada dos critérios de diagnóstico. A razão entre meninos e meninas também varia entre 3:1 a 9:1 (menino/menina) sendo portanto sempre mais freqüente nos meninos. Essa razão muda na adolescência sendo aproximadamente equivalente, 1:1. Na idade adulta foi observada uma inversão das taxas, sendo as mulheres 2 vezes mais afetadas que os homens.

A persistência da hiperatividade durante a adolescência implica em significativos prejuízos acadêmicos, sociais e no comportamento. Os adultos com hiperatividade apesar de conseguirem trabalho tanto quanto outros adultos com as mesmas características epidemiológicas, geralmente ficam abaixo do nível que seria esperado para as condições que teve alcance. Além disso a constituição de uma personalidade anti-social é mais freqüente que a população geral quando uma criança hiperativa atinge a idade adulta ainda com a hiperatividade.

O prognóstico dos pacientes que fazem corretamente o tratamento é controverso. Um estudo mostrou que o relacionamento social e a auto-imagem ficaram melhores do que nos pacientes que não se trataram. Contudo um estudo mais recente com um acompanhamento de 8 anos não identificou diferenças nos sintomas entre aqueles que se submeteram ao tratamento com estimulantes e os que não se trataram. O que não significa que o tratamento seja desnecessário, pois durante o tratamento os sintomas ficam controlados, o problema é que a doença não regride com o tempo de tratamento.

2.3.1 Tipos de Medicamentos

Os estimulantes continuam sendo a escolha de primeira linha para tratamento do SDAH – Síndrome do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Há sessenta anos este tratamento feito inicialmente com anfetamina, permitia uma recuperação imediata e significativa do comportamento e da capacidade de manter a atenção. Este resultado foi confirmado por vários estudos. Este tratamento é eficaz para todas as idades, desde as crianças até os adultos com SDAH.

Posteriormente o metilfenidato mostrou-se superior a anfetamina. Um estudo com 84 crianças com SDAH e conduta antisocial simultâneos mostrou que tanto a SDAH como a conduta melhoravam com o uso do metilfenidato. Nunca se observou tolerância aos efeitos terapêuticos do metilfenidato, ao contrário do que

acontece na adição ao estimulante. Crianças com epilepsia superposta a SDAH podem tomar com segurança o estimulante.

Os psicoestimulantes que podem substituir o metilfenidato são a dextroanfetamina e a pemolina, que têm um pouco mais de efeitos colaterais. O metilfenidato pode ser dado com doses iniciais de 2,5 a 5mg ao dia e ser acrescentada de 5 em 5mg até 20 ou 30 mg/dia. A dose máxima que pode ser empregada são 60mg/dia. A dextroanfetamina também pode começar com 5mg, mas a dose recomendada são 20mg e a dose máxima 40mg. A Pemolina pode começar com 37mg e ser acrescentada com 18mg até a dose de 112mg que também é a dose máxima. Alguns estudos mostraram que o tratamento prolongado com metilfenidato prejudica o crescimento da criança, tornando-a um pouco mais baixas do que seriam se não tomasse esse remédio.

Contudo esse resultado não foi confirmado por outros estudos, que mostraram que as crianças tratadas com metilfenidato crescem tanto quanto as que não recebem metilfenidato. A principal contra-indicação da pemolina é a leve hepatotoxicidade reversível que incide em 2% dos pacientes. Desde 1973 foram relatados 13 casos de insuficiência hepática aguda, destes 11 resultaram em morte. A insuficiência hepática pode ser desenvolvida em apenas 4 semanas, os primeiros sintomas são: náuseas, vômitos, fadiga, mal estar, icterícia e hepatoesplenomegalia.

Um efeito colateral pouco comentado dos estimulantes é a indução de tiques, que são reversíveis com a suspensão do tratamento ou com a redução da medicação ou cedem espontaneamente com a manutenção da medicação. Em pacientes que já tinham tiques anteriormente ao tratamento geralmente não pioram.

A duração do tratamento é variável, pode ser feita somente nos dias de aula, interrompendo-o quando o paciente consegue um ajuste adequado para suas necessidades. Outros necessitaram da medicação continuamente até a idade adulta.

A primeira alternativa aos estimulantes são os antidepressivos tricíclicos. A imipramina é a mais estudada. Há mais desvantagens do que vantagens nos

antidepressivos para SDAH em relação aos estimulantes. A eficácia é seguramente menor. As vantagens consideradas são o menor potencial de abuso e a meia-vida mais longa permitindo tomar apenas uma vez ao dia com um controle satisfatório durante todo o dia. Não suprime o apetite nem prejudica o sono. Para crianças o risco de morte súbita é maior embora seja ínfimo, não há exames capazes de prever este grave efeito. Ainda não foram descritos benefícios dos inibidores da recaptção da serotonina para SDAH.

A terceira medicação empregada é a clonidina, um antihipertensivo que inibe a liberação de norepinefrina. Apesar de trazer benefícios são inferiores aos estimulantes. A dose inicial a ser usada é de 0,05mg escalonada até aproximadamente 0,2mg/dia. A terapia não medicamentosa, deverá ter como objetivo principal, desenvolver a atenção e concentração da criança. Para que esse objetivo seja alcançado é necessário que o terapeuta tenha alguns cuidados como: a quantidade de estímulos presentes na sala de terapia, o número de estímulos apresentados para a criança, o interesse dela na atividade proposta e o tempo de duração da terapia.

- Ambiente da sala: A sala de terapia deverá conter pouca quantidade de estímulos visuais, para que os mesmos não distraiam a criança durante a terapia.

- Número de estímulos: não adianta a apresentação de grande número de estímulos, vários jogos e brinquedos ao mesmo tempo. Deve-se ter o cuidado de apresentar um estímulo por vez, para que a criança mantenha o interesse e a atenção por mais tempo possível.

- Interesse na atividade proposta: a atividade proposta deverá ser adequada à idade e aos interesses da criança, às suas experiências pessoais, para que as mesmas possam tornar-se mais interessantes e proporcionarem maior possibilidade de concentração.

- Duração da terapia: A princípio não adianta estabelecer tempo para a terapia, pois provavelmente a criança não terá condição de manter sua atenção por toda a sessão. Para a melhor evolução da terapia, o tempo de duração de cada sessão deverá aumentar gradualmente de acordo com as condições de atenção da criança. Além desses cuidados, o trabalho com a atenção deverá ser realizado também através de abordagens de percepção auditiva, percepção visual, orientação de espaço e tempo, orientação corporal, coordenação motora. Essas percepções podem ser desenvolvidas também através do trabalho com ritmo, discriminação, percepção visual, entre outros. A coordenação motora poderá ser melhor trabalhada na terapia de psicomotricidade.

A seguir serão demonstradas técnicas pedagógicas para o ambiente escolar.

3 PRÁTICAS PEDAGÓGICAS PARA A SDA

Os professores sabem o que muitos profissionais não sabem: não existe apenas uma única síndrome de Déficit de Atenção (DA), mas muitas; que DA raramente ocorre de uma forma "pura" mas, ao contrário, normalmente apresenta-se ligada a muitos outros problemas como dificuldade de aprendizado ou mal humor; que DA muda conforme o clima, é inconstante e imprevisível; e que o tratamento para DA, a respeito de ser claramente esclarecido em vários livros, representa uma dura missão de trabalho e devoção.

Não há uma solução fácil para administrar SDA na sala de aula ou em casa. Depois de tudo é feito, a eficácia de qualquer tratamento deste problema na escola depende do conhecimento e da persistência da escola e do professor.

Aqui apresentamos algumas dicas para o trato de crianças com SDA na

escola. As sugestões a seguir visam o professor na sala de aula para crianças de qualquer idade. Algumas sugestões vão ser evidentemente mais adequadas às crianças menores, outras às mais velhas mas, em termos de estrutura, educação e encorajamento, são pertinentes a qualquer um.

- 1) Antes de tudo, tenha certeza de que o que você está lidando é SDA. Definitivamente não é tarefa dos professores diagnosticar a SDA, mas você pode e deve questionar. Especificamente tenha certeza de alguém tenha testado a audição e a visão da criança recentemente e tenha certeza também de que outros problemas médicos tenham sido resolvidos. Tenha certeza de que uma avaliação adequada foi feita. Continue questionando até que se sinta convencido. A responsabilidade disso tudo é dos pais e não dos professores, mas o professor pode contribuir para o processo.
- 2) Segundo, prepare-se para suportar. Ser uma professora na sala de aula onde há duas ou três crianças com DA pode ser extremamente cansativo. Tenha certeza de que você pode tem o apoio da escola e dos pais. Tenha certeza de que há uma pessoa com conhecimento á qual você possa consultar quando tiver um problema (pedagogo, psicólogo infantil, assistente social, psicólogo da escola ou pediatra) mas a formação da pessoa não é realmente importante. O que importa é que ele ou ela conheça muito sobre DA, conheça os recursos de uma sala de aula e possa falar com clareza. Tenha certeza de que os pais estão trabalhando com você. Tenha certeza de que os colegas podem ajudar você.
- 3) Conheça seus limites. Não tenha medo de pedir ajuda. Você, como professor, não pode querer ser uma especialista em DA. Você deve sentir-se confortável em pedir ajuda quando achar necessário.
- 4) *Pergunte à criança o que pode ajudar.* Estas crianças são sempre muito intuitivas. Elas sabem dizer a forma mais fácil de aprender, se você perguntar.

Elas ficam normalmente temerosas em oferecer informação voluntariamente porque isto pode ser algo muito ousado ou extravagante. Mas tente o sentar sozinho com a criança e perguntar a ela como ela pode aprender melhor. O melhor especialista para dizer como a criança aprende é a própria criança. É assustadora a frequência com que suas opiniões são ignoradas ou não são solicitadas. Além do mais, especialmente com crianças mais velhas, tenha certeza de que ela entende o que é DA.

- 5) Lembre-se de que as crianças com DA necessitam de estruturação. Elas precisam estruturar o ambiente externo, já que não podem se estruturar internamente por isso mesmos. Faça listas. Crianças com DA se beneficiam enormemente quando têm uma tabela ou lista para consultar quando se perdem no que estão fazendo. Elas necessitam de algo para fazê-las lembrar das coisas. Eles necessitam de previsões. Eles necessitam de repetições. Elas necessitam de diretrizes. Elas precisam de limites. Elas precisam de organização.
- 6) *Lembre-se da parte emocional do aprendizado.* Estas crianças necessitam de um apoio especial para encontrar prazer na sala de aula. Domínio ao invés de falhas e frustrações. Excitação ao invés de tédio e medo. É essencial prestar atenção às emoções envolvidas no processo de aprendizagem.
- 7) Estabeleça regras. Tenha-as por escrito e fáceis de serem lidas. As crianças se sentirão seguras sabendo o que é esperado delas.
- 8) Repita as diretrizes. Escreva as diretrizes. Fale das diretrizes. Repita as diretrizes. Pessoas com DA necessitam ouvir as coisas mais de uma vez.
- 9) Olhe sempre nos olhos. Você pode "trazer de volta" uma criança DA através dos olhos nos olhos. Faça isto sempre. Um olhar pode tirar uma criança do seu devaneio ou dar-lhe liberdade para fazer uma pergunta ou apenas dar-lhe

segurança silenciosamente.

- 10) Na sala de aula coloque a criança sentada próxima à sua mesa ou próxima de onde você fica a maior parte do tempo. Isto ajuda a evitar a distração que prejudica tanto estas crianças.
- 11) Estabeleça limites, fronteiras. Isto deve ser devagar e com calma, não de modo punitivo. Faça isto consistentemente, previamente, imediatamente e honestamente. Não seja complicado, falando sem parar. Estas discussões longas são apenas diversão. Seja firme.
- 12) Preveja o máximo que puder. Coloque o plano no quadro ou na mesa da criança. Fale dele frequentemente. Se você for alterá-lo, como fazem os melhores professores, faça muitos avisos e prepare a criança. Alterações e mudanças sem aviso prévio são muito difíceis para estas crianças. Elas perdem a noção das coisas. Tenha um cuidado especial e prepare as mudanças com a maior antecedência possível. Avise o que vai acontecer e repita os avisos à medida em que a hora for se aproximando.
- 13) Tente ajudar às crianças a fazerem a própria programação para depois da aula, esforçando-se para evitar um dos maiores problemas do DA: a procrastinação.
- 14) Elimine ou reduza a frequência dos testes de tempo. Não há grande valor educacional nos testes de tempo e eles definitivamente não possibilitam às crianças DA mostrarem o que sabem.
- 15) Propicie uma espécie de *válvula de escape* como, por exemplo, sair da sala de aula por alguns instantes. Se isto puder ser feito dentro das regras da escola, poderá permitir à criança deixar a sala de aula ao invés de se desligar dela e, fazendo isto, começa a aprender importantes meio de auto-observação auto-monitoramento.

- 16) Procure a qualidade ao invés de quantidade dos deveres de casa. Crianças DA freqüentemente necessitam de uma carga reduzida. Enquanto estão aprendendo os conceitos, elas devem ser livres. Elas vão utilizar o mesmo tempo de estudo e não vão produzir nem mais nem menos do que elas podem.
- 17) Monitore o progresso freqüentemente. Crianças DA se beneficiam enormemente com o freqüente retorno do seu resultado. Isto ajuda a mantê-los na linha, possibilita a eles saber o que é esperado e se eles estão atingindo as suas metas, e pode ser muito encorajador.
- 18) Divida as grandes tarefas em tarefas menores. Esta é uma das mais importantes técnicas de ensino das crianças DA. Grandes tarefas abafam rapidamente as crianças e elas recuam a uma resposta emocional do tipo *eu nunca vou ser capaz de fazer isto*. Através da divisão de tarefas em tarefas mais simples, cada parte pequena o suficiente para ser facilmente trabalhada, a criança foge da sensação de abafado. Em geral estas crianças podem fazer muito mais do que elas pensam. Pela divisão de tarefas o professor pode permitir à criança que demonstre a si mesma a sua capacidade. Com as crianças menores isto pode ajudar muito a evitar acessos de fúria pela frustração antecipada. E com os mais velhos, pode ajudar as atitudes provocadoras que elas têm freqüentemente. E isto vai ajudar de muitas outras maneiras também. Você deve fazer isto durante todo o tempo.
- 19) Permita-se brincar, divertir. Seja extravagante, não seja normal. Faça do seu dia uma novidade. Crianças DA adoram novidades. Elas respondem às novidades com entusiasmo. Isto ajuda a manter a atenção - tanto a delas quanto a sua. Estas crianças são cheias de vida, elas adoram brincar. E acima de tudo, elas detestam ser molestadas. Muitos dos *tratamentos* para elas envolvem coisas chatas como estruturas, programas, listas e regras. Você deve mostrar a elas

que estas coisas não estão necessariamente ligadas às pessoas, professores ou aulas chatas. Se você, às vezes, se fizer de *bobo* poderá ajudar muito.

- 20) Novamente, cuidado com a superestimulação. Como um barro de vaso no forno, a criança pode ser queimada. Você tem que estar preparado para reduzir o calor. A melhor maneira de lidar com os caos na sala de aula é, em primeiro lugar, a prevenção.
- 21) Esforce-se e não se dê satisfeito, tanto quanto puder. Estas crianças convivem com o fracasso, e precisam de tudo de positivo que você puder oferecer. O fracasso não pode ser super-enfatizado: estas crianças precisam e se beneficiam com os elogios. Elas adoram o encorajamento. Elas absorvem e crescem com isto. E sem isto elas retrocedem e murcham. Frequentemente o mais devastador aspecto da DA não é DA propriamente dita e sim o prejuízo à auto-estima. Então, alimente estas crianças com encorajamento e elogios.
- 22) A memória é frequentemente um problema para eles. Ensine a eles pequenas coisas como mneumônicos, cartão de lembretes, etc. Eles normalmente têm problemas com o que Mel Levine chama de *Memória do Trabalho Ativa*, o espaço disponível no quadro da sua mente, por assim dizer. Qualquer coisa que você inventar - rimas, códigos, dicas - pode ajudar muito a aumentar a memória.
- 23) Use resumos. Ensine resumido. Ensine sem profundidade. Estas técnicas não são fáceis para crianças DA, mas, uma vez aprendidas, podem ajudar muito as crianças a estruturar e moldar o que está sendo ensinado, do jeito que é ensinado. Isto vai ajudar a dar à criança o sentimento de *domínio durante o processo de aprendizagem*, que é o que elas precisam, e não a pobre sensação de futilidade que muitas vezes definem a emoção do processo de aprendizagem destas crianças.

- 24) Avise sobre o que vai falar antes de falar. Fale. Então fale sobre o que já falou. Já que muitas crianças com DA aprendem melhor visualmente do que pela voz, se você puder escrever o que será falado e como será falado, isto poderá ser de muita ajuda. Este tipo de estruturação põe as idéias no lugar.
- 25) Simplifique as instruções. Simplifique as opções. Simplifique a programação. O palavreado mais simples será mais facilmente compreendido. E use uma linguagem colorida. Assim como as cores, a linguagem colorida prende atenção.
- 26) Acostume-se a dar retorno, o que vai ajudar a criança a se tornar-se auto-observadora. Crianças com DA tendem a não ser auto-observadora. Elas normalmente não têm idéia de como vão ou como têm se comportado. Tente informá-las de modo construtivo. Faça perguntas como: ***Você sabe o que fez?*** ou *Como você acha que poderia ter dito isto de maneira diferente?* ou *Você acha que aquela menina ficou triste quando você disse o que disse?* Faça perguntas que promovam a auto-observação.
- 27) Mostre as expectativas explicitamente.
- 28) Um sistema de pontos é uma possibilidade de mudar parte do comportamento (sistema de recompensa para as crianças menores). Crianças com DA respondem muito bem às recompensas e incentivos. Muitas delas são pequenos empreendedores.
- 29) Se a criança parece ter problemas com as dicas sociais - linguagem do corpo, tom de voz, etc - tente discretamente oferecer sinais específicos e explícitos, como uma espécie de treinamento social. Por exemplo, diga *antes de contar a sua história, procure ouvir primeiro a de outros* ou *olhe para a pessoa enquanto ela está falando*. Muitas crianças com DA são vistas como indiferentes ou egocêntricas, quando de fato elas apenas não aprenderam a interagir. Esta

habilidade não vem naturalmente em todas as crianças, mas pode ser ensinada ou treinada.

- 30) Aplique testes de habilidades.
- 31) Faça a criança se sentir envolvida nas coisas. Isto vai motivá-la e a motivação ajuda o DA.
- 32) Separe pares ou trios ou até mesmo grupos inteiros de crianças que não se dão bem juntas. Você deverá fazer muitos arranjos.
- 33) Fique atento à integração. Estas crianças precisam se sentir enturmadas, integradas. Tão logo se sintam enturmadas, se sentirão motivadas e ficarão mais sintonizadas.
- 34) Sempre que possível, devolva as responsabilidades à criança.
- 35) Experimente um caderno *escola - casa - escola*. Isto pode contribuir realmente para a comunicação pais - professores e evitar reuniões de crises. Isto ajuda ainda o freqüente retorno de informação que a criança precisa.
- 36) Tente utilizar relatórios diários de avaliação.
- 37) Incentive uma estrutura do tipo auto-avaliação. Troca de idéias depois da aula pode ajudar. Utilize também os intervalos de aula.
- 38) Prepare-se para imprevistos. Estas crianças necessitam saber com antecedência o que vai acontecer, de modo que elas possam se preparar. Se elas, de repente, se encontram num imprevisto, isto pode evitar excitação e inquietos.
- 39) Elogios, firmeza, aprovação, encorajamento e suprimento de sentimentos positivos.

- 40) Com as crianças mais velhas, faça com que escrevam pequenas notas para eles mesmos, para lembrá-los das coisas. Essencialmente, eles anotam não apenas o que é dito a eles mais também o que eles pensam. Isto pode ajudá-los a ouvir melhor.
- 41) Escrever à mão às vezes é muito difícil para estas crianças. Desenvolva alternativas. Ensine como utilizar teclados. faça ditados. Aplique testes orais.
- 42) Seja como um maestro: tenha a atenção da orquestra antes de começar. Você pode utilizar do silêncio ou bater o seu giz ou régua para fazer isto. Mantenha a turma atenta, apontando diferentes partes da sala como se precisasse da ajuda deles.
- 43) Sempre que possível, prepare para que cada aluno tenha um *companheiro de estudo* para cada tema, se possível com o número do telefone.
- 44) Explique e dê o tratamento normal a fim de evitar um estigma.
- 45) Reúna com os pais freqüentemente. Evite o velho sistema de se reunir apenas para resolver crises ou problemas.
- 46) Incentive a leitura em voz alta em casa. Ler em voz alta na sala de aula tanto quanto for possível. Faça a criança recontar histórias. Ajude a criança a falar por tópicos.
- 47) Repetir, repetir, repetir.
- 48) Exercícios físicos. Um dos melhores tratamentos para DA, adultos ou crianças, é o exercício físico. Exercícios pesados, de preferência. Ginástica ajuda a liberar o excesso de energia, ajuda a concentrar a atenção, estimula certos hormônios e neurônios que são benéficos. E ainda é divertido. Assegure-se de que o exercício *seja realmente* divertido, porque deste modo a criança continuará

fazendo para o resto da vida.

- 49) Com os mais velhos a preparação para a aula deve ser feita antes de entrar na sala. A melhor idéia é que a criança já saiba o que vai ser discutido em um certo dia e o material que provavelmente será utilizado.
- 50) Esteja sempre atento às dicas do momento. Estas crianças são muitos mais talentosas e artísticas do que parecem. Elas são cheias de criatividade, alegria, espontaneidade e bom humor. Elas tendem a ser resistentes, sempre agarradas ao passado. Elas tendem a ser generosas de espírito, felizes de poder ajudar alguém. Elas normalmente têm algo especial que engrandece qualquer coisa em que estão envolvidas. Lembre-se de que no meio do barulho existe uma sinfonia, uma sinfonia que precisa ser escrita.

No caso de crianças com SDAH (síndrome do déficit de atenção com hiperatividade), as quais geralmente apresentam dificuldades em manter a atenção, seguir ordens, ficar sentados, e trabalharem independentemente na sala de aula.

Estudos feitos nos EUA mostram que é possível amenizar os sintomas do SDAH através de estratégias de intervenção no comportamento, com *feedback* freqüente e supervisão individual ajuda a manter a atenção da criança. Tarefas repetitivas e pouco retorno, por outro lado, favorecem o aparecimento dos sintomas.

Abaixo, algumas dicas bastante resumidas para trabalhar com alunos que apresentem esse tipo de comportamento, lembrando sempre que todo comportamento considerado inadequado deverá ser encaminhado para orientação específica, pois pode estar contido em um espectro mais amplo, talvez até precisando de ajuda profissional especializada, como nos casos de autismo de alto desempenho, transtorno (ou síndrome) de tourette (tiques nervosos), síndrome de asperger, e outras contidas nos transtornos invasivos do desenvolvimento.

- Olhe sempre nos olhos - Você consegue "trazer de volta" uma criança SDAH através dos olhos nos olhos (*eye contact*). Isso ajuda a evitar a distração que prejudica tanto estas crianças;
- Organizar as carteiras em círculos, ou em forma de U, ao invés de fileiras - facilita o contato e particularmente o "eye contact" com os demais membros da classe, uma vez que esse tipo de aluno costuma estar "na turma do fundo", não podendo visualizar os olhos dos companheiros de estudo, o que o torna ainda mais disperso;
- Cuidado com as cores - O estímulo multi-colorido costuma deixá-los mais excitados e menos atentos ainda, devendo ser evitadas cores fortes no ambiente (do espectro vermelho e amarelo), inclusive na vestimenta da criança (TANGANELLI, 1995);
- Adotar um ritmo dinâmico de aula - de tal forma a criar oportunidade para que todos os alunos participem, sempre com o cuidado de não permitir que o aluno com SDAH se empolgue demais;
- Usar recursos e formas de apresentação não habituais - crianças com SDAH adoram novidades; explorar o seu cotidiano e fazer disso motivo para uma aula posterior ou mesmo criando um "gancho" na aula atual costuma ser muito proveitoso.
- Utilizar metodologia preferencialmente visual - As crianças DDAH aprendem melhor visualmente que por outros métodos, portanto escreva palavras-chave ao mesmo tempo que fala sobre o assunto;
- Estimular a criatividade - Propor tarefas que exijam a criatividade do aluno

(explorar, construir, criar) e não passivas (questionários com respostas tipo x);

- Ser claro e objetivo ao definir as regras de comportamento dentro da sala de aula
 - criar, juntamente com os alunos, um código de conduta (simples, com poucas palavras, para facilitar a memorização) e escrever em uma tabela SEMPRE VISÍVEL afixada na parede;

- Repita e repita as diretrizes - Como dito acima, as pessoas com SDAH necessitam ouvir as coisas mais de uma vez, pois são profundamente visuais, aprendendo com mais facilidade quando as coisas são apresentadas da forma visual;

- Fornecer com antecedência (preferencialmente no final do dia anterior) um programa com as atividades do dia a serem executadas (DUPAUL & STONER, 1994)

- As crianças com SDAH necessitam de um ambiente estruturado. Faça listas, tabelas, lembretes, apresente o programa das aulas do dia no final do dia anterior, pelo menos informe o assunto da aula do dia seguinte antes do término da aula anterior, pois essas crianças necessitam de diretrizes, organização, regras claras, definidas e ESCRITAS (eles fixam melhor o que conseguem ver);

- Ao dar instruções para a classe, solicitar que o aluno com SDAH repita para toda a classe - Isso dar-lhe-á duas oportunidades: de que tenha certeza de ter entendido o que é esperado dele (e dos demais) e ter sua auto-estima (em geral extremamente baixa) reforçada;

- A memória é um grave problema para eles - Ensine mnemônicos, quadrinhas, dicas, rimas, pois eles tem problemas com a Memória de Trabalho Ativa (LEVINE,

1995) e esses processos ajudam sobremaneira a aumentar essa memória;

- O desafio costuma motivar o portador de SDAH - Deve então o professor estabelecer de antemão com o aluno qual a tarefa a ser feita, quando será considerada concluída e quais os pontos para isso (check-list a ser verificado no final da mesma). Isso dará aos poucos ao portador de SDAH formas de lidar com sua ansiedade, e falhas de terminar as tarefas a que se propõe, pois em geral ele concebe projetos grandiosos demais, os quais não consegue finalizar;
- Elogiar o aluno com constância - Não apenas quando ele termina a tarefa, mas durante o transcorrer da mesma, incentivando o seu término, uma vez que para o aluno com SDAH o concluir a tarefa é bastante difícil, exigindo quase o triplo de concentração (praticamente inexistente) que os demais.
- Estabelecer para o aluno com SDAH tarefas de conclusão rápida - Inicialmente, para que este comece a finalizar adequadamente as tarefas, e, aos poucos, ir inserindo maior complexidade e maior duração 'as tarefas dele exigidas, visto que o aprendizado de organização para essas pessoas é extremamente penoso;
- Divida as grandes tarefas em tarefas menores - Isso possibilita 'a criança a vislumbrar que a tarefa pode ser terminada, algo que é extremamente difícil para os portadores de SDAH, possibilitando ao professor trabalhar a capacidade da criança, geralmente minimizada por ela (baixa auto-estima...) além do que evita acessos de fúria pela frustração antecipada de não terminar a tarefa em crianças menores, e as atitudes provocadoras dos maiores;
- Utilize uma agenda de contato com a família - Isso facilita a troca de informações, pois os únicos momentos de contato (quando existem) entre professores e pais

são os horários de entrada e saída dos alunos. E, convenhamos, não são os momentos mais adequados para trocar informações tão valiosas e individuais;

- Utilizar exercícios físicos - Exercícios (até um enfoque de psicomotricidade) auxiliam sobremaneira o portador de SDAH, pois ajudam a liberar o excesso de energia, concentrar a atenção em um objetivo facilmente entendido e visualizado (correr até a linha vermelha), estimular a fabricação de endorfina, além de ser muito divertido.

- Não deixe que a panela de pressão exploda - Propicie uma válvula de escape como, por exemplo, sair da sala de aula por alguns instantes, (isso se for permitido pela direção da escola) indo buscar algo na classe vizinha, dar um recado para alguém que se encontra fora da sala de aula, (inicialmente entregar um bilhete a uma pessoa, pois eles esquecem o recado a ser dado), ir ao banheiro, pois isso fará com que ele deixe (sob controle) a sala e não fuja dela, além de começar a aprender meios de auto-observação e auto-monitoramento.

CONCLUSÃO

O sistema educacional brasileiro há muito vem se caracterizando por algo fracassado e falido. O número de reprovações e de alunos evadidos apresentam índices ainda muito alarmantes e preocupantes. Ações e providências têm sido tomadas por parte de vários pedagogos, professores e psicólogos a fim de modificar esse quadro atual da educação.

Contudo, existe uma distinção entre capacidade de aprendizagem, rendimento escolar e nível de escolaridade. A capacidade de aprendizagem é a potencialidade de aprender ligada ao nível intelectual do indivíduo mas, nem sempre correlacionados, uma vez que pode estar prejudicado por outros fatores. O nível de escolaridade relaciona-se com as aquisições escolares efetuadas pela criança e o rendimento escolar diz respeito à quantidade conseguida pelo aluno ao realizar suas atividades e tarefas escolares estando relacionado ao gasto de energia despendida.

Assim, entre as dificuldades para a aprendizagem destacam-se: 1) fraca capacidade de atenção, concentração, assimilação e compreensão; 2) raciocínio



lento; 3) dificuldades de memória, de raciocínio numérico, de linguagem oral e escrita; 4) falta de continuidade e persistência na aprendizagem escolar, de hábitos de estudo e de interesse pelo estudo. Muitas vezes, tarefas como aprender a ler e escrever exigem da criança um trabalho intenso. O não desenvolvimento harmônico de aspectos psicomotores, como por exemplo dificuldades em relação a lateralidade, podem também tornar o aprendizado das tarefas acima citadas (dentre outros), ainda mais complicadas.

As crianças com a Síndrome do Déficit de Atenção apresentam um conjunto de sintomas e sinais facilmente observados, pois, caracterizam-se por comportamentos e atitudes tais como: a desatenção (aspecto clínico central); a impulsividade; a agitação motora e hiperatividade (em um subgrupo de crianças).

Essas crianças começam muitas vezes as tarefas apropriadamente, porém logo sentem fadiga cognitiva e esmorecem. A inconsistência do desempenho resulta em que essas crianças experimentem dias ocasionais de funcionamento acentuadamente melhorado. A hiperatividade contudo, é a queixa freqüente dos pais, que reclamam que o filho "não tem sossego", não se mantêm sentado durante as refeições, é incapaz de sentar para ver televisão durante algum tempo e faz movimentos desnecessários com o corpo. Por outro lado a professora relata que a criança não fica parada e que perturba o comportamento da classe.

A criança hiperativa portanto, é assim descrita como desajeitada, desastrada, sua marcha é pouco harmoniosa e seus gestos são bruscos. Apresenta dificuldade para arremessar ou golpear bola, aprender a patinar, andar de bicicleta, pular corda, subir em muros e árvores. A falta de coordenação motora fina é outra característica marcante: pode ser incapaz de abotoar suas vestes, de fazer recorte com tesoura, cantar com ritmo e gasta mais rapidamente suas roupas e sapatos que as crianças normais.

Independente da quantidade de fatores instigantes da hiperatividade e da SDA, o importante é ter mente que há a possibilidade de socialização dessas



crianças, evitando-se assim a exclusão social. Sendo o professor, parte fundamental no processo de diagnóstico e encaminhamento da criança, além de efetivar a utilização de técnicas que auxiliem o aluno com hiperatividade no processo de ensino x aprendizagem, sem atrapalhar o desenvolvimento das outras crianças da sala, razão esta que a presente pesquisa explorou as técnicas pedagógicas para o trabalho em sala de aula. Visto que na maioria das vezes não existe "uma" causa para justificar os problemas de aprendizagem, mas sim um conjunto de fatores envolvendo não só a criança, mas todo o seu contexto, incluindo sua escola, sua família e a sua realidade psico-social. Devemos considerar que o processo educacional deve ser uma espinha dorsal, onde cada membro envolvido terá sua parcela de contribuição e responsabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) DIAMENT, Aron. **Neurologia Infantil**. São Paulo: Atheneu, 1998.
- 2) DIMENSTIEN, Gilberto. **Como lidar com alunos agitados e dispersivos**. Coluna Aprendiz do Futuro (<http://www.aprendiz.com.br>), 1997.
- 3) DROUET, Ruth Caribé. **Distúrbios de Aprendizagem**. 2. ed. São Paulo: Editora Ática, 1995.
- 4) GOLFETO, José Hércules. **A criança com déficit de atenção aspectos clínicos, terapêuticos e evolutivos**. Campinas, 1993. Documentação não publicada elaborado na Unicamp (Universidade de Campinas).
- 5) GRUNSPUN, Hain. **Distúrbios neuróticos da criança**. 4 edição. Rio de Janeiro - São Paulo: Livraria Atheneu, 1983. p. 303.
LE BOULCH, Jean. **O desenvolvimento psicomotor do nascimento aos 6 anos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
- 6) LE BOUCH, Jean. **Educação psicomotora: psicocinética na idade escolar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.



- 7) LEFRÈVE, Antônio Branco. **Disfunção cerebral mínima: estudo multidisciplinar**. São Paulo, Sarvier, 1975.
- 8) KELLY Desmond, P. & AYLWARD, Glen P. Déficiçs de atenção em crianças e adolescentes. In: **Desenvolvimento e comportamento: crianças mais velhas e adolescentes /Clínicas Pediátricas da América do Norte**. Vol. III. Rio de Janeiro: Interlivros, 1992. p. 485-6.
- 9) KEPHART Newelle. **O aluno de aprendizagem lenta**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1986.
- 10) NOVAES, Maria Helena. **Psicologia escolar**. Rio de Janeiro: Vozes, 1970.
- 11) POPPOVIC, Ana Maria. **Alfabetização disfunções psiconeurológicas**. 2ª ed. São Paulo: Vetor, 1975.
- 12) VALLET, Robert E. **Tratamento de distúrbios da aprendizagem**. São Paulo: EPU, Ed da Universidade de São Paulo, 1977.
- 13) VAYER, Pierre. **A criança diante do mundo**. Tradução de Maria Aparecida Pabst. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1982.
- 14) LEITE, Luci B. **Piaget e a escola de Genebra**. São Paulo: Cortez, 1987.
- 15) MACHADO, Nílson J. **Epistemologia e didática: as concepções de conhecimento e inteligência e a prática docente**. São Paulo: Cortez, 1995.
- 16) QUINTIERI, Carmen Silvia Nora Dias. **Refletindo sobre a nossa Escola**. ESPAÇO. Informativo Técnico-Científico do INES. Vol. 7 (jan/jun 1997), Rio de Janeiro: MEC.
- 17) RAPPAPORT, Clara Regina; FIORI, Wagner Rocha. **Psicologia do desenvolvimento**. Vol II,III, IV. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1981.
- 18) TANGANELLI, Maria do Sacramento L. **A Criança Hiperativa**. Jornal "O Liberal", 1995.
- 19) TEIXEIRA, Elson A. **Aprendizagem e Criatividade Emocional**. São Paulo/SP: Makron Books do Brasil, 1998. p.64-67.