

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CENTRO DE ENSINO A DISTÂNCIA/PONTAL DO PARANÁ

**O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E A
INCLUSÃO EDUCACIONAL**

PONTAL DO PARANÁ
2005

ENEDINA DA SILVA

**O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E A
INCLUSÃO EDUCACIONAL**

Monografia apresentada como requisito parcial do título de Especialista em Inclusão/Educação Especial pelo curso da Universidade Federal do Paraná/DEPSI em convênio com a Secretaria Municipal de Educação de Pontal do Paraná/CEAD.

Orientadora: Prof^ª. Márcia de Sá Guimarães.
Co-orientadora: Prof^ª. Naura Nanci Muniz Santos.

PONTAL DO PARANÁ
2005

“Tudo, todas as coisas que eu entendo, eu
entendo somente porque amo”.

(Leon Tolstoi)

SUMÁRIO

RESUMO	v
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	6
CAPÍTULO II – O QUADRO DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH)	9
CAPÍTULO III – O PROCESSO DE ENFRENTAMENTO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE	20
3.1 Mudanças e controle de condutas	20
3.1.1 Orientações aos pais	20
3.1.2 Orientações aos professores	24
3.2 O papel da psicoterapia e da psicopedagogia	26
3.3 Tratamento medicamentoso	28
CAPÍTULO IV – A INCLUSÃO EDUCACIONAL E O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE	32
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é caracterizado por uma constelação de problemas relacionados entre si e que resultam de um desenvolvimento não adequado de competências pessoais, acadêmicas e sociais, causando dificuldades na vida diária de crianças, adolescentes e adultos afetados. Pode ser classificado em três tipos distintos: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo-impulsivo e combinado. Quando não tratado, o TDAH pode associar-se a experiências negativas, de ordem emocional, social, pessoal, familiar e escolar, permanecendo durante a adolescência e a vida adulta. O presente trabalho de pesquisa teve como objetivo propiciar o aprofundamento teórico-reflexivo a respeito do TDAH, para que seja possível aos professores lidar com esse problema de forma direta e consciente, colaborando, deste modo, para um desenvolvimento mais harmonioso da vida escolar e social dos indivíduos afetados por esta condição e de todos os envolvidos – familiares, amigos, professores. A abordagem de enfrentamento às condições adversas causadas pela manifestação do TDAH exige intervenções múltiplas, de caráter interdisciplinar, numa combinação de estratégias e recursos, inclusive com programas específicos envolvendo mudanças e controle de comportamento, acompanhamento medicamentoso e/ou educação especial, conforme indicações convenientes para cada caso. Há uma aceitação cada vez maior da necessidade de *equilibrar a balança* para as pessoas com TDAH, permitindo alívio dos sintomas mais imediatos, enquanto favorece a construção de uma vida bem sucedida.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, estudos científicos demonstraram que o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) não é basicamente uma desordem do *prestar atenção*, mas de auto-regulação, isto é, da forma como o sujeito se apresenta para o manejo de si mesmo, dentro do contexto mais amplo do comportamento social, com características básicas que são a desatenção, a agitação (ou hiperatividade) e a impulsividade.

Segundo BARKLEY (2002), o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um transtorno predominantemente originário de uma base genética hereditária, em contradição a teorias anteriores em que o TDAH supostamente advém de causas como dedicação insuficiente dos pais, dietas pobres, tempo excessivo diante da televisão/*videogame* ou ritmo acelerado da vida moderna.

Quando a criança ingressa na vida escolar, tornam-se nítidos os fatores que evidenciam o comportamento hiperativo. Neste sentido, as intervenções precoces podem representar um grande passo para minimizar o impacto negativo que o TDAH traz à vida dessa criança, dos pais e dos professores.

Este transtorno, quando não tratado, pode associar-se a experiências negativas, de ordem social, pessoal, familiar e escolar, permanecendo durante a adolescência e a vida adulta.

Considerando-se tais afirmações, é preciso compreender a questão das relações da afetividade, do uso de medicamentos e da participação do professor no auxílio ao tratamento da criança portadora de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), bem como as contribuições para o aprimoramento do processo de aprendizagem das pessoas que apresentam tal quadro.

Assim, o presente trabalho de pesquisa bibliográfica teve como objetivo propiciar o aprofundamento teórico-reflexivo a respeito do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, para que seja possível aos professores lidar com esse problema de forma direta e consciente, colaborando, deste modo, para um desenvolvimento mais harmonioso da vida escolar e social dos indivíduos afetados por esta condição e de todos os envolvidos – familiares, amigos, professores.

Neste contexto, outros objetivos mais específicos foram propostos, a fim de possibilitar uma reflexão acerca da prática educacional desenvolvida:

- ❖ Descrever as características e os sintomas que identificam o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).
- ❖ Analisar as informações da literatura acerca das condutas apresentadas pelas pessoas com TDAH em diferentes ambientes.
- ❖ Identificar e analisar as principais formas de intervenção descritas na literatura pertinente em comparação com a prática educacional cotidiana.

Para que esse trabalho se efetivasse, a metodologia de pesquisa, escolhida por ser a mais adequada para o estudo de temas como este abordado aqui, é a que abrange a *pesquisa bibliográfica* – a qual, segundo as afirmações encontradas em DI DOMENICO e CASSETARI (2002), deve ser realizada com o intuito de identificar informações atuais, opiniões e trabalhos já realizados sobre o assunto em foco, servindo de base para as reflexões pretendidas.

O material aqui apresentado foi exposto em diferentes capítulos: este primeiro, a Introdução, que mostra os pontos gerais e delinea os aspectos principais introdutórios acerca do tema abordado; o Capítulo II que apresenta as idéias fundamentais acerca do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e das condutas apresentadas pelos indivíduos afetados por este distúrbio em diferentes ambientes onde se inserem; o Capítulo III que possibilita informações e conhecimento a respeito das principais estratégias das quais educadores e familiares podem lançar mão, a fim de enfrentar as condições características do

TDAH, possibilitando ajuda para a superação das dificuldades encontradas; e o Capítulo IV que trata das características principais acerca do processo de inclusão educacional como uma ponte para a inclusão social. Algumas considerações finais, baseadas na análise do material aqui descrito, foram tecidas acerca do tema abordado e são apresentadas, finalmente, no Capítulo V, como recomendações relevantes para a atuação prática de todos os envolvidos com a inclusão educacional de crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

CAPÍTULO II

O QUADRO DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

2.1 O que é o TDAH

Trata-se de um problema de saúde mental que apresenta três características básicas: a desatenção, a agitação (ou hiperatividade) e a impulsividade.

Caracteriza-se pela movimentação excessiva do indivíduo, falta de atenção, impaciência, impulsividade, distração, impossibilidade de focalizar a atenção por muito tempo em um determinado objetivo, o que traz ao estudante (principalmente no início de sua vida escolar) problemas de rejeição, dúvidas quanto à sua capacidade intelectual, baixa auto-estima, e várias situações que, com a devida informação a pais, profissionais e ao próprio portador do distúrbio, podem ser minimizadas, contornadas ou mesmo eliminadas (GONÇALVES, 2005).

Esse transtorno tem um grande impacto na vida da criança ou do adolescente e das pessoas com quem convive (pais, professores, amigos), podendo levar a dificuldades emocionais, de relacionamento familiar e social, bem como baixar o rendimento escolar.

Segundo ROHDE e BENCZIK (1999), o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um transtorno de desenvolvimento e consiste em problemas com os períodos de manutenção da atenção, com o controle dos impulsos e com o nível de atividade motora.

O DSM-IV (1995), dispõe claramente acerca dos critérios, abaixo descritos, que devem ser levados em conta no processo de diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – o qual pode ser classificado em três tipos distintos: TDAH/tipo predominantemente desatento, TDAH/tipo predominantemente hiperativo-impulsivo e TDAH/tipo combinado.

Neste sentido, o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade deve considerar, de acordo com o DSM-IV (1995, p. 59-61), os seguintes critérios:

A. Ou (1) ou (2)

- (1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de *desatenção* persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:

- (a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras
- (b) com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
- (c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra
- (d) com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)
- (e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades
- (f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)
- (g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)

- (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa
 - (i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias.
- (2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de *hiperatividade* persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

- (a) freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
- (b) freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado
- (c) freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)
- (d) com freqüência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer
- (e) está freqüentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”
- (f) freqüentemente fala em demasia

Impulsividade:

- (g) freqüentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas
- (h) com freqüência tem dificuldade para aguardar sua vez

- (i) freqüentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras)
- B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.
- C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).
- D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).

Há, ainda, uma outra categoria diagnóstica descrita pelo DSM-IV (1995, p. 61): o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade/sem outra especificação. *Esta categoria aplica-se a transtornos com sintomas proeminentes de desatenção ou hiperatividade-impulsividade que não satisfazem os critérios para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.*

As pesquisas mais recentes têm mostrado que são necessários, pelo menos, seis dos sintomas de desatenção e/ou dos jogos de hiperatividade/impulsividade para que se possa pensar na possibilidade do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Ainda é preciso levar em conta que, para se considerar que algum dos sintomas da lista está presente, é importante que ele seja manifestado freqüentemente – e não apenas de vez em quando, esporadicamente, ou frente a uma situação mais específica que o provoque.

Crianças diagnosticadas como portadoras de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade têm aumentadas suas chances de apresentarem outros problemas associados – um fenômeno denominado *comorbidade*. Isto implica que indivíduos com TDAH são particularmente suscetíveis a outros problemas adicionais, tais como:

- ❖ Problemas de desenvolvimento (às vezes, congênitos) relacionados à fala, à audição, à visão, a habilidades motoras (principalmente fina e visomotora);
- ❖ Dificuldades relacionadas ao sono;
- ❖ Enurese;
- ❖ Características da aparência física (deformidades discretas, como um dedo mais longo ou curvado que os demais, orelhas com implantação baixa ou com ausência de lobos, língua repleta de sulcos);
- ❖ Emocionais (ansiedade, depressão, agressividade, comportamento opositivo e desafiador, formas mais severas de comportamento anti-social – como mentir, roubar, brigar, fugir de casa, destruir propriedades e outros comportamentos delinqüentes ou criminosos);
- ❖ Dificuldades acadêmicas (principais problemas com trabalhos escolares: não conseguem fazer o mesmo que os colegas fazem ou o que seria esperado por suas habilidades; seu nível de habilidades pode estar abaixo da média ou baixar mais durante os anos escolares).

A síndrome do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade ocorre com maior freqüência entre meninos do que meninas (na proporção de 3 para 1). Contudo, na fase adulta, o quadro de prevalência se inverte, sendo manifestados, com maior freqüência por mulheres os sintomas relacionados com depressão, agressividade, labilidade de humor, inculcação, desajuste profissional e afetivo (ROHDE e BECZINK, 1999).

VAYER (1992) lembra que, adicionalmente ao fato de não haver um conhecimento exato das causas da hiperatividade, o pouco conhecimento a respeito dos mecanismos cerebrais envolvidos também acompanha essa síndrome. *O que se sabe é que a área do cérebro chamada de sistema reticular de ativação 'locus ceruleus' ajuda a controlar atenção* (p.77).

Ainda de acordo com este autor, esta área do cérebro atua através da separação de sons e imagens que são encontradas numa tarefa: por exemplo, uma pessoa num teatro é capaz de ouvir a conversa de seu vizinho de poltrona somente quando há uma pausa nas demais conversas paralelas.

De uma maneira similar, a criança pode aprender efetivamente quando ela presta atenção no que vê. Com efeito, o sistema reticular de ativação coloca *barreiras visuais* numa pessoa, permitindo que ela preste atenção.

Como é certo para a maior parte do cérebro, a estimulação desse sistema requer a ativação de mecanismos neuroquímicos. Porém, pesquisas recentes, segundo ROHDE (1999) sugerem que a criança com hiperatividade possui deficiência de neuroquímicos – o que faz ter uma grande importância o perfil da racionalidade no uso de anfetaminas para o tratamento deste quadro, desde que tais drogas possam modificar as anormalidades identificadas.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade deve ser encarado, tanto pelos pais como pelos educadores, mais como um transtorno de adaptação do que como uma doença. Ou seja, os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, tanto em crianças como em adolescentes, colocam-nos em desvantagem em diversos ambientes nos quais a atenção e o controle motor e dos impulsos são necessários para o adequado funcionamento adaptativo e social.

Contrariamente, para alguns pacientes que apresentam tal distúrbio, devido às características de espontaneidade e criatividade, os sintomas podem representar vantagens, principalmente em ambientes que requerem menor estruturação, como no meio artístico.

Então, num sentido geral, o TDAH pode ser caracterizado como um quadro de distúrbio que envolve a área do cérebro que funciona como uma

espécie de *freio inibidor*. Assim, devido a falhas nesse *freio*, tanto as crianças quanto os adolescentes com o TDAH apresentam maior hiperatividade e impulsividade.

Os casos de desatenção, também característicos nas pessoas com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, são esclarecidos por ROHDE (1999, p. 59)

Na verdade, o problema básico delas não é o de prestar atenção, mas sim o de *manter* a atenção focalizada e por períodos mais longos, principalmente em tarefas que lhes pareçam menos interessantes. Em um estudo clássico, pesquisadores norte-americanos da Universidade de Kentucky acompanharam crianças com e sem TDAH enquanto elas assistiam à televisão. Quando nenhum brinquedo estava disponível no ambiente, as crianças com TDAH assistiam a um show na televisão tanto quanto as sem TDAH e eram tão capazes quanto às últimas em responder a perguntas sobre o que estavam assistindo.

Pode-se dizer que a criança com TDAH passava a entreter-se mais com os brinquedos e não se estimulavam muito com os programas da televisão. Assim, a capacidade de manter a atenção focalizada e sustentada em uma tarefa depende de uma capacidade de inibição sustentada, ou seja, é preciso que a criança mantenha em funcionamento o *freio inibitório* para os outros estímulos do ambiente; certamente, chamará sua atenção o conteúdo que a motive intensamente.

Neste sentido, ROHDE (*op cit*) mostra, ainda, que estudos científicos têm indicado com presteza a presença de disfunção em uma área do cérebro conhecida como *região orbital frontal* em crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Esta é uma das regiões cerebrais mais desenvolvidas em seres humanos, comparativamente a outras espécies, está situada na parte da frente do cérebro na região da testa e parece ser a responsável pela inibição do comportamento, pela atenção sustentada, pelo autocontrole e pelo planejamento para o futuro.

De acordo com este mesmo autor, cabe ressaltar que o cérebro deve ser visto como um órgão no qual todas as partes apresentam um alto grau de

interligação e interdependência. Portanto, as áreas que possuem conexão com a região frontal podem não estar funcionando adequadamente e, conseqüentemente, levar ao aparecimento dos sintomas do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. Tais achados científicos provêm de pesquisas realizadas com:

- ❖ Pessoas que tiveram traumatismos, tumores ou doenças nessa região e passaram a apresentar sintomas de hiperatividade, impulsividade e redução do tempo de atenção sustentada;
- ❖ Animais nos quais se produz uma lesão na região frontal do cérebro, fazendo com que eles passassem a apresentar a sintomatologia característica do TDAH;
- ❖ Pessoas com e sem TDAH em que se avalia a função cerebral por meio de exames modernos de neuroimagem e de testes neuropsicológicos que sugerem consistentemente um funcionamento deficitário da região orbital e frontal nos indivíduos com TDAH.

Enfatizando esta corrente de pensamento, percebe-se que os neuropediatras sempre se preocupam com problemas ou distúrbios do sistema nervoso, principalmente com os que ocorrem nos momentos mais precoces da vida – como, por exemplo, a *encefalopatia hipóxico-isquêmica*, oriunda da privação de oxigênio ao nascimento, a qual se constitui a mais importante das causas de tais problemas ou distúrbios.

Dependendo da intensidade do déficit de oxigênio sofrido pelo sistema nervoso central e das medidas tomadas para amenizá-la, a criança pode apresentar quadros neurológicos de severidade diversa – desde paralisia cerebral grave até quadros mais discretos de incoordenações motoras, dificuldades no equilíbrio ou alterações na linguagem, por exemplo.

Acerca das lesões e disfunções cerebrais, CYPEL (2001, p. 30) ressalta:

Durante muito tempo, o quadro de inquietude e curta fixação da atenção esteve relacionado a algum tipo de lesão cerebral, por analogia com o que ocorrera em décadas passadas em pacientes que tiveram *encefalite letárgica de Van Economa*. Em decorrência dessas lesões encefalíticas, entre outras seqüelas,

observa-se um quadro de extrema agitação psicomotora. A proposta terapêutica medicamentosa e que melhorava o comportamento desses casos foi o uso de anfetaminas, utilizados anos mais tarde para o tratamento de crianças com DCM [Disfunção Cerebral Mínima].

Outra questão de suma relevância para este estudo está voltada à hereditariedade. E, neste sentido, ROHDE (1999) mostra que estudos realizados com famílias de crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, bem como com gêmeos, têm indicado uma participação significativa de componentes genéticos na origem do transtorno, salientando, contudo, que trata-se de uma vulnerabilidade ou tendência para o mesmo.

Problemas relacionados com a gravidez também parecem ser marcantes nestes quadros. ROHDE (*op cit*) destaca estudos recentes que evidenciam que mulheres que tiveram complicações durante a gravidez ou no parto apresentariam maior probabilidade em ter filhos com TDAH. O tipo de complicação parece menos importante que o número total de complicações, desde que causem sofrimento fetal.

Desta forma, problemas ocorridos durante o período gestacional ou no momento do parto funcionariam como um *gatilho ambiental* que desencadearia os sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em quem já tivesse uma vulnerabilidade genética.

Ainda neste sentido, a hereditariedade poderia ser um outro fator que causaria complicações na gravidez: gestantes com TDAH poderiam apresentar menos cuidados pré-natais e, portanto, maior probabilidade de complicações durante esse período.

2.2 O TDAH na sala de aula

Geralmente os alunos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade representam maior incidência nos casos de repetências, evasão escolar, baixo rendimento acadêmico e dificuldades de adaptação social e emocional. Isso ocorre devido ao fato de que o portador de TDAH tornou-se

vulnerável ao fracasso nas duas áreas mais importantes para um bom desenvolvimento sócio-afetivo: a escola e o relacionamento com os colegas.

Esse distúrbio é, com freqüência, apresentado erroneamente como um tipo específico de problema de aprendizagem. Mas não é: crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade não são incapazes de aprender. O que elas apresentam é uma forma de dificuldade de controle da capacidade de organização, de atenção e da impulsividade.

Normalmente, as crianças portadoras de distúrbios de aprendizagem não costumam apresentar, em sua rotina diária, sinais sérios de problemas emocionais. Entretanto, se não forem adequadamente diagnosticadas e tratadas, podem, futuramente, desenvolver problemas de comportamento, depressão e, até mesmo, abuso de substâncias químicas.

Cabe aqui, então, uma questão fundamental para a prática educacional cotidiana: como identificar um aluno com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade?

O processo que determina se uma criança apresenta TDAH é constituído de inúmeras facetas, pois inúmeros problemas biológicos e psicológicos podem contribuir com sintomas similares àqueles apresentados por quem tem o transtorno específico – quer sejam a ansiedade, a depressão e determinados problemas de aprendizagem – acabando por causar confusão na determinação do diagnóstico diferencial do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

A avaliação do aluno com suspeita de TDAH freqüentemente inclui a aplicação de testes de inteligência e o levantamento do rendimento e do comportamento acadêmico, social e emocional, bem como do desempenho em atividades compatíveis ao seu estágio de desenvolvimento.

É importante, também, identificar a capacidade de atenção e o nível de impulsividade, incluindo-se a avaliação feita pelos pais ou responsáveis e pelos educadores com quem esse aluno tem contato.

Para os adultos, o diagnóstico supõe um histórico da infância, do processo escolar e do comportamento, bem como informações atuais acerca de seu desempenho social, emocional e ocupacional.

Como já foi explicado anteriormente (GONÇALVES, 2005), crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade correm maior risco de enfrentarem o insucesso escolar e de terem mais problemas emocionais e de relacionamento social.

Entretanto, se estes indivíduos tiverem o tratamento adequado, poderão, perfeitamente, ter uma vida equilibrada, produtiva e feliz.

Nesse contexto, saber detectar os sintomas específicos e aprender a lidar com o problema do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em sala de aula constitui uma obrigação de qualquer professor.

Com muita paciência e disponibilidade o professor é capaz de distinguir as características manifestadas pelo aluno com TDAH de outros sintomas e problemas que possam constituir obstáculos ao processo de aprendizagem, sendo, então, possível propor intervenções adequadas para sua superação.

As características principais do quadro específico correspondente ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade foram apresentadas neste capítulo, propiciando subsídios para o aprimoramento da capacidade de identificação e diagnóstico mais precisos. A seguir, serão analisadas as intervenções mais apropriadas a serem empregadas tanto pelos pais como pelos educadores que convivem com a pessoa com estas características.

CAPÍTULO III

O PROCESSO DE ENFRENTAMENTO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

Como foi possível verificar pelas reflexões anteriormente apresentadas, o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, quando não tratado, pode associar-se a experiências negativas de ordem social, pessoal, familiar e escolar, permanecendo durante a adolescência e a vida adulta.

Neste contexto, as intervenções precoces podem representar um grande passo para minimizar o impacto negativo que o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade traz à vida da criança, de seus pais, amigos e professores.

É fundamental frisar, entretanto, que a abordagem de enfrentamento às condições adversas causadas pela manifestação do TDAH exige intervenções múltiplas, de caráter interdisciplinar, numa combinação de estratégias e recursos, inclusive com programas específicos envolvendo mudanças e controle de comportamento, acompanhamento medicamentoso, controle dietético e/ou educação especial, conforme indicações convenientes para cada caso.

Por isso, são apresentadas, a seguir, recomendações acerca de estratégias e recursos dos quais as pessoas envolvidas com os problemas causados pelo TDAH podem lançar mão para favorecer a superação destas condições.

3.1 Mudanças e controle de condutas

3.1.1 Orientações aos pais

GOLDSTEIN e GOLDSTEIN (1994) propõem um modelo de intervenção que pode ser empregado na orientação acerca de como os pais devem agir para melhorar sua interação com o filho portador de Transtorno de

Déficit de atenção/Hiperatividade. As recomendações principais destes autores são apresentadas a seguir:

- ❖ *Entender as causas do TDAH*: muitos pais acreditam que o filho é desinteressado, preguiçoso, pouco esforçado, ruim ou teimoso; outros podem culpar professores e escola pelas condições do filho, rivalizando com eles no tratamento dado ou fazendo com que a criança/adolescente mude freqüentemente de escola. Estas atitudes dos pais são extremamente prejudiciais ao tratamento da criança. A partir do momento em que eles identificam o porquê das atitudes do filho podem assumir uma postura de compreensão, unindo-se com os profissionais em questão (professores, escola, psicopedagogo etc.) e facilitando, assim, o processo de ajuda.
- ❖ *Fazer distinção entre desobediência e incompetência*: é importante que os pais façam a distinção entre os comportamentos que resultam de uma incompetência (dificuldade) daqueles que resultam da desobediência da criança, podendo, então, reduzir punições inadequadas e orientar o desenvolvimento de comportamentos mais desejáveis.
- ❖ *Dar orientações positivas*: a criança com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade deve saber como agir em diferentes situações. Para isso, os pais devem, previamente, dar orientações e dirigir (controlar) a conduta dos filhos até que estes possam, sozinhos, desenvolver suas próprias orientações e direções.
- ❖ *Interagir com sucesso*: os pais devem passar uma mensagem clara para a criança quanto ao que esperam dela e sobre a forma como ela deve agir, aplicando pequenas punições para as situações de desobediência e esclarecendo os motivos da punição.

Outras recomendações podem ser encontradas na literatura especializada que aborda a superação das conseqüências negativas causadas pelo Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (BARKLEY, 2002; BENCZIK, 2000; ROHDE e BENCZIK, 1999), destacando-se:

- ❖ *Procedimentos de conduta dos adultos com a criança e o adolescente com TDAH, tais como:* estabelecer prioridades, resolvendo um problema e só depois dando atenção a outro; pensar antes de agir, servindo de modelo para o filho/aluno; usar reforço positivo mais freqüentemente que a punição, evitando críticas constantes e estimulando o que há de melhor em cada um; manter constância de estratégias, estabelecendo uma rotina diária em casa e na escola e preparando as crianças para a mudanças que possam ocorrer e quebrar tal rotina; exercitar a capacidade de antecipação de problemas, estabelecendo ações potenciais diante de uma situação que ocorra no futuro; estabelecer uma comunicação clara e eficiente, definindo com clareza os limites toleráveis para o comportamento da criança e do adolescente; proporcionar uma atividade física regular para seu filho/aluno, favorecendo a convivência e a aprendizagem de regras e limites; escolher cuidadosamente a escola, privilegiando aquela que tenha uma equipe de educadores que estejam familiarizados com o TDAH e as formas de enfrentá-lo e tenham disponibilidade para isso.
- ❖ *Procedimentos de conduta da criança e do adolescente para obter melhor relacionamento social:* aprender e usar boas maneira sociais, incluindo dividir, dar a vez, falar baixo, ficar sentado, não ser mandão; tratar a provocação como um tipo de teste social do seu senso de humor e de qualquer amizade potencial com outras crianças, não como uma forma de agressão, aceitando suas próprias falhas e rindo de si mesma

em companhia dos outros; estabelecer contatos positivos com amigos em casa, realizando atividades nos finais de semana, por exemplo, tais como ir ao cinema, alugar um filme ou um jogo de videogame, comer um lanche especial, entre outras; criar contatos positivos com amigos na comunidade, participando de atividades em grupos organizados, tais como escoteiros, clubes, esporte, grupos de igreja etc. e evitando contatos com parceiros agressivos; buscar contatos positivos com colegas na escola, contando com a ajuda dos professores e assumindo responsabilidades especiais na sala de aula.

Além destas orientações, é preciso lembrar que a adolescência constitui uma etapa de vida merecedora de atenção especial – necessidade que se acentua principalmente no caso de haver manifestação de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Nesta situação, o adolescente pode ter de enfrentar insucesso acadêmico, isolamento social, depressão, auto-estima rebaixada e conflitos com outros membros da família, além das questões tradicionais geradas pelas oportunidades que o mundo apresenta e para as quais são exigidas escolhas inteligentes, a fim de evitar os perigos inerentes.

Para superar tais dificuldades, uma abordagem mais democrática, que incentive o adolescente a tomar decisões sempre que possível, pode favorecer o desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas também fora de casa.

É importante, por exemplo, revisar freqüentemente as regras estabelecidas, discutindo as razões da necessidade de existência de tais regras e esclarecendo qualquer ambigüidade que se manifeste.

Estas atitudes familiares poderão, por conseguinte, favorecer o aprimoramento das competências sociais, emocionais e ocupacionais, apropriadas para um melhor direcionamento de interesses e habilidades pessoais.

3.1.2 Orientações aos professores

O professor tem papel fundamental no processo de aprendizagem e na saúde mental de crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Por isso, deve procurar o máximo de informações acerca desse quadro, mantendo contatos freqüentes com os pais e com outros profissionais que lidam com seu aluno.

O sucesso de qualquer estratégia de manejo destas crianças e adolescentes depende de uma boa relação e comunicação entre a escola e os pais, sendo que muitas dessas estratégias baseiam-se em bom senso e podem ser aplicadas em sala de aula, mesmo com alunos que não apresentam TDAH, no sentido de obter maior qualidade no processo ensino-aprendizagem.

Algumas sugestões de estratégias e recursos poderão tornar mais fácil e agradável o trabalho com crianças e adolescentes que apresentam Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, dentre as quais podem ser destacadas as que se seguem:

- ❖ Coloque os alunos hiperativos em salas com poucos colegas.
- ❖ Trabalhe com pequenos grupos, sem isolar as crianças hiperativas.
- ❖ O aluno com TDAH deve sentar-se nas primeiras filas.
- ❖ O professor não deve explicar ou falar de costas, pois para o portador de TDAH é importante o contato visual.
- ❖ Dê tarefas curtas ou intercaladas para que o aluno possa concluí-las antes de se dispersar.
- ❖ Elogie sempre o resultado.
- ❖ Use jogos ou desafios para desafiar o aluno com TDAH.
- ❖ Valorize a rotina, pois ela deixa as crianças mais seguras; porém, mantenha sempre elevado o nível de estímulos através da oferta de novidades no material pedagógico.

- ❖ Permita que o aluno com TDAH compense os erros. Sutilmente, faça-o pedir desculpas quando ofender os colegas ou convença-o a arrumar a bagunça na classe.
- ❖ Repita individualmente todo o comando que for dado ao grupo e faça-o de forma breve e usando sentenças fáceis de entender.
- ❖ Peça ao aluno com TDAH que repita o comando, para ter certeza de que escutou e compreendeu o que você quer.
- ❖ Dê uma função oficial ao aluno com TDAH – como *ajudante do professor* – pois isso pode melhorar o relacionamento com os colegas e abrir espaço para que ele se movimente mais.
- ❖ Mostre os limites de forma segura e tranqüila, sem entrar em atritos.
- ❖ Peça ajuda a esse aluno, permitindo que ele saia da sala de aula nos momentos em que estiver mais agitado.
- ❖ Oriente os pais a procurarem um psicólogo e um psiquiatra ou neuropediatra.
- ❖ Com um adolescente com TDAH, estimule que ele tome nota dos pontos mais importantes do conteúdo e do que está pensando. Isso o ajudará a se organizar melhor.
- ❖ Escrever à mão é muito difícil para a maioria desses alunos com TDAH. Considere, portanto, a possibilidade de uso de alternativas, como a digitação no computador.
- ❖ Elimine ou reduza a frequência de testes cronometrados. Dificilmente, na vida real, a criança ou o adolescente terá que tomar decisões tão rápidas. Esses testes apenas reforçam a impulsividade desses alunos.
- ❖ Avalie mais pela qualidade e menos pela quantidade das tarefas executadas. O importante é que os conceitos estejam sendo aprendidos.

- ❖ Separe o aluno com TDAH dos pares que estimulam ou encorajam seu comportamento inadequado.
- ❖ Coloque a criança com um *par-tutor* para que este sirva como um ponto de referência e um modelo adequado de desempenho e de comportamento.
- ❖ Crie um ambiente mais informal na sala de aula, permitindo brincadeira e diversão, mas não incentivando a superestimulação. Os alunos com TDAH gostam de brincadeiras e jogos e a melhor maneira de evitar o caos na sala de aula é prevenindo.
- ❖ Esteja atento aos talentos, à criatividade, à alegria, à espontaneidade e ao bom humor que esse aluno manifesta. Geralmente, é também generoso e apresenta algo especial que enriquece e engrandece o ambiente onde está inserido.

É preciso que o professor leve em conta que não existe uma solução fácil e única para lidar com os alunos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e que as sugestões aqui apresentadas podem ser mais adequadamente empregadas com crianças mais novas ou mais velhas, conforme suas necessidades específicas, cabendo a ele a seleção mais compatível em cada caso ou situação.

3.2 O papel da psicoterapia e da psicopedagogia

O tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade deve incluir uma abordagem integrada e multidisciplinar, como já salientado anteriormente, de forma a serem empregados outros tipos de intervenção que estejam relacionados às demais abordagens terapêuticas que são adicionadas à psicoterapia.

De acordo com BENCZIK (2000), as situações-problemas decorrentes do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, normalmente,

não exigem um processo de psicoterapia de longo prazo. Porém, crianças e adolescentes com TDAH podem vivenciar histórias sucessivas de fracasso – as quais podem ocasionar riscos de levarem ao desenvolvimento de sentimentos de inferioridade e insegurança, depressão, ansiedade, falta de autoconfiança, rebaixamento da auto-estima, comportamento desafiador e opositor, dificuldades de aprendizagem e transtornos de conduta – exigindo, portanto, uma psicoterapia por um prazo mais longo e uma postura profissional de efetivo domínio dentro de um plano de tratamento.

Essa autora lembra, ainda, que *independentemente da orientação psicoterapêutica do profissional de saúde mental*, questões acerca da compreensão do que é o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, de como identificar as dificuldades cotidianas e do porquê aparecem dificuldades de atenção, impulsividade e outros problemas que levam ao fracasso perante as expectativas do ambiente escolar e familiar *devem ser tratadas com as crianças de todas as idades* (BENCZIK, 2000, p. 91).

Nesse sentido, a psicoterapia pode ser um instrumento para esclarecer dúvidas a respeito de dificuldades específicas, bem como para promover o desenvolvimento de habilidades sociais e de aprendizagem, destacando-se, entre tantas outras, as que são apresentadas a seguir:

- ❖ Saber ouvir;
- ❖ Iniciar uma conversa;
- ❖ Fazer perguntas e dar respostas apropriadas;
- ❖ Mostrar interesse por algum assunto;
- ❖ Esperar a sua vez para falar ou jogar;
- ❖ Agir cooperativamente em brincadeiras ou outras atividades;
- ❖ Dar atenção aos outros;
- ❖ Manter-se sentado por um período de tempo;
- ❖ Saber perder, entendendo que não se ganha sempre;
- ❖ Ser persistente ao realizar uma tarefa.

O acompanhamento psicopedagógico também é de grande relevância no tratamento dos problemas desencadeados pelo Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Atuando diretamente nas dificuldades escolares demonstradas pela criança ou pelo adolescente, o psicopedagogo poderá suprir as defasagens, reforçar conteúdos e habilidades já dominados e possibilitar condições para novas aprendizagens.

Atividades diversificadas – especialmente aquelas que envolvem a leitura, a expressão escrita e jogos com regras e passos a serem seguidos, tais como conhecer gibis e revistas novas, escrever um livro e ilustrá-lo, jogar amarelinha, bola de gude, damas, quebra-cabeça, xadrez entre outras – devem ser propostas no processo de recuperação psicopedagógica, considerando que, além de possibilitarem o desenvolvimento social e cognitivo, favorecem oportunidades para uma auto-avaliação dos tipos de erros cometidos e das formas de corrigi-los.

3.3 Tratamento medicamentoso

Depois de passar por uma minuciosa avaliação de profissionais gabaritados para diagnosticar o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, a criança que apresenta sintomas comprovados pode ser auxiliada com medicamentos, cabendo ressaltar que não são *todas* as crianças que necessitarão e/ou se beneficiarão do acompanhamento com uso de medicação.

Levando isto em conta, antes de optarem pelo tratamento medicamentoso, os pais deverão esgotar todas as possibilidades de ajuda sem o emprego de remédios.

Para isso, os profissionais que estarão acompanhando o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade instruirão os pais ou responsáveis a controlar as situações de agitação da criança – uma vez que tais condições desencadeiam reações adversas nos diferentes ambientes onde a criança se insere (casa, vizinhança, escola, igreja, entre outros).

A este respeito, SCHWARTZMAN (2001, p. 73) enfatiza:

Os pais se sentirão aliviados ao saber que os problemas de seu filho não decorrem de atitudes inadequadas ou de problemas emocionais, até porque vivemos, ainda, o resquício de uma era em que ter filhos com algum tipo de problema significava, sempre, que os pais haviam cometido algum tipo de erro na forma como haviam criado a criança.

Para este autor, a partir do momento em que os pais se dão conta de que não erraram na educação do filho e de que as alternativas disponíveis para atenuar o comportamento já foram esgotadas, caberá ao neuropediatra ou ao psiquiatra indicar qual será o tratamento medicamentoso mais conveniente ao caso.

ROHDE (1999) lembra, ainda, que mais de 70% dos indivíduos afetados pelo Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, mostram significativos níveis de melhora nos sintomas – relacionados com desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade – antes apresentados em casa e na escola, após o início do uso adequado de medicação específica, embora, infelizmente, ainda não se tenha como fazer uma previsão precisa acerca das respostas que a criança dará a esse tratamento.

Uma das grandes indagações dos pais quanto ao uso contínuo de medicamentos para o tratamento dos sintomas do TDAH diz respeito à possibilidade de surgimento de um quadro de dependência da droga pelo usuário.

Para responder a essa dúvida – cujos temores, muitas vezes, impedem a continuidade do tratamento – destaca-se a colocação de TOPCZEWSKI (1999, p.73):

Os medicamentos habitualmente usados não causam dependência e nenhum dos nossos pacientes apresentou anormalidade desta ordem. Não há nenhum indício que estes medicamentos possam induzir ao vício ou à drogadição. Devemos ressaltar, ainda, que toda avaliação deve ser periódica; não somente clínica como também laboratorial.

Neste caso, o acompanhamento familiar – no sentido de orientar e controlar condutas relativas ao tratamento com remédios – é de suma importância para as possibilidades de avaliação das respostas dadas a ele.

Da mesma forma, a escola e os educadores que lidam com alunos que apresentam quadro de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e são submetidos a tratamento medicamentoso precisam receber orientações acerca de condutas específicas que deverão ser implementadas no ambiente escolar.

É preciso levar em conta, ainda, que o uso de medicamentos pode ocasionar o aparecimento de efeitos colaterais – por exemplo, redução ou aumento do apetite, distúrbios do sono, dores de cabeça, entre outros. Porém, tais alterações, quando se manifestam, aparecem apenas no início do tratamento, até que o organismo possa adaptar-se.

As crianças e adolescentes com TDAH, depois de medicados, apresentam uma melhora tão considerável nas suas condutas que passam a ser percebidos pelos que os cercam de um modo mais positivo e produtivo.

Sua capacidade de se concentrar nas tarefas, principalmente em situações incômodas, repetitivas e desinteressantes, melhora de uma forma tão notável já no início do tratamento que os próprios colegas de sala de aula passam a aceitá-los, diminuindo as reações hostis no ambiente escolar.

Sobre essas notáveis diferenças, GOLDSTEIN e GOLDSTEIN (1994, p. 210) ressaltam:

A melhora da atenção, associada à redução da inquietude na escola, muitas vezes exerce um efeito notável sobre a realização das tarefas escolares e a normalização do comportamento da criança hiperativa na sala de aula. Melhoras similares são observadas em casa e no pátio de recreio.

Com tais mudanças, a própria criança acaba percebendo que seu comportamento não era adequado, nem aceito pelo grupo. E este processo de autoconhecimento e de autopercepção serve como uma ponte para novas modificações e para a manutenção do comportamento mais adaptativo.

Entretanto, existem problemas ou situações que a medicação, por si só, não ajuda. O apoio da família, dos professores e dos próprios colegas é muito importante, nesse momento, para a manutenção das transformações observadas.

Além disso, aliado ao tratamento medicamentoso, é preciso associar terapias adicionais – psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia – uma vez que as defasagens e necessidades que a criança apresenta em consequência das dificuldades progressas devem ser abordadas por outros profissionais.

Mudanças e reorganização dos diferentes ambientes também são necessárias. Dentre elas, destacam-se: reformulação das estratégias de ensino e de estudos, seleção de materiais diversificados apropriados às características e necessidades de cada um, local adequado para estudar, entre outras.

O tempo necessário para o tratamento medicamentoso é uma questão individual, pois depende da resposta de cada um. Alguns pacientes podem ter seus medicamentos suspensos após cerca de um ano, outros podem necessitar do controle com remédios até a vida adulta – o que não deve ser motivo de alarde, pois o primordial é seu bem-estar e a capacidade adaptativa.

Foram mostrados, aqui, de forma específica, os principais recursos dos quais família, escola e sociedade podem lançar mão para a implementação do processo de intervenção junto aos problemas causados pelas manifestações do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – mudanças de conduta, atendimento psicoterapêutico e psicopedagógico e tratamento medicamentoso. Na seqüência, a inclusão educacional e, em última instância, a inclusão social são alvos de uma reflexão acerca de suas contribuições no tratamento do TDAH.

CAPÍTULO IV

A INCLUSÃO EDUCACIONAL E O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

O tratamento de crianças e adolescentes que apresentam Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade exige um esforço coordenado entre os profissionais das áreas médica, de saúde mental e pedagógica, em conjunto com as intervenções oferecidas pelos próprios pais e por outras pessoas que lidam com tais sujeitos.

Esta combinação de tratamentos oferecidos por diversas fontes profissionais é denominada de *intervenção multidisciplinar*, sendo que uma abordagem deste tipo inclui:

- ❖ Capacitação dos pais quanto à verdadeira natureza do TDAH e no desenvolvimento e domínio de estratégias de controle efetivo do comportamento.
- ❖ Implementação de um programa pedagógico e/ou psicopedagógico adequado;
- ❖ Aconselhamento psicoterapêutico individual e familiar, quando necessário, para estruturar ações adequadas e evitar o aumento de conflitos entre os interlocutores nos diversos ambientes (escola, casa, vizinhança etc.).
- ❖ Apoio ao trabalho escolar e às ações desenvolvidas por professores e equipes técnico-administrativas da escola.
- ❖ Uso de medicação, se for o caso, com acompanhamento regular dos efeitos produzidos.

O sucesso de alunos com TDAH na sala de aula freqüentemente exige uma série de intervenções no processo educacional e no ambiente escolar, incluindo menores ou maiores adaptações, de acordo com cada caso específico.

A maioria das crianças e dos adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade pode permanecer na classe comum, com pequenos

arranjos na arrumação da sala de aula – envolvendo a proposta curricular ou a seleção de recursos e estratégias de ensino – ou com a ajuda e o apoio de um professor auxiliar.

Outros alunos com problemas mais acentuados, por sua vez, apresentam necessidade de programas especiais a serem implementados, também, fora da sala de aula do ensino comum – como, por exemplo, em Salas de Recursos.

Em qualquer que seja a condição exigida para superação das dificuldades causadas pelo TDAH, entretanto, é essencial uma abordagem multidisciplinar para o tratamento proposto, assim como estabelecer e manter uma comunicação constante com a família, que se constitui a melhor ligação entre a criança, o professor e o terapeuta.

Além disso, o processo de intervenção educacional exige mudanças nas atitudes pessoais e responsabilidade ao decidir acerca das transformações em práticas escolares consideradas relevantes e, neste contexto, o trabalho conjunto, as ações e decisões empreendidas em equipe podem atingir níveis mais elevados de eficácia e eficiência para o atendimento às demandas do aluno com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e da comunidade escolar onde ele se insere.

A legislação brasileira que trata da educação salienta a importância da avaliação das necessidades educacionais especiais voltada para o contexto educacional onde se inserem alunos que manifestam algum transtorno ou condição especial em seu processo de aprendizagem, especificando que *o estabelecimento de ensino deve realizar avaliação, no contexto escolar, para a identificação das necessidades educacionais do aluno, do professor e da escola e para a tomada de decisões quanto aos recursos e apoios necessários à aprendizagem* (Deliberação nº 02/03, Art. 24).

A *inclusão educacional* – uma tendência mundial das últimas décadas – vem ocasionando polêmica em muitos âmbitos da sociedade e precisa ser discutida seriamente por todos, a fim de que seja possível atingir os resultados desejados e necessários.

SASSAKI (1997) salienta que o movimento de inclusão educacional tem como meta não deixar nenhum aluno de fora do ensino regular, desde o início de sua escolarização, e propõe que é a escola que deve se adaptar ao aluno e não o processo contrário, como tradicionalmente era implementado na integração educacional.

Inclusão implica em um compromisso que a escola assume de educar cada criança, com suas necessidades peculiares. Assim, a inclusão contempla a *pedagogia da diversidade*, pois *todos* os alunos estão dentro da escola regular, independentemente de ser menor trabalhador ou habitante das ruas ou portador de deficiência ou talentos especiais ou de pertencer a uma minoria étnica, social ou lingüística.

No caso das crianças e dos adolescentes que apresentam Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, estas condições também podem representar avanços significativos no processo de ajuda que precisa ser implementado em seu tratamento.

Este capítulo mostrou a inclusão educacional como um recurso de intervenção importante para os alunos com TDAH, dando ênfase a questões práticas para sua efetivação – as quais direcionam para considerações apresentadas a seguir.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade foi apresentado, neste estudo, com o intuito de esclarecer conceitos, causas, principais manifestações, conseqüências, estratégias de enfrentamento, papéis dos envolvidos no tratamento e outras informações necessárias a uma compreensão mais adequada deste quadro e de como lidar com ele.

O TDAH é caracterizado por uma constelação de problemas relacionados entre si e que resultam de um desenvolvimento não adequado de competências pessoais, acadêmicas e sociais, causando dificuldades na vida diária de crianças, adolescentes e adultos afetados.

Nesse distúrbio de caráter biopsicossocial, parece haver a concorrência de fatores genéticos, biológicos, sociais e vivenciais que contribuem para a intensidade dos problemas experimentados. E, em conseqüência, um diagnóstico precoce, associado a tratamento adequado, pode reduzir drasticamente os conflitos familiares, escolares, comportamentais e psicológicos vividos por essas pessoas.

Acredita-se que, através de diagnóstico e tratamento corretos, um grande número dos problemas – tais como repetência escolar e abandono dos estudos, depressão, distúrbios de comportamento, problemas vocacionais e de relacionamento, bem como abuso de drogas lícitas e ilícitas – pode ser adequadamente tratado ou, até mesmo, evitado.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade interfere na habilidade da pessoa de manter a atenção sustentada (especialmente em tarefas repetitivas), de controlar adequadamente as emoções e o nível de atividade, de enfrentar consistentemente as conseqüências de suas condutas e, talvez o mais importante, interfere na habilidade de controle e inibição – inibição esta que se refere à capacidade de evitar a expressão de forças internas poderosas que levam

a ações sob o domínio do impulso, de modo a permitir que haja tempo para o autocontrole.

As pessoas com TDAH até podem saber o que deve ser feito; porém, não conseguem fazer aquilo que sabem que devem – devido à incapacidade de realmente poder parar e pensar antes de agir, não importando o ambiente ou a tarefa.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é com frequência apresentado, erroneamente, como um tipo específico de problema de aprendizagem; mas, ao contrário, trata-se de um distúrbio de realização. Sabe-se que as crianças com TDAH são capazes de aprender, mas têm dificuldade em se sair bem na escola devido ao impacto que os sintomas desse quadro têm sobre uma boa atuação acadêmica e social.

Contudo, à medida que cresce o conhecimento médico, educacional, psicológico, terapêutico e da comunidade a respeito dos sintomas e dos problemas ocasionados pelo TDAH, um número cada vez maior de pessoas está sendo corretamente identificado.

Percebe-se, por exemplo, que pessoas que apresentaram sintomas de TDAH na infância demonstraram uma probabilidade maior de desenvolver problemas relacionados com comportamento opositivo-desafiador, desempenho educacional e profissional pouco satisfatório, delinquência, transtornos de conduta, depressão e ansiedade.

Os pesquisadores, no entanto, sugerem que os resultados desastrosos apresentados por alguns adolescentes não são consequência apenas do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, mas, antes, uma combinação do TDAH com outros transtornos de comportamento, especialmente nos jovens ligados a atitudes criminosas e ao abuso de substâncias químicas lícitas e ilícitas.

Apesar dos problemas experimentados pelos portadores de TDAH variarem de acordo com suas experiências de vida, fatores básicos estão presentes na origem e manutenção desse quadro, destacando-se aspectos genéticos, biológicos e psicológicos. Em consequência, a avaliação e o diagnóstico incluem, frequentemente, um levantamento específico acerca do

funcionamento intelectual, acadêmico, social e emocional, envolvendo dados recolhidos junto a pais, professores e outros adultos que, de alguma maneira, interagem rotineiramente com a pessoa que está sendo avaliada.

No diagnóstico de adultos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, mais importante, ainda, é conseguir o histórico cuidadoso da infância, do desempenho acadêmico, dos problemas comportamentais e profissionais.

Com a crescente conscientização e compreensão da comunidade em relação ao impacto significativo que os sintomas do TDAH têm sobre as pessoas e suas famílias, o futuro parece mais promissor para terapeutas e educadores que apostam na superação dos obstáculos por meio de uma abordagem sistêmica, estando melhor preparados para lidar com este transtorno e suas manifestações.

Pais e professores – bem como outros profissionais que atuam com a criança e com o adolescente que apresentam Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – precisam tomar consciência de que não existe um *tratamento único* para tais casos, até mesmo devido ao fato de que o TDAH é um transtorno que compõe um quadro multifacetado, com causas e manifestações múltiplas e que exige, por conseguinte, uma abordagem também complexa, numa combinação de ações de enfrentamento das conseqüências negativas que provoca.

Aumenta a cada dia o reconhecimento da eficiência dos tratamentos na redução dos sintomas imediatos apresentados por pessoas com TDAH. Entretanto, somente isso não traz resultados satisfatórios a longo prazo – há uma aceitação cada vez maior da necessidade de *equilibrar a balança* para as pessoas com TDAH, permitindo alívio dos sintomas enquanto se trabalha no sentido de assistir a pessoa na construção de uma vida bem sucedida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARKLEY, R. A. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BENCZIK, E.B.P. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica: um guia de orientação para profissionais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

CRITÉRIOS diagnósticos do DSM-IV: referência rápida. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CYPEL, S. *A criança com déficit de atenção e hiperatividade*. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

DI DOMENICO, Viviane Galhanone Cunha & CASSETARI, Leila. *Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia: uma introdução*. 3. ed. São Paulo: EDICON, 2002.

GOLDSTEIN, S. & GOLDSTEIN, M. *Hiperatividade – como desenvolver a capacidade de atenção da criança*. Campinas: Papyrus, 1994.

GONÇALVES, P. S. *Hiperatividade e distúrbio de déficit de atenção*. Disponível em: www.geocites.com/hiperatividade Acessado em: 09/06/2005.

PARANÁ. CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO. *Deliberação nº 02/03*. Curitiba: junho/2003.

RHODE, L. A. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: O que é? Como ajudar?* Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

RHODE, L. A. e BENCZIK, E. B. P. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

SCHWARTZMAN, J. S. *Transtorno de déficit de atenção*. São Paulo: Mackenzie, 2001.

SASSAKI, Romeu Kazumi. *Inclusão: construindo uma sociedade para todos*. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

TOPCZEWSKI, A. *Hiperatividade: como lidar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

VAYER, P. *A criança diante do mundo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.