

**YARA MARIA SCHEFFER SZELIGA**

**TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO /HIPERATIVIDADE  
NO CONTEXTO ESCOLAR**

**Pontal do Paraná  
2004**

**YARA MARIA SCHEFFER SZELIGA**

**TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO /HIPERATIVIDADE  
NO CONTEXTO ESCOLAR**

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Cláudia Cibele Bitdinger Cobalchini

**Pontal do Paraná  
2004**

**Todo sujeito tem a sua forma de aprender, o meio, as condições e limites para conhecer, sua maneira própria, pessoal de desenvolver-se de constituir seu saber.**

***Alicia Fernandes***

## **AGRADECIMENTOS**

***Agradeço a Deus que me deu forças e saúde para prosseguir. A minha família pelo incentivo e compreensão na busca de um mundo melhor e para que fosse possível a realização deste trabalho.***

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi fazer uma profunda reflexão sobre o TDAH, e, suas implicações no âmbito familiar e escolar e, como incluir estas crianças desenvolvendo um trabalho pedagógico adequado as suas necessidades.

Para tanto, a pesquisa bibliográfica referente ao assunto aborda estudos realizados pela comunidade científica e, profissionais especializados, que visam a uma melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Neste trabalho foram reunidas todas as informações que se conseguiu coletar, e abordaram-se vários aspectos, objetivando assinalar os pontos essenciais sobre o TDAH, destacando como esses: as possíveis causas do TDAH, o tipo de comportamento, a evolução do conceito ao longo da história nas pesquisas científicas, os principais tratamentos empregados e a eficácia destes juntos aos portadores do TDAH. Também questões referentes ao diagnóstico, e outras que se achou importante abordar. Como anexos, modelos de questionários CONNERS, e Escala de Avaliação para diagnóstico destes alunos a serem avaliados por profissionais especializados. De acordo com pesquisas desenvolvidas pela comunidade científica pode-se afirmar que o TDAH não tem cura, mas, se tratado, proporciona às pessoas portadoras deste distúrbio melhor qualidade de vida e, também, às pessoas que com ela convivem. O TDAH atinge uma grande parte da população, mas não é diagnosticado, sendo mais comum na infância e adolescência e afetando 3% a 6% das crianças em idade escolar. Diagnóstico precoce e tratamento adequado podem reduzir os problemas escolares e familiares.

Reconhece-se a importância do profissional em saber identificar essas crianças e conduzir de maneira correta o seu aprendizado para que, os impactos em sua vida sejam minimizados e possam superar as dificuldades.

## SUMÁRIO

RESUMO .....	iii
INTRODUÇÃO .....	1
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>1. SITUANDO O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE E SEUS PRINCIPAIS ASPECTOS .....</b>	<b>6</b>
1.1 O CONCEITO: TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE .....	8
1.2 CAUSAS E OCORRÊNCIAS DO DISTÚRPIO DA HIPERATIVIDADE/ DÉFICIT DE ATENÇÃO .....	11
1.3 O QUE CARACTERIZA UM PORTADOR DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE .....	13
1.4 PROBLEMAS CAUSADOS EM DECORRÊNCIA DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE .....	18
1.5 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO .....	21
1.6 BREVE ESTUDO SOBRE A ATENÇÃO .....	23
1.7 COMO DEVE SER O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE .....	26
1.7.1 – ANAMNESE .....	26
1.7.2 - OBSERVAÇÃO DO COMPORTAMENTO .....	27
1.7.3 - ESCALAS DE AVALIAÇÃO E QUESTIONÁRIOS .....	27
1.7.4 - MÉTODOS E TESTES PSICOLÓGICOS .....	27
1.7.5 – EXAMES .....	27
1.8 QUESTÕES PARA O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....	31
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>2. PRINCIPAIS TRATAMENTOS EMPREGADOS JUNTO AOS PORTADORES DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE .....</b>	<b>32</b>
2.1 TRATAMENTO PSICOFARMACOLÓGICO .....	32
2.2 TRATAMENTO PSICOTERÁPICO .....	33
2.3 ORIENTAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA .....	37

2.4 COMO OS PAIS PODEM AJUDAR .....	38
2.5 COMO A ESCOLA PODE AJUDAR .....	40
2.6 SUGESTÕES PARA INTERVENÇÕES DO PROFESSOR .....	41
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>50</b>

## INTRODUÇÃO

O tema desta pesquisa é Hiperatividade e Déficit de Atenção na Escola, o conhecimento e aprofundamento deste distúrbio, a definição, como se processa, as características, causas e como desenvolver um trabalho com estas crianças em classes comuns.

Aborda relatos e experiências de estudiosos e profissionais que estudam e pesquisam visando à melhoria da qualidade de vida de crianças com TDAH.

A motivação desta proposta é a constatação de problemas apresentados na Escola Pública na relação com alunos com dificuldades de aprendizagem e como o professor pode detectar estas dificuldades para encaminhar para avaliações, também como desenvolver um trabalho em sala de aula com alunos que já têm diagnóstico definido, como hiperativos e com déficit de atenção.

O tema escolhido é de grande valor para a socialização do conhecimento, para esclarecimento na escola e subsídios para o trabalho pedagógico.

O Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDHA), é um problema de saúde mental que apresenta três características básicas:- a desatenção, a agitação ou hiperatividade e a impulsividade.

Esse transtorno tem grande impacto na vida de crianças e adolescentes e pessoas que convivem com ela, como a família e professores. Muitas vezes é acompanhada de outros problemas de saúde mental como depressão, e pode levar a dificuldades emocionais e de relacionamento na família e sociedade, e de baixo desempenho escolar e, em consequência, afetando a auto-estima.

Trabalhar com crianças portadoras do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) de forma consciente e adequada requer muito conhecimento e competência.

O professor ocupa um papel fundamental no processo de aprendizagem de crianças com TDHA. Por isso, é necessário que o profissional procure o máximo de informações a respeito do transtorno para se inteirar como proceder corretamente com estas crianças, evitando, assim, transtornos maiores para o aluno e as pessoas que convivem com ele.

Também conhecer os comportamentos de crianças que apresentam este transtorno para não serem encaminhados e diagnosticados muito tarde, ocasionando seqüelas de aprendizagem, que poderão trazer um atraso na vida escolar do aluno.

O professor que desenvolve um trabalho em sala de aula tem que saber como e quando encaminhar esses alunos para profissionais especializados. Por outro lado, desenvolver um trabalho diversificado em sala de aula requer conhecimento do problema.

Várias são as causas determinantes do fracasso escolar, e o TDHA é uma delas. Sabe-se que a população portadora do TDHA é significativa e parte dela apresenta dificuldades na adaptação escolar, social e familiar. Portanto, uma reflexão sobre o TDHA e suas repercussões, faz-se necessária e é a proposta deste trabalho.

Como saber se um aluno apresenta Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade?

Será que toda desatenção ou atividade motora excessiva pode ser sintomas deste distúrbio?

Várias podem ser as causas que levam o aluno a ter problemas de comportamento, relacionamento e dificuldades de aprendizagem na escola.

Devido à experiência em sala de aula, pode-se afirmar que significativa parte dos alunos apresenta estes sintomas, mas não se pode comprovar se é uma deficiência ou é devido ao fator sócio-econômico e desestruturação das famílias que não propiciam um desenvolvimento sócio-afetivo com seus filhos, sendo o ambiente onde vivem sem estímulos e com problemas básicos de saúde, higiene e alimentação.

Como agir em sala de aula para incluir e desenvolver atividades com alunos onde já se tenha comprovado este distúrbio?

Segundo o psiquiatra Ênio Roberto de Andrade (2000), coordenador do Ambulatório de Transtornos de Deficiência de Atenção do Hospital das Clínicas de São Paulo, a hiperatividade só fica evidente no período escolar, quando é preciso

aumentar o nível de concentração para aprender. “O diagnóstico clínico, no entanto deve ser feito com base no histórico da criança”, explica. “Por isso, a observação de pais e professores é fundamental”.

Portanto, o objetivo deste trabalho é contribuir para uma reflexão a respeito do assunto e procurar esclarecer dúvidas através de levantamento teórico de pesquisas e de especialistas na área, que possam embasar as experiências da prática pedagógica.

O comportamento alterado e as dificuldades de aprendizagem de alunos na escola, cada vez mais presentes nas salas de aula, exigem uma reflexão sobre o fenômeno e suas implicações no processo de aprendizagem e nos problemas e transtornos causados no âmbito escolar e familiar.

As causas determinantes do fracasso escolar podem ser muitas e o TDAH é uma delas. Sabe-se que a população portadora do TDAH é significativa e parte dela apresenta dificuldades para adaptação escolar, social e familiar. Portanto, uma reflexão sobre o TDAH e suas repercussões, faz-se necessária para se desenvolver um trabalho de inclusão em sala de aula, e adaptação tanto do professor como destes alunos para que haja socialização e os problemas sejam compreendidos.

Conhecer os sintomas e aprender a lidar com esse problema é uma obrigação de qualquer professor que não queira causar danos a seus alunos. Afinal, a demora em diagnosticar o caso pode trazer conseqüências sérias para o desenvolvimento da criança.

Para a psicóloga Mônica Duchesne (2000), da Associação Brasileira do Déficit de Atenção, outra conseqüência da hiperatividade é a baixa auto-estima das crianças, que surge quando elas notam que são diferentes das demais – em alguns casos, são as únicas a não concluir o dever. “Isso pode criar um estigma que traz repercussões sociais”, analisa.

Para a autora, se a hiperatividade não for adequadamente tratada na infância, pode deixar seqüelas na fase adulta, como desorganização para executar tarefas e rotinas diárias, distração excessiva, sonolência diurna e cansaço mental. Além disso, a pessoa corre o risco de se tornar hipersensível a críticas e irritadiça, apresentar

aparente falta de motivação e rancor exagerado, bem como problemas de memorização.

Alunos com hiperatividade ou déficit de atenção podem freqüentar as classes comuns e serem incluídos, mas vai exigir do professor compreensão do problema, habilidade, metodologia adequada, além de atendimento específico com profissionais especializados. Segundo Lobo,

“o diferente é o elemento desequilibrador de qualquer situação, de qualquer campo de ação, a estrutura social como um todo teme, estranha, repudia o diferente ao mesmo tempo em que somente as pessoas que se desviam do caminho comum a todos conseguem criar algo efetivamente novo, a inserção do diferente, em um sistema propicia a inovação, o crescimento, a criação de novos elementos, à reflexão”.<sup>1</sup>

Precisamos estar disponíveis para que a diferença seja aceita por nós e no interior da escola. Quando usados os mesmos parâmetros como referência a um padrão rígido na escola, acaba-se excluindo aqueles que ainda não alcançam as metas estabelecidas por problemas de aprendizagem que não foram detectados a tempo ou que precisem de compreensão do problema.

No que se refere à aprendizagem na escola, pode-se dizer que a hiperatividade interfere de forma negativa no processo de educação da criança.

Segundo Coll e Marchesi:

“as dificuldades de atenção e falta de autocontrole, que caracteriza este distúrbio, intensificam-se em situações de grupo, dificultando ainda mais, a percepção seletiva dos estímulos relevantes, e a estruturação e execução adequada das tarefas. Esta situação de fracasso contínuo reverte em uma desvinculação cada vez mais da criança hiperativa em seu processo de aprendizagem, a não ser que encontre no sistema educacional resposta adequada às suas necessidades especiais”.<sup>2</sup>

Sabendo-se que a hiperatividade prejudica a capacidade de concentração e atenção do aluno, os professores deverão procurar alternativas que os levem a desenvolver um trabalho direcionado e individualizado e isso vai requerer um conhecimento mais profundo do assunto.

---

<sup>1</sup> Lobo, ALM, 2003, p.73.74

<sup>2</sup> COLL; Jesus Palácios e MARCHESI Álvaro, 1995.

Para tanto, a pesquisa bibliográfica referente ao assunto em foco, levanta os principais estudos elaborados a respeito, até a atualidade.

O texto foi organizado em capítulos. O primeiro capítulo aborda o conceito de TDHA, elenca os sinais consagrados pela comunidade científica com a finalidade de se reconhecer o TDAH, apresenta a evolução histórica do conceito TDAH, levanta as causas e as ocorrências, os problemas causados pelo TDAH, apresenta investigações relativas ao diagnóstico, e outros, no segundo capítulo aborda os principais tratamentos do TDAH e como os pais e a escola podem desenvolver um trabalho que contribuam para melhor desenvolvimento destes alunos e minimizar as conseqüências que permeiam este distúrbio.

## CAPÍTULO I

### 1. SITUANDO O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE E SEUS PRINCIPAIS ASPECTOS.

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA) é um distúrbio mais comum na infância, mas adolescentes e adultos também podem apresentar o problema.

Existe muita discussão em como diagnosticar e tratar crianças e jovens portadores deste distúrbio, sendo que as pesquisas sugerem que pode ser mais persistente e comum na infância, mas adultos podem apresentar também o problema.

A criança com TDAH tem dificuldade em focar sua atenção, é impulsiva, reagindo antes de pensar, não consegue terminar uma tarefa, cansa-se logo, mesmo sabendo realizar a tarefa.

As famílias, em geral, são pouco informadas sobre este distúrbio e, muitas vezes, não querem aceitar que o filho seja diferente e possa precisar de tratamento. Muitas vezes, estas crianças passam como “geniosas”, “personalidade difícil” para justificar as dificuldades enfrentadas socialmente.

Os especialistas alertam que essa é uma síndrome que exige um diagnóstico severo, por uma equipe multidisciplinar, depois de serem observados sintomas e suspeitas pelos pais e professores.

O professor e família ocupam papéis fundamentais no processo de aprendizagem e de saúde mental de crianças com TDAH.

Segundo GOLDSTEIN (2000), o THDA foi investigado e bem estudado, pois é bem generalizado em nossa sociedade atingindo 3% a 5% das crianças em idade escolar no país e seu efeito na qualidade de vida é marcante não apenas para a criança, como também para a escola e as famílias que convivem com ela.

Pesquisas realizadas sobre as conseqüências deste distúrbio demonstram que crianças com TDAH são mais propensas a desenvolver distúrbios sociais, emocionais e comportamentais e problemas na escola. Por isso, a escola deverá estar atenta a estes problemas para que estes alunos sejam diagnosticados e tenham acompanhamento para que não ocorra o fracasso escolar.

Muitos alunos são diagnosticados muito tarde, e, portanto, já apresentam lacunas de aprendizagem que necessitam ser resgatadas por meio de reconstrução de conteúdos e habilidades básicas por profissionais especializados e acompanhamento pedagógico.

A criança hiperativa representa enorme desafio para pais e professores. Não há cura e os problemas devem ser administrados com acompanhamento especializado, compreensão do problema e, em alguns casos, acompanhados de medicação.

O Dr. Ênio Roberto Andrade, em entrevista à "Revista Ciência Hoje", (2003, nº9) afirma que o TDAH é muito mais comum do que se imagina, mas pouco conhecido. Em uma escola pequena de 100 alunos, 3 a 5 crianças apresentam este transtorno, que demandam da Instituição uma atenção especial, o que freqüentemente não recebem, e caso não sejam diagnosticadas e tratadas, incorrerão em fracasso escolar.

O Dr. Keth Conners, um pesquisador muito conhecido na área da Hiperatividade Infantil, afirma que o diagnóstico é difícil e complexo. É preciso uma cuidadosa seleção de informações, por vários meios e usando vários instrumentos. A criança pode ser excessivamente ativa ou insuficientemente atenta e é um distúrbio de interação, como uma forma exagerada de um comportamento apropriado para a idade, não se limitando apenas em crianças em idade escolar. O TDAH é marcado por um grupo de fenômenos intensos ou graves, os quais mostram-se persistentes durante todo o processo do desenvolvimento infantil.

Normalmente os profissionais não determinam um diagnóstico antes da criança ter cinco anos, porém podem ocorrer sintomas precoces como indicadores do TDAH. Segundo BARKLEY (2002);

“Hoje, a maioria dos profissionais clínicos acreditando que o DDA consiste em três problemas primários, na capacidade do indivíduo controlar seu comportamento: dificuldade em manter a atenção, controle ou inibição dos impulsos e da atividade excessiva. Outros profissionais (inclusive eu), reconhecem que aqueles com DDA possuem dois problemas adicionais: dificuldade para seguir regras ou instruções e variabilidade extrema em suas respostas a diferentes situações.”<sup>3</sup>

Em 1902, pesquisadores descreveram pela primeira vez as características dos problemas de impulsividade, falta de atenção e hiperatividade apresentados por crianças com TDHA. Desde então, o distúrbio foi denominado de várias maneiras, entre elas Disfunção Cerebral Mínima, Reação Hiperkinética da Infância e Distúrbio do Déficit de Atenção. A 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria, atualmente descreve este conjunto de problemas como Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade.

## **1.1 O CONCEITO: TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.**

Conforme GOLDSTEIN, (1998) o Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade é caracterizado por problemas relacionados com falta de atenção, hiperatividade e impulsividade. Esses problemas resultam de um desenvolvimento não adequado e causam dificuldades na vida diária.

É um distúrbio bio-psicossocial, isto é, parece haver fatores genéticos, biológicos, sociais e vivenciais que contribuem para a intensidade dos problemas experimentados.

Interfere na habilidade da pessoa em manter a atenção, especialmente em tarefas repetitivas, de controlar adequadamente as emoções e o nível de atividade, de enfrentar conseqüências e na habilidade do controle e inibição, não possuindo autocontrole, nem pensando antes de agir.

---

<sup>3</sup> BARKLEY, 2002. P.50

Segundo o psiquiatra ANDRADE (2003), quando prevalece a hiperatividade, o transtorno chama-se predominantemente hiperativo, impulsivo. Quando prevalece a desatenção, denominamos de transtorno predominante desatento. Há casos em que os dois sintomas-chave se combinam em intensidade alta. Nessas situações, trata-se do que se chama transtorno combinado, o tipo mais freqüente em crianças.

Segundo FACION (1991), Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH), também conhecida por Síndrome Hiperativa, Síndrome Hipermotora ou Hiperquinesia – manifesta-se por meio de características centrais da hiperatividade do distúrbio de atenção (ou concentração), impulsividade, agitação. Como conseqüência destes sintomas podem surgir graves problemas, com distúrbios emocionais, problemas de aprendizagem e aproveitamento.

De acordo com o Código Internacional de Doenças, a Síndrome Hiperativa é assim definida:

“distúrbios cujas características são espaços curtos de tempo de atenção e, conseqüentemente desatenção elevada. Na primeira fase da infância o sintoma mais acentuado é uma atividade extrema, incontrolada, pouco organizada e mal dirigida. Estes comportamentos, em geral podem transformar-se numa hiperatividade, ao se iniciar a fase da adolescência. Impulsividade, extrema oscilação de humor e agressividade são também sintomas freqüentes. Muitas vezes estas pessoas apresentam retardo no desenvolvimento de certas capacidades, como também relações humanas perturbadas e limitadas”.

Não há uma noção uniforme sobre esta síndrome, o que prejudica o diagnóstico clínico. Os indivíduos atingidos podem diferir muito entre eles, dependendo do grau em que os sintomas centrais e secundários podem ser observados e em que extensão eles surgem. Por isso o Código Internacional de Doenças distingue três formas específicas:

- Síndrome de Hiperquinesia com distúrbios de afetividade e atenção;
- Síndrome de Hiperquinesia com atraso no desenvolvimento;
- Síndrome de Hiperquinesia com distúrbios de comportamento social.

Para TOPCZEWSKI, (1999) a hiperatividade é um sintoma que não tem definição precisa aceita unanimemente, mas que compromete de modo marcante o comportamento do indivíduo. É um desvio comportamental, caracterizado pela

excessiva mudança de atitudes e de atividades, acarretando pouca consistência em cada tarefa a ser realizada, incapacitando o indivíduo para se manter quieto por um período de tempo necessário para realizar suas tarefas.

BARKLEY, pesquisador nesta área, defende a teoria de que o TDAH se caracteriza por um déficit básico no comportamento inibitório. Assim, determinadas áreas do cérebro que comandam uma espécie de “freio de inibição”, devido ao não funcionamento deste “freio”, as crianças e adolescentes apresentam maior hiperatividade e impulsividade.

De acordo com pesquisas científicas, tem-se a indicação de que crianças e adultos com este transtorno possuem uma disfunção na região orbital frontal do cérebro, situada na parte da frente do cérebro, logo atrás da testa. Essa região é responsável pela inibição do comportamento, atenção e autocontrole.

De acordo com GARCÍA (1998), o DSM-IV classifica os transtornos por déficit de atenção e hiperatividade entre os transtornos por condutas perturbadoras incluídas nos transtornos de início de infância, meninice ou adolescência. Trata-se de um padrão de conduta que as crianças e adolescentes apresentam em relação a dificuldades no desenvolvimento da manutenção da atenção, controle de impulsos, assim como a regulação da conduta motriz em resposta às demandas da situação (Anastopoulos e Barkley, 1992 ).

Segundo MATTOS (2004), antes o TDAH era classificado como distúrbio do aprendizado, mas a grande maioria das crianças e adolescentes com TDAH não tem qualquer problema de aprendizado, os problemas são decorrentes de não conseguir prestar atenção ou se dedicar a estudar.

As dificuldades de atenção constituem, para a maioria dos autores, um dos sintomas que definem a hiperatividade.

O Manual Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM-IV, 1994) denomina de “distúrbio por déficit de atenção com hiperatividade”, porque existe elevada frequência de problemas de atenção em crianças hiperativas, que persistem ao longo do tempo.

Para HALLOWELL, (1999) que usa a sigla DDA, (Distúrbio do Déficit de atenção), é uma síndrome neurológica, e a clássica tríade de sintomas que a define inclui impulsividade falta de concentração e hiperatividade ou excesso de energia. Para ele cerca de 15 milhões de norte-americanos sofrem dessa síndrome atualmente; a maior parte deles não sabe que a tem. Isso ocorre em crianças e adultos, homens e mulheres, rapazes e moças, abrangendo todos os grupos étnicos, grupos socioeconômicos, níveis de escolaridade e graus de inteligência. Nem todas as pessoas a superam, muitas apresentam-na por toda a vida.

A existência do TDAH em adultos só mais recentemente foi comprovada.

## **1.2 CAUSAS E OCORRÊNCIAS DO DISTÚRBO DA HIPERATIVIDADE/ DÉFICIT DE ATENÇÃO**

Provavelmente existe mais de uma causa, uma vez que este transtorno pode ocorrer simultaneamente com várias condições. Sabe-se que fatores genéticos são importantes, uma vez que a pessoa pode ter problemas similares aos de outros ocorridos na família. Muitas pesquisas apontam a hereditariedade como fator principal. Em estudos com gêmeos idênticos, com genealogias familiares, com crianças adotadas, em uma série de trabalhos, alguns realizados no Brasil, têm apontado para os genes como causa destes distúrbios.

A causa básica e que poderia explicar o modo geral seria uma disfunção de uma estrutura encefálica Reticular Ativadora, que tem funções muito importantes no que se refere à atenção. É possível que haja um desequilíbrio entre algumas das substâncias químicas. Pesquisas mostram que há diferenças significativas na estrutura e funcionamento do cérebro, e por isso, o TDAH pode ser considerado um distúrbio funcional do cérebro.

Os indícios mais fortes de que o Distúrbio do Déficit de Atenção apresenta uma alteração na estrutura cerebral de seus portadores vêm dos inúmeros estudos realizados por meio de exames de neuroimagem. Esses exames visam obter

imagens que mostram o funcionamento do cérebro e não só sua imagem estática. Dentre esses exames, o que mais mostra a atividade funcional das diversas partes do cérebro é o PET ou SPECT; ambos referem-se a tomografias realizadas por meio de emissão de pósitrons, que podem visualizar tanto a estrutura, como a atividade das regiões cerebrais, em determinado momento.

As conclusões desses estudos descrevem uma hipoperfusão cerebral localizada na região pré-frontal e pré-motora do cérebro. Essa hipoperfusão significa que a região frontal nas pessoas com DDA recebe um menor aporte sanguíneo do que deveria e, como consequência, há uma diminuição do metabolismo nesta região, que, ao receber menos glicose, terá menos energia e funcionará com seu desempenho reduzido.

ROHDE e BENCZIK (1999), dizem que, o modelo mais aceito no momento, para explicar as causas do TDAH, é que a criança tem uma predisposição maior quando o distúrbio é herdado e que pode ser desencadeado por fatores ambientais.

Alguns estudos e pesquisas realizados demonstram que o TDA com ou sem Hiperatividade ocorre três a quatro vezes mais no sexo masculino, mas em pesquisas mais recentes a proporção meninos / meninas é no máximo de dois meninos para cada menina com TDAH. As meninas apresentam TDAH com predomínio de sintomas de desatenção, por isso são menos avaliadas e como os meninos incomodam mais por apresentarem características de inquietação constante são mais encaminhados para avaliações. Por isso os estudos e pesquisas recentes são realizados com crianças e adolescentes da população em geral ou das escolas.

MATTOS (2004), acredita que mais de 60% das crianças que tiveram TDAH na infância ingressarão na vida adulta com sintomas deste distúrbio, ao contrário do que se dizia antigamente.

### 1.3 O QUE CARACTERIZA UM PORTADOR DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE

A hiperatividade costuma ser associada a problemas de atenção. Como a criança é incapaz de selecionar os estímulos importantes dos sem importância, sua capacidade de atenção é precária. Ela inicia uma tarefa e logo interrompe e depois fica inquieta. Se os problemas de atenção são graves, envolvendo uma disfunção nos mecanismos de triagem do cérebro, então o problema recebe o nome de Distúrbio de Deficiência de Atenção (DDA). Geralmente a hiperatividade acompanha o DDA, porém algumas crianças com DDA não são hiperativas (CYPEL, 2000).

Segundo VEGA (1988), o desenvolvimento normal do controle de atenção tem várias etapas. Até os dois anos de idade a atenção é controlada por estímulos, não existindo controle por parte da criança.

Entre os dois e cinco anos, surge o controle da atenção, em que a criança já consegue concentrar-se quando alguma coisa a interessa, mas, só a partir dos seis anos, acontece uma mudança radical. A criança já é capaz de desenvolver estratégias para atender os estímulos que considera importante.

Estudos com crianças hiperativas demonstram que estes processos encontram-se alterados e pode-se afirmar que estas crianças apresentam dificuldades para concentrar sua atenção em períodos contínuos de tempo, principalmente em situações de grupo, onde é preciso haver maior concentração.

O TDAH se manifesta basicamente por desatenção ou hiperatividade (inquietação), sendo que em certos casos pode prevalecer um ao outro. Quando prevalece a hiperatividade chamamos o transtorno de predominantemente hiperativo, impulsivo. Quando prevalece a desatenção, denominamos de transtorno predominantemente desatento. Há casos em que os dois sintomas-chave se combinam em intensidade alta. Nessas situações, trata-se do que chamamos de transtorno combinado, justamente o tipo mais freqüente em crianças.

Segundo GOLDSTEIN (1994), as características do TDAH aparecem bem cedo para a maioria das pessoas, logo na primeira infância. O distúrbio é

caracterizado por comportamentos crônicos, com duração de no mínimo 6 meses, que se instalam definitivamente antes dos 7 anos. Atualmente, 4 subtipos de TDAH foram classificados de acordo com o autor:

1. TDAH - tipo desatento - a pessoa apresenta, pelo menos, seis das seguintes características:

- Não enxerga detalhes ou omite erros por falta de cuidado.
- Dificuldade em manter a atenção.
- Parece não ouvir.
- Dificuldade em seguir instruções.
- Dificuldade na organização.
- Evita/não gosta de tarefas que exigem um esforço mental prolongado.
- Frequentemente perde os objetos necessários para uma atividade.
- Distrai-se com facilidade.
- Esquecimento nas atividades diárias.

2. TDAH - tipo hiperativo/impulsivo - é definido se a pessoa apresenta seis das seguintes características:

- Inquietação, mexendo as mãos e os pés ou se remexendo na cadeira.
- Dificuldade em permanecer sentada.
- Corre sem destino ou sobe nas coisas excessivamente (em adultos, há um sentimento subjetivo de inquietação).
- Dificuldade em engajar-se numa atividade silenciosamente.
- Fala excessivamente.
- Responde a perguntas antes delas serem formuladas.
- Age como se fosse movida a motor não parando quieto.
- Dificuldade em esperar sua vez.
- Interrompe e se intromete.

3. TDAH - tipo combinado - é caracterizado pela pessoa que apresenta os dois conjuntos de critérios dos tipos desatento e hiperativo/impulsivo.
4. TDAH - tipo não específico: a pessoa apresenta algumas características, mas número insuficiente de sintomas para chegar a um diagnóstico completo. Esses sintomas, no entanto, desequilibram a vida diária.

As pesquisas mais recentes têm mostrado que são necessários pelo menos seis dos sintomas de desatenção e ou seis de hiperatividade / impulsividade para que se possa pensar num diagnóstico de TDAH, e esses sintomas têm que acontecer freqüentemente, em pelo menos dois ambientes diferentes. Se for observado só na escola, pode ser que os métodos de ensino possam ser inadequados, ou que em casa possam apresentar sintomas por problemas de relacionamento. São mais prováveis em situações de grupo como, sala de aula, ambiente de trabalho, pátio da escola e outras.

Um dos tipos comuns encontrados o déficit de atenção, sem hiperatividade, pode ser facilmente identificado na escola, pois apresentam características evidentes de comportamento.

Esses alunos têm dificuldade de prestar atenção a detalhes ou erram por descuido em atividades escolares e de trabalho, têm dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas, parecem não escutar quando lhe dirigem a palavra, não seguem instruções e não terminam tarefas escolares e domésticas. Também apresentam dificuldade em organizar tarefas e atividades, evitam ou relutam em envolver-se em tarefas que exigem esforço mental constante, perdem coisas necessárias, são facilmente distraídos por estímulos alheios à tarefa e apresentam esquecimento em tarefas diárias.

Existem casos especialmente no sexo feminino em que o ADD se manifesta apenas através da falta de atenção. São pessoas que têm uma característica sonhadora, que não são capazes de prestar atenção. Tem dificuldades em terminar tarefas já começadas e são taxadas de preguiçosas, desorganizadas. Os meninos também podem ter déficit de atenção sem hiperatividade, mas em escala menor e por isso menos propensos a serem encaminhados para avaliação e serviços.

Em algumas ocasiões, pode-se perceber a hiperatividade desde o primeiro ano de vida, quando estas crianças apresentam períodos de sono curto e acordam várias vezes à noite, choram com muita freqüência, sem causa aparente, apresentam cólicas abdominais freqüente e exageradas, denotam persistente desconforto e insatisfação.

Estas manifestações podem desaparecer após alguns meses, mas podem persistir.

O TDAH é um dos distúrbios neuro-comportamentais mais freqüentemente diagnosticados na infância, afetando crianças desde a 1ª infância, passando pelo período escolar e chegando à vida adulta.

Crianças com déficit de atenção costumam ser impulsivas e propensas a se acidentarem. Não tomam cuidado consigo mesmas, nem com os outros, são socialmente desinibidas, sem reservas e despreocupadas quanto às regras sociais. Podem ser impopulares com outras crianças e acabam isoladas, sem se importarem aparentemente com isso.

Como resultado da falta de persistência e da atenção se atrasam no colégio e no desenvolvimento da linguagem.

A hiperatividade torna-se aparente quando numa turma da mesma idade todos colaboram e a criança hiperativa acaba tendo que ser retirada da sala de aula para impedir que, atrapalhe a turma.

Essas crianças obviamente não sabem o que se passa com elas, por isso não se justificam, e, ficam sendo consideradas problemáticas, indisciplinadas e mal educadas e despertam antipatias entre as pessoas com quem convivem.

A desatenção, a hiperatividade, a impulsividade podem resultar de problemas na vida dessas crianças e não necessariamente ser causada pelo déficit de atenção com hiperatividade, principalmente quando apenas parte desses sintomas estão presentes, e, quando não se manifestam o tempo todo.

O déficit de atenção se manifesta o tempo todo. Uma criança que se comporte inadequadamente dentro das características citadas somente em casa ou na escola possivelmente encontra problemas nesses locais e não apresenta o TDAH. Sistemas educacionais inadequados e problemas familiares são as primeiras coisas a serem analisadas.

Portanto, o contexto onde a criança vive, além dos sintomas, são importantes e devem ser considerados para o diagnóstico.

A desatenção pode também ser um sinal de problemas que não foram detectados, como: visão, audição, pois se estas crianças têm problema de ver ou ouvir não conseguem prestar atenção. Da mesma forma estudantes que não se alimentam suficientemente ficam inquietos e desatentos.

Muitas vezes os indivíduos com TDAH tem tendência a se sentirem excluídos, pois seu comportamento leva outras pessoas a lhe chamarem de problemático, preguiçoso e até mesmo louco. Esse tipo de exclusão pode levar o indivíduo a desenvolver problemas psicológicos que podem ter conseqüências na vida. São caracterizados como introversão ou comportamento anti-social.

A introversão ocorre quando o indivíduo resolve, se submeter às regras que lhe são impostas, escondendo seu verdadeiro comportamento, entrando em depressão por não ser aceito pelo seu jeito de ser.

Comportamento exibicionista pode aparecer quando o indivíduo mostra a sua ira tornando-se agressivo. Esse tipo de comportamento é o que mais chama a atenção, e é mais percebido na escola e que acaba levando a consulta com especialista de saúde mental.

Pessoas e especialmente crianças apresentam distúrbios como a falta de coordenação e a hiperatividade. A falta de coordenação se manifesta através de dificuldade ou atraso em atividades cotidianas como amarrar os sapatos, escrever. Também pelo jeito desajeitado da criança interagir.

A hiperatividade se apresenta através do indivíduo em controlar seus movimentos. O indivíduo é incapaz de ficar parado mais do que alguns segundos. Mesmo quando está sentado começa a apresentar movimentos nos membros.

INGERSOLL e GOLDSTEIN (1993) relatam que estimativas conservadoras sugerem a ocorrência do TDAH em 3% a 5% da população.

SAFER e KRAGER (1988) afirmam que o distúrbio está sendo diagnosticado mais freqüentemente hoje em dia que há uma década atrás.

#### 1.4 PROBLEMAS CAUSADOS EM DECORRÊNCIA DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE

Na idade escolar, crianças com TDAH apresentam uma maior probabilidade de repetência, evasão escolar, baixo rendimento acadêmico e dificuldades emocionais e de relacionamento social. Supõe-se que os sintomas do TDAH sejam catalisadores, tornando as crianças vulneráveis ao fracasso nas duas áreas mais importantes para um bom desenvolvimento - a escola e o relacionamento com os colegas.

À medida que cresce o conhecimento médico, educacional, psicológico e da comunidade a respeito dos sintomas e dos problemas ocasionados pelo TDAH, um número cada vez maior de pessoas está sendo corretamente identificado, diagnosticado e tratado. Mesmo assim, suspeita-se que um grupo significativo de pessoas com TDAH ainda permanece não identificado ou com diagnóstico incorreto. Seus problemas se intensificam e provocam situações muito difíceis no confronto da vida normal.

O TDAH é com freqüência apresentado, erroneamente, como um tipo específico de problema de aprendizagem. Ao contrário, é 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 do TDAH têm sobre uma boa atuação. Por outro lado, 20% a 30% das crianças com TDAH também apresentam um problema de aprendizagem, o que complica ainda mais a identificação correta e o tratamento adequado.

De acordo com MATTOS (2004), como estas crianças não têm dificuldades de compreensão, quando se esforçam mais ou conseguem controlar os sintomas, têm um desempenho normal, sendo mais comum que tenham problemas de comportamento do que de notas.

Entretanto, podem existir outras dificuldades entre as crianças portadoras de TDAH que aumentam ainda mais os problemas na escola, como dificuldades com a leitura (dislexia), com a matemática (discalculia) e com a escrita (disortografia), são os exemplos mais comuns. Problemas com a linguagem, comprometendo de forma mais global, tanto a comunicação verbal quanto à leitura e escrita, também podem

ocorrer (disfasia), mas são mais raros. A dislexia, a discalculia e a disortografia são chamadas de Transtornos de Aprendizado. Elas ocorrem na população em geral, porém aparecem em associação ao quadro do TDAH com maior frequência do que o esperado. A maioria dos portadores de TDAH não apresenta transtornos de aprendizado.

Uma elevada porcentagem de crianças com hiperatividade, também parecem apresentar problemas de linguagem. Crianças que começam a andar e pré-escolares que apresentam os primeiros sintomas de hiperatividade, de acordo com estudos realizados têm mais dificuldades de linguagem. De acordo com GOLDSTEIN (1994);

“crianças que começam a andar e pré-escolares que exibem os primeiros sinais de hiperatividade também parecem apresentar uma taxa mais elevada de distúrbios de linguagem. Em alguns casos, até 50% a 70% das jovens crianças hiperativas vivenciaram problemas de recepção ou expressão de linguagem. Não está claro se o temperamento difícil da criança contribui para um atraso no domínio da linguagem ou se o atraso no domínio da linguagem contribui para o temperamento difícil da criança. Os pesquisadores também sugeriram que a criança hiperativa tem dificuldades em fazer a transição do estímulo tátil para o estímulo verbal e visual. Antes da aquisição da linguagem e da capacidade de associar rótulos verbais às coisas, os bebês que estão aprendendo sobre o mundo precisam tocar, sentir e experimentar como um meio de obter informações. Os pré-escolares hiperativos continuam precisando tocar e sentir as coisas, possivelmente como um meio de obter estímulo sensorial de seu mundo”.<sup>4</sup>

Também, de acordo com o autor crianças hiperativas mais velhas têm uma grande dificuldade em fazer amigos e desenvolver a socialização devido a seu comportamento.

Alguns pesquisadores constataram que, observando-se os problemas de socialização da criança pode ser um modo de identificar crianças hiperativas, quanto aos problemas de concentração, impulsividade e agitação.

Em estudo feito pelo Dr. Russel Barkley (1981), demonstra que 80% dos pais de crianças hiperativas informaram que seus filhos apresentam sérios problemas ao brincar com outras crianças, os mesmos problemas ocorrem com, uma frequência de apenas 10% em crianças normais.

---

<sup>4</sup> GOLDSTEIN, Sam. Como desenvolver a Capacidade de Atenção da Criança; p.77.

Pessoas que apresentaram sintomas de TDAH na infância demonstraram uma probabilidade maior de desenvolver problemas relacionados com comportamento opositivo, desafiador, delinqüência, transtorno de conduta, depressão e ansiedade. Os pesquisadores, no entanto, sugerem que o resultado desastroso apresentado por alguns adolescentes não é uma conseqüência apenas do TDAH, mas, antes, uma combinação de TDAH com outros transtornos de comportamento, especialmente nos jovens ligados a atitudes criminosas e abuso de substâncias.

Relatos sobre adultos com TDAH mostram que eles enfrentam problemas sérios de comportamento anti-social, desempenho educacional e profissional pouco satisfatórios, depressão, ansiedade e abuso de substâncias. Infelizmente, muitos adultos de hoje não foram diagnosticados como crianças com TDAH. Cresceram lutando com uma deficiência que, freqüentemente, passou sem diagnóstico, foi mal diagnosticada ou, então, incorretamente tratada.

Crianças e adolescentes com TDAH apresentam com maior freqüência outros problemas de saúde mental, como problemas de comportamento, ansiedade e depressão.

Segundo ROHDE & BENCZIK (1999), 50% das crianças e adolescentes com TDAH também apresentam problemas de comportamento, como agressividade, mentiras, roubo, comportamento de oposição ou desafio às regras e aos pedidos dos adultos, devido à rede de circuitos do cérebro que interferem neste distúrbio.

Geralmente os hiperativos apresentam alterações na chamada memória de curto período, devido à baixa capacidade de atenção e à falta de concentração, prejudicando o rendimento escolar e, em conseqüência de tantos insucessos, levando à baixa auto-estima e depressão.

A maioria dos adultos com TDAH apresentam sintomas muito similares aos apresentados pelas crianças. São freqüentemente inquietos, facilmente distraídos, lutam para conseguir manter o nível de atenção, são impulsivos e impacientes. Suas dificuldades em manejar situações de "stress" levam a grandes demonstrações de emoção.

Segundo, GARCÍA (1998), igualmente (Anastopoulos e Barkley, 1992), baseados em estudos realizados descreveram-se outros problemas secundários ou co-mórbidos, tais como, distúrbio de conduta, que parece ser observado entre 40 a 60% dos casos, por exemplo, de transtornos oposicionais-desafiantes (Barkley, 1991) ou entre 20 a 40% de outras condutas, com vandalismos, etc.

Também implicações emocionais, tais como; hipersensibilidade, baixa auto-estima, baixa tolerância à frustração e problemas de depressão e ansiedade.

Problemas de socialização e problemas familiares. Dificuldades na execução acadêmica apresentando rendimentos menores que os esperados pelo seu potencial estimado, sendo classificáveis entre 20 e 30% também com disléxicos ou com outras dificuldades de aprendizagem (Barkley, DuPaul e Murray, 1990), pelo que muitas das crianças com TDAH deverão receber algum tipo de ajuda de programas de educação especial.

Habilidades cognitivas e lingüísticas, apresentando, muitos deles, dificuldades nas tarefas de resolução de problemas complexos ou nas habilidades de organização e acontecendo problemas de fala e linguagem.

Dificuldades com a saúde, numa proporção maior do que em crianças normais com pequenos sinais neurológicos.

O TDAH nunca é problema exclusivo de uma só pessoa; afeta turmas escolares, famílias inteiras e amigos devido ao comportamento desordenado dessas crianças.

## **1.5 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO**

É provável que o TDAH sempre existiu, mas que eram confundidos com padrões comportamentais, familiares e sociais até o século XIX e não eram diagnosticados.

No início do século XX esse distúrbio foi chamado de disfunção cerebral mínima, passando posteriormente a ser chamado de hipercinesia, ou hipercinese, logo a seguir,

hiperatividade, nome que ficou mais conhecido e perdurou por muito tempo. Em 1987, passou a ser chamado de distúrbio do déficit de atenção ou ainda DDA com hiperatividade, sendo que, muitas vezes, utiliza-se a sigla DDA (em português) ou ADD, em inglês (Attention Deficit Disorder), também sendo chamado de Síndrome de Déficit de Atenção.

Um trabalho científico realizado pelo médico George Frederic Still em 1902 descreve que o problema poderia ser de origem biológica. Antes disso, as crianças e os pais eram considerados responsáveis, como se fosse falha moral, e o tratamento era feito através de castigos e punições físicas. Os manuais de psiquiatria da época davam explicações de como bater em crianças e afirmavam necessidade deste tipo de tratamento.

Baseando-se nas explicações de Still, Willian James especulou que esses distúrbios de comportamento seriam devido a problemas na função inibitória do cérebro em relação a estímulos ou a algum problema no córtex cerebral.

Em pouco tempo, as pessoas com este problema receberam a descrição de “Disfunção Cerebral Mínima” e começaram a ser tratadas com dois estimulantes que tinham se mostrado muito eficazes no tratamento do problema (Ritalina e Cyclert).

Mesmo quando nenhum indício de danos neurológicos era encontrado, a “lesão cerebral” era invocada para explicar comportamentos incontroláveis.

No final dos anos 60 já se sabia sobre a existência deste transtorno.

Em 1970, KORNESKY propôs a hipótese de que a ADD poderia estar ligada a problemas com certos neurotransmissores.

Na década de 1970, muitos pesquisadores investigaram a síndrome da hiperatividade. Virginia Douglas, no Canadá, estudou os sintomas associados a hiperatividade, e encontrou quatro características principais para relatar no quadro clínico: déficits de atenção e esforço; hiperatividade; problemas na regulação do nível de vigília; necessidade de esforço imediato. Graças a seu trabalho a síndrome recebeu o nome, em 1980, de distúrbio do déficit de atenção.

Historicamente, este tipo de criança foi classificado em categorias como: lesão cerebral mínima, crianças com hipercinesia, ou, no DSM IV, (Manual

Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição, da Associação Psiquiátrica Americana), transtorno por déficit de atenção com ou sem hiperatividade.

Os diferentes nomes usados historicamente refletem mudanças em sua conceitualização.

Esta é a classificação atualmente utilizada nos trabalhos científicos. A maioria das produções a respeito do DADH ou TDAH são de origem norte americana, mas também há publicações de psiquiatras e neurologistas brasileiros e estudiosos na área.

Mas este problema somente começou a ser entendido a menos de 20 anos.

Houve uma evolução nestes conceitos, até que, em 1990, graças ao desenvolvimento de novas tecnologias com o PET (Tomografia por emissão de Positrões), que mostram o funcionamento do cérebro in vivo. Ficou claro, então, que a ADD estava realmente associada a alterações do metabolismo cerebral, acabando com a dúvida sobre a real existência da síndrome e sua ligação biológica.

## **1.6 BREVE ESTUDO SOBRE A ATENÇÃO**

Como o TDAH envolve uma alteração na atenção, é necessário discorrer sobre este processo mental.

A baixa atividade nas áreas frontais do cérebro faz com que a criança não consiga se concentrar em metas e auto-regulação.

Existe um grupo de pesquisadores que encara os déficits na atenção como um problema na vigília do sistema cerebral. No déficit de atenção faltam estímulos internos.

Outra forma de entender o DDA (distúrbio de déficit de atenção), é pensar em termos de um baixo nível de vigília do sistema cerebral. De acordo com essa visão,

a pessoa com DDA não recebe estímulos suficientes da área inferior do cérebro para as áreas frontais. Assim, o comportamento distraído.

Chelune, Gualtieri, Lou (apud. Hallowell, 1999) e muitos outros pesquisadores e clínicos enquadram o DDA uma falta de capacidade de parar de receber mensagens, e não como uma incapacidade de receber as mensagens corretas.

Willian James, em 1890 enfatizou o sentido de atenção do processamento, sendo a essência da consciência como a focalização e concentração. Implicando, em conter algumas coisas para trabalhar de maneira efetiva em outras.

Tal definição nos leva a pensar, o que faz com que atentemos a uma coisa dispensando outras? Provavelmente escolhe-se dar atenção às fontes de informação que são mais atrativas ao contexto de nossas atividades e intenções, sendo que alguns estímulos atraem mais atenção que outros. Esses estímulos tendem a ser mais inéditos e surpreendentes que chamam a atenção.

A atenção é uma função dependente da atividade harmônica de todo o conjunto de sistema nervoso central, incluindo o tronco central, o sistema límbico e o cérebro. Fazem parte também as funções sensoriais por meio de seus órgãos, como a visão, gustação, audição, olfato e tato.

As informações que chegam pelos canais sensoriais do organismo passam pelo controle seletivo do cérebro. O Sistema Nervoso Central possui mecanismos que permitem dirigir a atenção para os estímulos relevantes, portanto se estes estímulos não forem relevantes o foco da atenção se dispersa.

Alguns pesquisadores acreditam que possa haver problemas no hemisfério cerebral direito que impedem a pessoa de captar as configurações de muitos detalhes, dentro de um conjunto. Isso faz com que estas pessoas não prestem atenção à configuração do todo e nunca entendem muito bem as outras pessoas.

A atenção é o principal fator da auto-organização, por influenciar toda a aprendizagem, principalmente a memória.

Junto com a atenção a memória, são os pilares da aprendizagem agindo em conjunto. Quando mais a consciência for atenta, mais forte será a memória, para aprender, lembrar, associar e reter a aprendizagem.

A atenção é fundamental para o intelectual da pessoa. Na atual sociedade do conhecimento e informações diversas, não basta ser inteligente, é preciso estar atento para que a inteligência seja útil.

Segundo a neurocientista inglesa Elizabeth Styles (apud Razera, Graça, 2001), em 1890, o psicólogo Willian James já se preocupava em afirmar ser a atenção um fator tão óbvio que não precisava defini-la. Outros psicólogos vêm estudando a atenção através do método da introspecção, examinando as próprias experiências com detalhes, como fazia Wundt, médico alemão e o verdadeiro pai da psicologia, no final do séc. XIX, pelo método de pesquisa introspectiva.

Os estudos continuaram, mas ninguém conseguia definir a atenção. Somente no final do séc. XX, os pesquisadores dos Estados Unidos pesquisam o “déficit de atenção”, através da psiquiatria e os ingleses através da neuropsicologia. De acordo com a neuropsicologia britânica, a atenção é um atributo intelectual que integra outros atributos da aprendizagem, ligados à memória e a emoção.

De acordo com pesquisas realizadas percebe-se que a atenção precisa ser focada ou concentrada numa só tarefa. Quando adulto o indivíduo deve estar apto para focar sua atenção em mais de uma tarefa simultaneamente.

A divisão de atenção é uma habilidade desenvolvida ao longo da vida. O foco da atenção ou concentração se intensifica na escola com atividades que exigem mais, fazendo com que a criança vá aos poucos aprendendo a dominar a atenção conforme suas necessidades e aprendendo a se organizar no meio de muitos estímulos recebidos.

Quanto ao portador do TDAH, o desenvolvimento da atenção ocorre de forma mais lenta, por isso é preciso que a atenção seja reeducada com atividades motivadoras e exercícios.

## **1.7 COMO DEVE SER O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE**

Após a suspeita da hiperatividade pelos pais e professores, deve-se fazer uma avaliação multidisciplinar, da qual participem, um pediatra, um neurologista, um psicólogo, neuropsicólogo, um pedagogo, um fonoaudiólogo, psicopedagogo e outros especialistas. Existem escalas para se medir a intensidade.

Escala de Conners (1973), e a Escala de Problemas de Atenção do Inventário de Comportamentos de Crianças e Adolescentes, para pais e professores são usadas, mas não bastam.

O exame realizado por neurologistas é indicado. Também testes psicológicos, como a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças, podem reforçar o diagnóstico clínico.

O diagnóstico só pode ser realizado por um profissional de saúde mental.

A hiperatividade tem tratamento e deve haver um trabalho em conjunto, envolvendo orientação familiar, orientação psicológica, psicopedagógica, participação da escola e, se necessário, tratamento com medicação.

A hiperatividade pode ser observada desde bebê, mas aparece mais na fase pré-escolar ou escolar. Quanto antes for iniciado o tratamento, melhor para a criança no seu relacionamento e prevenção de outras seqüelas de comportamento.

De acordo com STEINHAUSEN (1982), as seguintes etapas são necessárias para um diagnóstico adequado:

### **1.7.1 - ANAMNESE**

Primeiramente é preciso esclarecer os fatores de risco da evolução perinatal, fatores endógenos do desenvolvimento pós-natal, levantamento de dados de anamnese familiar, além de observar os critérios de diagnóstico diferencial (por exemplo: referências a defeitos cerebrais manifestos).

### **1.7.2 - OBSERVAÇÃO DO COMPORTAMENTO**

Por meio da observação estabelece-se as características de hiperatividade, frequência e extensão; distúrbios de atenção, impulsividade e agitação. Essas observações devem ser feitas em vários ambientes como casa, escola, pátios de recreação e situações ocorridas no próprio exame, para se ter uma visão geral e coletar o máximo de informações.

### **1.7.3 - ESCALAS DE AVALIAÇÃO E QUESTIONÁRIOS**

Os questionários CONNERS, citados por STEINHAUSEN (1982), são os mais difundidos e possibilitam a avaliação dos pacientes pelos pais e professores, em situações cotidianas, com dimensões pré-estabelecidas. Os resultados assim obtidos podem ser projetados numa escala de apreciação clínica que pode ajudar nos outros exames – entrevistas, exame neurológico e outros.

Os questionários, como também a escala de avaliação, estão apresentados em anexo.

### **1.7.4 - MÉTODOS E TESTES PSICOLÓGICOS**

As potencialidades de percepção, a capacidade cognitiva, a capacidade de atenção e concentração, devem ser examinadas por meio de testes específicos. Além dos próprios resultados dos testes, a observação do comportamento durante a realização do teste representa uma fonte importante de informações.

### **1.7.5 - EXAMES**

O eletroencefalograma pode constatar déficits de maturação. O exame neurológico serve geralmente à especificação de distúrbios orgânico-cerebrais, detectando possíveis causas e analisando a parte neurológica do paciente.

Uma sintomatologia que se inicia precocemente e persiste, uma anamnese da fase perinatal conturbada, distúrbios de coordenação diagnosticado em exames neurológicos, hipermotricidade, distúrbio de atenção e impulsividade constatados em

observações do comportamento, formam critérios seguros para o diagnóstico de TDAH.

O estudo e investigação geral sobre todos os fatores de levantamento, colaboram na segurança do diagnóstico. As seguintes questões quanto à evolução dos distúrbios merecem consideração especial:

- Quando o distúrbio ocorreu pela primeira vez?

- Quais as anormalidades que surgiram durante e imediatamente após o nascimento?

Antes dos 4 ou 5 anos é difícil ser feito o diagnóstico, pois o comportamento das crianças nesta idade é muito variável, e a atenção não é tão exigida quanto crianças mais velhas. Mesmo assim algumas crianças desenvolvem o transtorno numa idade precoce.

A avaliação neurológica é fundamental para a exclusão de patologias neurológicas que possam interferir no diagnóstico.

Os critérios diagnósticos, pouco interpretativos no exame, precisam ser incluídos, porque podem oferecer subsídios importantes para o diagnóstico diferencial e para o planejamento da terapia.

Quanto mais cedo o diagnóstico for realizado, os problemas secundários serão melhores administrados e, mais cedo pode se iniciar o tratamento e os problemas serão reconhecidos.

De acordo com GOLDSTEIN e GOLDSTEIN (1994), para um diagnóstico minucioso da hiperatividade na infância deve incluir a coleta e a observação de oito tipos de informações:

- Histórico realizado com a família, fornecendo informações sobre o desenvolvimento da criança, problemas que a família teve, os métodos usados para impor disciplina, os sinais precoces de temperamento difícil, as lembranças dos pais sobre os acontecimentos da vida da criança são fundamentais para o diagnóstico e mais importantes ainda quando se trata de adolescentes. Uma história sugerindo problemas crônicos de

desatenção, impulsividade e comportamento excessivamente ativo é a melhor fonte de informação diagnóstica.

- **Inteligência:** um temperamento difícil tem pouco a ver com inteligência. A inteligência é um conjunto de aptidões e habilidades que definem com o indivíduo deve atuar em várias situações. Crianças com inteligência abaixo da média ficam provavelmente muito mais frustradas pelas exigências cada vez mais complexas impostas pela escola e pela vida. Assim elas têm mais probabilidades de apresentarem problemas de hiperatividade como resultado da frustração e não necessariamente decorrente de uma dificuldade temperamental.
- **Personalidade e desempenho emocional:** algumas crianças hiperativas são bastante conscientes de seus problemas e, em consequência, tornam-se cada vez mais infelizes, desamparadas e frustradas na medida que continuam a fracassar. Outros parecem não ter consciência de seus fracassos e continuam suas vidas indiferentes a inúmeras situações frustrantes que experimentam. Uma avaliação completa da hiperatividade precisa incluir dados sobre a personalidade e sobre o funcionamento emocional atual.
- **Desempenho escolar:** também o desempenho escolar é imprescindível nesta avaliação para ver se a criança está conseguindo alcançar a média da turma, se está abaixo ou é desatenta.

As estatísticas e pesquisas nesta área mostram que 20 a 30% das crianças hiperativas também apresentam algumas deficiências em habilidades específicas, que interferem na capacidade de aprender.

- **Amigos:** foi constatado que a capacidade de fazer amigos e de conservá-los é um importante e insubstituível fator que vai determinar o quanto à criança vai se sair bem ou mal em termos comportamentais ou emocionais durante o decorrer da sua infância. A avaliação dos amigos e das capacidades sociais da criança é, geralmente obtida por meio de entrevista com a criança.

- Disciplina e comportamento em casa: a disciplina e o comportamento em casa coletando informações sobre a maneira como os pais interagem com esta criança, informações sobre o tipo de educação e como fez abordagens no respeito à educação são importantes.
- Comportamento na sala de aula: além de conhecer os progressos do filho na escola, uma avaliação mais precisa inclui as percepções e observações do professor sobre a capacidade da criança de seguir regras e limites e de respeitar a autoridade da sala de aula. Quando a hiperatividade não é orientada de uma maneira eficaz na sala de aula, algumas crianças isolam-se e começam a ficar cada vez mais desatentas. Outras adotam um comportamento típico de oposição e de desafio ou então se tornam os palhaços da sala de aula.

É importante saber que muitos problemas de atenção, atividade e impulsividade, que são atribuídos a hiperatividade em algumas crianças estão também associados a outros problemas emocionais e de ajustamento.

“Hoje, assume-se que se trata de um problema diferente das dificuldades de aprendizagem, ainda que, durante o curso do transtorno, apareçam baixos aproveitamentos acadêmicos, mas a falta de atenção, a impulsividade e a hiperatividade motora, ou, inclusive, os problemas nos processos executivos ou nas condutas governadas por regras permitirão que se faça o diagnóstico diferencial. No caso de superposição do transtorno com dificuldades de aprendizagem, deverá ser feito o duplo diagnóstico.”<sup>5</sup>

O diagnóstico pode ser difícil, pois os sintomas demonstrados pelos pacientes podem ocorrer não só devido ao TDAH, como também a uma série de problemas neurológicos, psiquiátricos, psicológicos e sociais. Normalmente o diagnóstico começa pela eliminação de outras patologias ou problemas sócio-ambientais possivelmente causadores dos sintomas. Além disso, os sintomas devem obrigatoriamente trazer algum tipo de deficiência na realização de tarefas ou devem causar algum tipo de impossibilidade para realizar as tarefas.

---

<sup>5</sup> García, Jesus Nicasio. Manual de Dificuldades de aprendizagem; p.75.

## 1.8 QUESTÕES PARA O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existem algumas patologias com uma sintomatologia semelhante ao TDAH. Em distúrbios mentais graves a criança geralmente possui hiperatividade. Porém, uma das diferenças encontradas que a difere da criança com TDAH é que esta hiperatividade não é constante, aparecendo, principalmente, quando a criança se encontra em situações novas e difíceis. A criança com TDAH sempre entra no ambiente inquieta, desorganizando tudo, quase não tolera frustrações e, às vezes, tem crises de cólera.

A criança autista possui, na maioria das vezes, uma hiperatividade estereotipada, ritmada e repetitiva, ou seja, sempre são os mesmos movimentos numa mesma seqüência. Em alguns momentos, a hiperatividade cessa para dar lugar a outras atitudes, como por exemplo: choro, riso, expressões faciais e outras. Na criança com o TDAH, a hiperatividade não cessa nunca, não dando lugar para outros comportamentos.

Muitas vezes parece que a criança “não escuta bem”, ou “não presta atenção, quando os outros falam com ela”, e quando submetida à avaliação audiológica não é detectada nenhuma alteração auditiva periférica.

Nesse momento, o profissional pode suspeitar de TDAH, principalmente se a avaliação audiológica for normal, somada a sintomas como hiperatividade e dificuldades escolares. Esta criança com audiometria normal e com queixa de que “não escuta direito”, leva a crer em dificuldades de seleção com os estímulos, devido à falta de maturidade do sistema nervoso central, especialmente da formação reticular, quando em dificuldades no cumprimento das etapas do processamento auditivo central.

Crianças com TDAH podem apresentar, ainda, quadros de disgrafia, discalculia e dislexia.

A criança com TDAH possui dificuldades em perceber regras e manter a atenção para uma atividade.

## CAPÍTULO II

### 2. PRINCIPAIS TRATAMENTOS EMPREGADOS JUNTO AOS PORTADORES DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

Para minimizar o impacto que este transtorno traz à vida destas crianças, de pais e professores é preciso intervenções diversas. ROHDE e BENCZIK (1999), classificam as seguintes intervenções:

- Esclarecimento familiar sobre o TDAH;
- Intervenção psicoterápica com a criança ou adolescente;
- Intervenção psicopedagógica e/ou reforço de conteúdos;
- Uso de medicação;
- Orientação de manejo para a família;
- Orientação de manejo para professores.

#### 2.1 TRATAMENTO PSICOFARMACOLÓGICO

Esse tratamento é feito com o uso de estimulantes, embora pareça estranho estimular uma criança que já é hiperativa, mas é o indicado. A dextroanfetamina (Desedrina) e do metilfenidato (Ritalina).

Os medicamentos mais utilizados para o controle dos sintomas do TDAH são os psicoestimulantes, que em 70 a 80% das crianças e adultos com TDAH apresentam uma resposta positiva com redução do temperamento impulsivo e hiperativo e aumento da capacidade de atenção. No Brasil existe apenas um representante dessa classe de remédios. É o metilfenidato, com o nome comercial

de Ritalina. Outra classe de medicações bastante utilizada para o alívio dos sintomas é a dos antidepressivos tricíclicos.

Os adultos com TDAH apresentam respostas aos estimulantes e outros medicamentos semelhante à das crianças.

A duração deste tipo de tratamento é imprevisível e, podem haver efeitos colaterais, como: aumento da atividade, anorexia, cefaléia, dor abdominal, irritabilidade, depressão, choro e agravamento dos sintomas anteriores.

Segundo estudos realizados não há indícios de causas de dependência.

Nos EUA, houve um movimento que denunciou a suposta pressão dos pais de crianças normais sobre profissionais de saúde mental para que eles receitassem Ritalina para seus filhos. A acusação era de que esses pais com o auxílio de psiquiatras estariam usando o remédio para acalmar as crianças enquanto se ocupavam de suas tarefas.

Ainda existe uma polêmica sobre o uso ou não desses medicamentos, mas os efeitos sobre o TDAH são incontestáveis, com pacientes apresentando melhora em 90% dos casos e voltando a apresentar os sintomas da hiperatividade quando a medicação é retirada.

Vários estudos demonstram claramente que 70% das crianças e adolescentes com o Transtorno apresentam melhoras significativas dos sintomas de desatenção, de hiperatividade e de impulsividade na escola e em casa. Mas nem todas as crianças e adolescentes necessitam de medicação. As que apresentam sintomas leves e boas capacidades cognitivas podem necessitar apenas de acompanhamento psicoterápicos e outras estratégias.

## **2.2 TRATAMENTO PSICOTERÁPICO**

Além do tratamento farmacológico é essencial que existam outros tipos de tratamento como a psicoterapia para acompanhamento devido às conseqüências

causadas por portadores deste transtorno, como dificuldades na escola e em casa, sendo muitos rotulados de incompetentes, burros e mal educados, sendo excluídos pelos colegas. Tudo isso pode levar a depressão, falta de auto-estima, desespero e ansiedade, precisando de um acompanhamento com terapias por profissionais especializados.

A psicoterapia é uma medida complementar para o tratamento do TDAH, mas não vai diminuir os sintomas básicos do transtorno (desatenção, hiperatividade e impulsividade), mas permitir que se administre melhor esses sintomas no dia-a-dia e também que se atenuem o impacto que eles têm na vida do indivíduo.

Quanto mais o tempo o TDAH permanecer sem diagnóstico maior será o sofrimento e os problemas decorrentes dele.

Nos casos de problemas mais graves, é recomendável que o tratamento seja feito por uma equipe multidisciplinar devido à grande extensão de problemas associados ao TDAH.

O psicólogo pode auxiliar na mudança de atitudes da criança ajudando-a a superar os problemas, sendo que os problemas psicológicos devem ser resolvidos com uma ação conjunta entre o terapeuta, pais, família e escola.

Fonoaudiólogos também podem ser necessários em alguns casos, quando existem dificuldades específicas de leitura, escrita ou comunicação oral.

Os profissionais envolvidos com a criança devem informar a escola, pais sobre como devem agir. A escola por sua vez deve estar ciente e procurar integrar estas crianças.

O tratamento é longo nunca inferior a dois anos e normalmente vai até a adolescência, onde os hormônios sexuais favorecem a maturação do sistema nervoso trazendo melhoras.

De acordo com os autores Sam e Michael Goldstein (2000), as crianças com TDAH podem e devem ser educadas em ambientes de salas de aulas normais.

É importante que os pais se lembrem, porém, de que, aproximadamente 10% a 30% das crianças hiperativas passam por uma incapacidade específica de aprendizado e devem receber alguma forma de educação especial. Outros 30%,

aproximadamente, apresentam problemas de comportamento perturbador que podem exigir um trabalho com o psicólogo da escola, em um grupo individualmente. É possível que algumas dessas crianças precisem ser colocadas em salas de educação especial durante um período do dia para que tenham um reforço e não atrapalhem outras crianças. Só uma porcentagem muito baixa têm que passar a maior parte do dia em aulas especiais.

Algumas crianças hiperativas têm dificuldade de aprender, mas a maioria é capaz de aprender e conseguem mesmo não tendo a atenção contínua nem completando as lições corretamente, ou não acompanhando a turma.

O sucesso escolar destas crianças exige uma combinação de intervenções médicas, pedagógica e acompanhamento.

Segundo os autores citados, todos são unânimes em afirmar que é importante o tratamento desse transtorno para que a criança não cresça estigmatizada como o bagunceiro da turma ou como “vagabundo” ou “terror dos professores”, e para que a criança não fique durante anos com o desenvolvimento prejudicado na escola e na vida social, atrasado em relação aos outros colegas, numa sociedade cada vez mais competitiva, e para minimizar conseqüências futuras do problema, como uso de drogas, depressão e transtorno de conduta.

As legislações federal e estadual prevêm que as escolas identifiquem e forneçam serviços que atendam estes alunos. Embora existam inúmeros programas privados especializados para alunos hiperativos em todo o país, a maioria das comunidades não possui tais recursos. Nem todos os alunos hiperativos necessitam desse tipo de colocação.

Com auxílio, a maioria das crianças hiperativas, podem obter sucesso, em classes normais, isto vai depender do conhecimento do problema e manejo por parte do professor. O sucesso na sala de aula freqüentemente exige uma série de intervenções. Para lidar com estas crianças é necessário que o professor seja orientado acerca de como organizar este processo, recebendo apoio sempre que necessário.

Todas as pessoas necessitam sentir que são valorizadas, todas esperam reconhecimento. Reforçar as habilidades de um portador e incentivá-lo a utilizar seus

melhores dons para ajudar os outros pode focalizar sobre ele uma atenção positiva para desenvolver a auto-estima.

O tratamento de crianças com TDAH exige um esforço em conjunto com os profissionais das áreas médica, saúde mental e pedagógica, em conjunto com os pais. Esta combinação de tratamentos oferecidos por diversas fontes é denominada de intervenção multidisciplinar.

O primeiro passo em relação ao tratamento é esclarecer aos pais sobre o TDAH com programas de treinamento, livros, vídeos e fitas disponíveis e conversa individualizada com profissional de saúde mental.

A intervenção psicoterápica é importante e deve ser tomada e indicada a melhor pelo profissional de saúde com estratégias de apoio e de compreensão das dificuldades pelas quais a criança ou adolescente esteja passando.

Quanto ao uso de medicação é responsabilidade do profissional que está atendendo a criança.

Pesquisas mostram que quanto mais as pessoas que têm DDA tentam se concentrar, pior para elas. A atividade no córtex pré-frontal do cérebro, na verdade, desliga ao invés de ligar. Quanto mais pressionada essa pessoa para que melhore seu desempenho, pior para ela. Funciona melhor o estímulo do que a pressão.

Sentem-se melhor em ambientes interessantes ou estimulantes e relativamente tranqüilos.

Freqüentemente pessoas que sofrem de DDA conseguem prestar atenção em coisas que são bonitas, novas, novidades, coisas estimulantes, interessantes e assustadoras.

Essas coisas oferecem uma estimulação intrínseca suficiente a ponto de ativarem o córtex pré-frontal, de modo que a pessoa consiga focalizar e se concentrar.

O córtex pré-frontal manda sinais inibitórios para outras áreas do cérebro, sossegando os dados que vêm do meio, de modo que se possa se concentrar. Quando o córtex pré-frontal está com hiperatividade, ele não estimula

adequadamente as partes sensoriais do cérebro e, como resultado, estímulos em demasia bombardeiam o cérebro.

Aumenta a cada dia o reconhecimento da eficiência dos tratamentos na redução dos sintomas do TDAH. Os pesquisadores, no entanto, acreditam que somente reduzir os sintomas das crianças com TDAH não traz resultados satisfatórios, a longo prazo. Os tratamentos são aplicados para permitir o alívio dos sintomas enquanto há um trabalho de acompanhamento para superar e minimizar os problemas decorrentes.

De acordo com a psicóloga, RAZERA (2001), a hiperatividade infantil pode ser eficaz, quando reeducada ou reorganizada.

Aqueles que não conseguem reeducar a hiperatividade, apresentam uma atenção desorganizada. Assim, não há como aprender, nem desempenhar tarefas cotidianas. A consciência vive perdida dentro de sua cabeça e é recomendada a psicoterapia.

O portador de TDAH, desorganizado ou ineficaz, vive em constante estado de tensão e alerta sem poder relaxar. Muitos não dormem direito, sempre com a sensação de que há algo por fazer. Isso faz com que seja ainda mais prejudicado e requer um tratamento adequado com psicoterapeuta.

### **2.3 ORIENTAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA**

Também à intervenção psicopedagógica faz parte do tratamento.

Psicopedagogia, de acordo com o Dicionário Michaelis, quer dizer aplicação de conhecimentos da psicologia às práticas educativas.

Cerca de 25 a 30% das crianças e adolescentes com TDAH apresentam problemas de aprendizagem secundários ou associados ao transtorno, portanto o tratamento com um psicopedagogo é fundamental, para se reconstruir habilidades e conteúdos e haver acompanhamento escolar para que a criança supere suas

dificuldades e possa acompanhar a turma e resgatar possíveis defasagens de aprendizagem, pois só o tratamento dos sintomas ou de reforço escolar não resolve as seqüelas de aprendizagem que ficaram para trás. O psicopedagogo serve também de ponte entre o professor e o aluno e pais, sugerindo métodos e atividades que poderão ser desenvolvidas com estas crianças que ajudem no seu desenvolvimento. Também um acompanhamento pedagógico realizado pelo professor, que ajude a prevenir novas lacunas de aprendizagem.

A função dos educadores é também orientarem os pais através de informações.

O tratamento do TDAH varia bastante de uma pessoa para outra. Dependendo da gravidade e da complexidade da situação, o tratamento pode durar de algumas sessões a vários anos. Algumas vezes em casos mais leves é só diagnosticar e informar explicando sobre os procedimentos e acompanhamentos que irão ajudar os portadores de TDAH. Outras vezes em casos mais difíceis precisam-se anos de terapia individual e familiar, vários medicamentos e muita paciência. Pode haver uma mudança grande, mas em outras vezes a mudança é lenta que é difícil perceber, cada caso apresenta suas especificidades e seus próprios problemas e precisam soluções específicas.

Existem regras e princípios que podem ser seguidos para minimizar os efeitos desse transtorno e o importante são as informações que se possa ter sobre este transtorno para poder ajudar.

## **2.4 COMO OS PAIS PODEM AJUDAR**

Programas de treinamento e estratégias podem ser utilizadas por familiares. Segundo GOLDSTEIN e GOLDSTEIN (1998), as estratégias a seguir podem ajudar os pais de crianças portadoras do TDAH:

### **1. Aprender o que é TDAH**

Os pais devem compreender que, para poder controlar em casa o comportamento resultante do TDAH, é preciso ter um conhecimento correto do distúrbio e suas complicações.

**2. Incapacidade de compreensão versus rebeldia.**

\* Os pais devem desenvolver a capacidade de distinguir entre problemas que resultam de incapacidade e problemas que resultam de recusa ativa em obedecer a ordens. Os primeiros devem ser tratados através da educação e desenvolvimento de habilidades. Os outros são resolvidos de maneira satisfatória através de manipulação das conseqüências.

**3. Dar instruções positivas.**

\* Os pais devem cuidar para que seus pedidos sejam feitos de maneira positiva ao invés de negativa. Uma indicação positiva mostra para a criança o que deve começar a ser feito e evita que ela focalize em parar o que está fazendo.

**4. Recompensar.**

\* Os pais devem recompensar amplamente o comportamento adequado. Crianças com TDAH exigem respostas imediatas, freqüentes, previsíveis e coerentemente aplicadas ao seu comportamento. Da mesma maneira, necessitam de mais tentativas para aprender corretamente. Quando a criança consegue completar uma tarefa ou realiza alguma coisa corretamente, deve ser recompensada socialmente ou com algo tangível mais freqüentemente que o normal.

**5. Escolher as batalhas.**

\* Os pais deveriam escolher quando e como gastar suas energias numa batalha, sempre reforçando o positivo, aplicando conseqüências imediatas para comportamentos que não podem se ignorados e usando o sistema de créditos ou pontos. É essencial que os pais estejam sempre um passo a frente.

**6. Usar técnicas de “custo de resposta”.**

\* Os pais devem entender bem o que seja “custo de resposta”, uma técnica de punição em que se pode perder o que se ganhou.

**7. Planejar adequadamente.**

\* Os pais devem aprender a reagir aos limites de seu filho de maneira positiva e ativa. Aceitar o diagnóstico de TDAH significa aceitar a necessidade de fazer modificações no ambiente da criança. A rotina deve ser consistente e raramente variar. As regras devem ser dadas de maneira clara e concisa. Atividades ou situações em que já ocorreram problemas devem ser evitadas ou cuidadosamente planejadas.

8. Punir adequadamente\*
9. Os pais devem compreender que a punição sozinha não irá reduzir os sintomas de TDAH. Punir deve ser uma atitude diretamente relacionada apenas a um comportamento declaradamente desobediente. No entanto, a punição só trará modificação de comportamento para crianças com TDAH se acompanhada de uma estratégia de controle.
10. Construir ilhas de competência.

O que realmente importa para o sucesso dessa criança na vida é o que existe de certo com ela e não o que está errado. Cada vez mais, a área da saúde mental focaliza seu trabalho em aumentar os pontos fortes em vez de tentar diminuir os pontos fracos. Uma das melhores maneiras de criar pontos fortes é uma boa relação dos pais com seu filho.

Quando a criança hiperativa for pequena é conveniente deixá-la em espaços abertos que não tenham riscos de acidente, retirando do ambiente, objetos perigosos e coisas que possam causar acidentes.

As atividades físicas são indicadas para que a criança possa gastar energia, como correr, pular, jogos de bola e outras atividades ao ar livre.

## **2.5 COMO A ESCOLA PODE AJUDAR**

Planejar estratégias e intervenções que serão implementadas para o atendimento dos alunos. Essas estratégias envolvem modificação do ambiente, adaptação do Currículo Escolar, flexibilidade na realização e apresentação de

tarefas, adequação do tempo das atividades, avaliação constante e acompanhamento individual.

Uma sala de aula eficiente para crianças desatentas deve ser organizada e estruturada. A estrutura supõe regras claras, um programa previsível e carteiras separadas. Os prêmios devem ser coerentes e freqüentes. Um programa de reforço baseado em ganho e perda deve ser parte integral do trabalho da classe.

A avaliação do professor deve ser freqüente e imediata. Interrupções e pequenos incidentes têm menores conseqüências se ignorados.

O material didático deve estar adequado à habilidade da criança. Estratégias cognitivas que facilitam a auto-correção, assim como melhoram o comportamento nas tarefas, devem ser ensinadas. As tarefas devem variar, mas continuar sendo interessantes para os alunos.

Os horários de transição, bem como os intervalos e reuniões especiais, devem ser supervisionados. Pais e professores devem manter uma comunicação freqüente. Os professores também precisam estar atentos à qualidade de reforço negativo do seu comportamento. As expectativas devem ser adequadas ao nível de habilidade da criança e deve-se estar preparado para mudanças.

Os professores devem ter conhecimento do conflito incompetência x desobediência, e aprender a discriminar entre os dois tipos de problema. É preciso desenvolver um repertório de intervenções para poder atuar eficientemente no ambiente da sala de aula de uma criança com TDAH. Essas intervenções minimizam o impacto negativo do temperamento da criança. Um segundo repertório de intervenções deve ser desenvolvido para educar e melhorar as crianças portadoras do TDAH.

## **2.6 SUGESTÕES PARA INTERVENÇÕES DO PROFESSOR**

Antes de tudo o professor tem que se certificar se o aluno tem diagnóstico definido de TDAH. Ao professor não cabe diagnosticar o distúrbio, mas algumas questões podem e devem ser levantadas. Primeiro certificar-se ao ter suspeitas pelo

procedimento da criança, se ela teve sua visão e audição examinadas recentemente, e que outros problemas médicos tenham sido descartados. Assegurar-se de que foi feita uma avaliação adequada por profissionais especializados, e conversar com os pais.

Quanto antes o problema for detectado, menos provavelmente o comportamento anti-social ou os problemas emocionais irão desenvolver-se.

No caso de haver o diagnóstico do TDAH, buscar o apoio da escola e dos pais. O professor deve estar preparado o suficiente para receber uma criança portadora de TDAH e procurar conhecer o quadro do distúrbio para saber lidar com ele e atuar eficientemente no ambiente de sala de aula com o aluno portador do TDAH.

Sabendo-se que a hiperatividade prejudica a capacidade de concentração e atenção do aluno, os professores deverão procurar alternativas e informações que os levem a desenvolver um trabalho direcionado e individual.

Há uma grande variedade de intervenções específicas que o professor pode fazer para ajudar a criança com TDAH a se ajustar melhor à sala de aula, e GOLDSTEIN (1998), cita:

1. Proporcionar estrutura, organização e constância (exemplo: sempre a mesma arrumação das cadeiras ou carteiras, programas diários, regras claramente definidas).
2. Colocar a criança perto de colegas que não o provoquem, perto da mesa do professor, na parte de fora do grupo.
3. Encorajar freqüentemente, elogiar e ser afetuoso, porque essas crianças desanimam facilmente. Dar responsabilidades que elas possam cumprir faz com que se sintam necessárias e valorizadas. Começar com tarefas simples e gradualmente mudar para mais complexas.
4. Proporcionar um ambiente acolhedor, demonstrando calor e contato físico de maneira equilibrada e, se possível, fazer os colegas também terem a mesma atitude.
5. Nunca provocar constrangimento ou menosprezar o aluno.

6. Proporcionar trabalho de aprendizagem em grupos pequenos e favorecer oportunidades sociais. Grande parte das crianças com TDAH consegue melhores resultados acadêmicos, comportamentais e sociais quando no meio de grupos pequenos.
7. Comunicar-se com os pais. Geralmente, eles sabem o que funciona melhor para o seu filho.
8. Ir devagar com o trabalho. Doze tarefas de 5 minutos cada uma traz melhores resultados do que duas tarefas de meia hora. Mudar o ritmo ou o tipo de tarefa com frequência elimina a necessidade de ficar enfrentando a inabilidade de sustentar a atenção, e isso vai ajudar a auto-percepção.
9. Favorecer oportunidades para movimentos monitorados, como uma ida à secretaria, levantar para apontar o lápis, levar um bilhete para o professor, regar as plantas ou dar de comer ao mascote da classe.
10. Adaptar suas expectativas quanto à criança, levando em consideração as deficiências e inabilidades decorrentes do TDAH. Por exemplo, se o aluno tem um tempo de atenção muito curto, não esperar que ele se concentre em apenas uma tarefa durante todo o período da aula.
11. Recompensar os esforços, a persistência e o comportamento bem sucedido ou bem planejado.
12. Proporcionar exercícios de consciência e treinamento dos hábitos sociais da comunidade. Avaliação freqüente sobre o impacto do comportamento da criança sobre ela mesma e sobre os outros ajuda bastante.
13. Favorecer freqüente contato aluno/professor. Isto permite um “controle” extra sobre a criança com TDAH, ajuda-a a começar e continuar a tarefa, permite um auxílio adicional e mais significativo, além de possibilitar oportunidades de reforço positivo e incentivo para um comportamento mais adequado.
14. Colocar limites claros e objetivos; ter uma atitude disciplinar equilibrada e proporcionar avaliação freqüente, com sugestões concretas e que ajudem a desenvolver um comportamento adequado.

15. Assegurar que as instruções sejam claras, simples e dadas uma de cada vez, com um mínimo de distrações.
16. Evitar segregar a criança que talvez precise de um canto isolado com biombo para diminuir o apelo das distrações; fazer do canto um lugar de recompensa para atividades bem feitas em vez de um lugar de castigo.
17. Desenvolver um repertório de atividades físicas para a turma toda, como exercícios de alongamento ou isométricos.
18. Estabelecer intervalos previsíveis de períodos sem trabalho que a criança pode ganhar como recompensa por esforço feito. Isso ajuda a aumentar o tempo da atenção concentrada e o controle da impulsividade através de um processo gradual de treinamento.
19. Reparar se a criança se isola durante situações recreativas barulhentas. Isso pode ser um sinal de dificuldades de coordenação ou auditivas que exigem uma intervenção adicional.
20. Preparar com antecedência a criança para as novas situações. Ela é muito sensível em relação às suas deficiências e facilmente se assusta ou se desencoraja.
21. Desenvolver métodos variados utilizando apelos sensoriais diferentes (som, visão, tato) para ser bem sucedido ao ensinar uma criança com TDAH. No entanto, quando as novas experiências envolvem uma miríade de sensações (sons múltiplos, movimentos, emoções ou cores), esse aluno provavelmente irá precisar de tempo extra para completar sua tarefa.
22. Não ser mártir! Reconhecer os limites da sua tolerância e modificar o programa da criança com TDAH até o ponto de se sentir confortável. O fato de fazer mais do que realmente quer fazer traz ressentimento e frustração.
23. Permanecer em comunicação constante com o psicólogo ou orientador da escola. Ele é a melhor ligação entre a escola, os pais e o médico.

Essas são instruções que poderão ajudar crianças com TDAH, mas o trabalho tem que ser conjunto com todas as pessoas da escola que devem ser também co-responsáveis e ajudar o professor nesta difícil tarefa, assim como a família e outros profissionais envolvidos para que o trabalho seja bem sucedido e esses alunos se desenvolvam da melhor maneira possível.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi realizado da necessidade de compreender, trabalhar e auxiliar as crianças com o TDAH, pois é comum que o professor do ensino fundamental se depare com muitas dessas crianças ao longo de sua vida profissional.

De acordo com a pesquisa concluiu-se que todos os autores são unânimes em afirmar que é importante o tratamento desse transtorno e o diagnóstico o mais cedo possível, para que a criança não cresça estigmatizada como o bagunceiro da turma, ou terror dos professores, e para que a criança não fique durante anos com o desenvolvimento prejudicado na escola e na vida social.

Crianças com TDAH estão sujeitas ao fracasso escolar, as dificuldades emocionais e a um desempenho significativamente negativo como adultos quando comparados a seus colegas. No entanto, a identificação precoce do problema, seguida de tratamento adequado tem demonstrado que essas crianças podem vencer obstáculos, pois o TDAH não tem cura, mas pode ser tratado minimizando seus efeitos. A hiperatividade poderá ser eficaz, já que estas crianças não têm problemas quanto à inteligência. Portanto, essas crianças podem e devem freqüentar as classes comuns.

A criança com TDAH é bastante inteligente e criativa. Pode aparentar imaturidade em relação a outras crianças da mesma idade, no aspecto emocional e no comportamento, mas não em relação à capacidade cognitiva. Com o tratamento adequado, a criança aparentemente imatura, equipara-se às demais.

É comum que tenha dificuldade em memorizar ou aprender, porque não consegue prestar atenção por muito tempo e se manter concentrada. Freqüentemente não termina as tarefas que começa porque é atraída por outros estímulos e, não que não seja capaz.

O TDAH pode variar em intensidade, nas características e na forma como se manifesta. O fato é que muitas pessoas não preenchem os critérios diagnósticos para o TDAH, mas apresentam alguns de seus sintomas. Em outros casos, podem

até ter vários sintomas, mas com intensidade e frequência insuficientes para serem classificados com TDAH.

No adulto que apresente traços leves de impulsividade, pode ser dotado de alto nível de energia e entusiasmo.

O TDAH é mais comum em meninos, porque nas meninas apresenta-se de maneira diferente, ocorrendo mais o déficit de atenção sem hiperatividade, que faz com que sejam menos percebidas, ficando sem diagnóstico definido.

Essa diferença é determinada por particularidades biológicas dos sexos, sendo os meninos mais propensos a este distúrbio.

Talvez o maior problema que ocorra em relação ao TDAH, esteja no fato de que o conhecimento sobre este transtorno seja muito pequeno na população leiga e até mesmo nas áreas médicas.

Mas existem informações e métodos corretos para se tratar crianças com este distúrbio que poderão organizar sua vida, seu ambiente escolar e social, além de medicação apropriada em casos mais difíceis. Devem frequentar ambientes calmos e não estressantes que podem ajudá-las.

O trabalho multidisciplinar, com pais, professores e terapeutas é essencial, fazendo um planejamento quanto às estratégias e intervenções que serão implementadas para o atendimento dos alunos com o distúrbio do TDAH. Essas estratégias podem ser: modificação do ambiente, adaptação do Currículo, flexibilidade na realização das tarefas, adequação do tempo das atividades, atividades diversificadas, acompanhamento individual, acompanhamento com medicação, etc.

No caso de portadores do distúrbio leve, o apoio de um psicólogo ou de um psicopedagogo, ou o acompanhamento diferenciado de um professor, ou da própria família, já ajuda bastante. A avaliação e o controle eficaz do TDAH é uma realidade, mas exige tempo, esforço, dedicação e compreensão.

A avaliação neurológica é fundamental para a exclusão de outras patologias neurológicas.

O TDAH é conhecido há aproximadamente cem anos. Contudo sua caracterização clínica não está finalizada e a incidência pode variar significativamente de um país para outro dependendo da conversão de critérios usados.

O TDAH provavelmente continuará sendo pesquisado, debatido nas áreas de saúde mental e desenvolvimento da criança, pois a cada dia aparecem dados novos. Também o uso de aparelhos modernos como o PET, que é tomografia realizada por emissão de pósitrons, que podem visualizar tanto a estrutura, como a atividade das regiões cerebrais e que ajudaram nas investigações deste distúrbio e poderão, trazer ainda, novas contribuições na área médica.

Com estas informações, a conscientização e compreensão da comunidade em relação ao impacto que os sintomas do TDAH têm sobre as famílias e pessoas, as crianças portadoras deste distúrbio poderão ter um futuro melhor e superar suas dificuldades pedagógicas e sociais.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Ênio Roberto. Revista "Ciência Hoje". Out. de 2003, nº 198.
- BARKLEY, Russel A. Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDHA). Trad. ROIZMAN, Luís Sérgio. Porto Alegre, 2002.
- CYPEL, Crianças com déficit de atenção e hiperatividade: atualização para pais, professores e profissionais da saúde. São Paulo: Lemos, 2000.
- COLL, e MARCHISE, Jesus Palácios e Álvaro; trad. Marcos A. G. Domingues: Desenvolvimento psicológico e educação de necessidades educacionais especiais e aprendizagem escolar. Porto Alegre Artes Médicas, 1995- V.3.
- FACION, J.R. A Síndrome da Hipercinese: Uma revisão bibliográfica. Revista Psicologia do Argumento. Ano IV, nº 10, agosto-1991.
- GARCÍA, Jesus Nicasio. Manual de Dificuldades de Aprendizagem: linguagem, leitura, escrita e matemática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- GOLDSTEIN, S. e GOLDSTEIN, M. Hiperatividade: Como desenvolver a capacidade de atenção da criança. São Paulo, Papyrus, 1994.
- HALLOWELL, Edward M. Tendência à distração: identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção (DDA) da infância à vida adulta. Rio de Janeiro, 1999.
- LOBO, Alm. O conceito de diferente no processo de inclusão e sua relação com os diversos segmentos sociais. Psicopedagogia. São Paulo, 2003.
- MATTOS, Paulo. No mundo da Lua: perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. 4ª ed. – São Paulo: Lemos Editorial, 2004.
- MOYSES, M. A. A. e SUCUPIRA, A. C. S. L. Dificuldades escolares. In Pediatría em Consultório. Coord. Bresolin, A. B. ET.AL. São Paulo. Servier, 1994.
- RAZERA, Graça. Hiperatividade Eficaz: uma Escolha Consciente. Um estudo conscienciológico sobre o TDH/ Transtorno da Desordem da Atenção e Hiperatividade Infantil. Instituto Internacional de Projeciologia e Conscienciolgia. 1ª edição, Rio e Janeiro, 2001.
- ROHDE L. A e BENCZIK E. Transtorno de déficit de Atenção / hiperatividade: o que é? Como ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- SILVA, Ana Beatriz. Mentis inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas. São Paulo: E. Gente, 2003.

SMITH, Corine. Dificuldades de aprendizagem de A a Z / Corinne Smith e Lisa Strick; trad. Dayse Batista. – Porto Alegre; ed. Artmed, 2001.

TOPCZEWSKI, Abram. Hiperatividade: como lidar? – São Paulo: Casa do Psicólogo 1999.

#### HOME PAGES

HTTP: [WWW.schwartzman.com.br/tdah/perguntas.htm](http://www.schwartzman.com.br/tdah/perguntas.htm). Acesso em 22/06/04

ABDA [www.tdah.org.br/](http://www.tdah.org.br/). Acesso em 15/07/04

## ANEXOS

## Questionário para professores de acordo com CONNERS (1973)

Nome do aluno:.....Data:.....

Escola:.....Série:.....

Nome do professor:.....Telefone:.....

1. Há quanto tempo você conhece o aluno?.....

2. O aluno apresenta dificuldades de comportamento?.....

Quais?.....

3. Como se situa o rendimento do aluno?.....

Por favor, escreva as disciplinas principais e suas respectivas notas

4. No seguinte item estão citadas algumas expressões descritivas de comportamento. Por favor, marque com uma cruz as possibilidades de resposta que descrevem da melhor maneira o comportamento do aluno. Por favor, responda todas.

Comparação dos comportamentos com os comportamentos de crianças de mesma idade:

0=bem pior 1=pior 2=mais ou menos igual 3=melhor 4=bem melhor

### Extensão da atividade

	Nunca	Um pouco	Bastante forte	Muito forte
Comportamento na sala de aula				
1. Sempre elétrico, agitado	0	1	2	3
2. Sussurra ou emite outros ruídos estranhos	0	1	2	3

3.As exigências tem que ser imediatamente cumpridas – frustra-se ligeiramente	0	1	2	3
4.Coordenação deficiente	0	1	2	3
5.Irritável, impulsivo	0	1	2	3
6. Inquieto, hiperativo	0	1	2	3
7. Desatenção, distraído ligeiramente	0	1	2	3
8. Não termina com atividades iniciadas – falta de atenção	0	1	2	3
9. Sensível demais	0	1	2	3
10. Sério ou triste demais	0	1	2	3
11. Sonhador	0	1	2	3
12. Rabujento ou teimoso	0	1	2	3
13. Chora com frequência e ligeiramente	0	1	2	3
14. Perturba outras crianças	0	1	2	3
15. Briguento	0	1	2	3
16. Oscilação acentuada de humor	0	1	2	3
17.Comportamento habilidoso	0	1	2	3
18.Destrutivo	0	1	2	3
19. Roubar	0	1	2	3

20. Mentir	0	1	2	3
21. Ataques de cólera, comportamento imprevisível	0	1	2	3
<b>Comportamento no grupo</b>				
22. Isola-se de outras crianças	0	1	2	3
23. Parece não ser aceito pelo grupo	0	1	2	3
24. Deixa-se conduzir de forma evidente	0	1	2	3
25. Não tem sentimento por "fair play"	0	1	2	3
26. Falta de iniciativa própria	0	1	2	3
27. Não se relaciona com o outro sexo	0	1	2	3
28. Não se relaciona com o mesmo sexo	0	1	2	3
29. Provoca ou perturba outras crianças em seu trabalho	0	1	2	3
<b>Atitude para com a autoridade</b>				
30. Submisso	0	1	2	3
31. Teimoso, atrevido	0	1	2	3
32. Ousado	0	1	2	3
33. Tímido	0	1	2	3
34. Medroso	0	1	2	3
35. Extrema exigência da atenção do professor	0	1	2	3

36. Obstinado	0	1	2	3
37. Ponderado demais, cauteloso	0	1	2	3
38. Não cooperativo	0	1	2	3
39. Problemas com frequência	0	1	2	3

### Diagnóstico com escala de avaliação

Nome:.....Data:.....

Os sintomas citados são considerados como características centrais da Síndrome de Hiperatividade. A exploração deve atingir esses domínios e se manifestar na avaliação subsequente. Com isso, as características de comportamentos citadas devem estruturar a entrevista.

	não	Ligeiro	claro	Desconhecido
<b>Hiperatividade</b> Atividade sem objetivo concreto, não sabe ficar sentado quieto, sempre se movimentando, agitando, impulsivo no falar.	0	1	2	3
<b>Distúrbio de atenção</b> Concentração curta, pouca resistência no trabalho e jogo, mudança rápida de ocupação, distraído ligeiramente, não escuta suficiente.	0	1	2	3
<b>Impulsividade</b> Comportamento imprevisível, insuficiência de controle no ambiente familiar e escolar.	0	1	2	3
<b>Irritabilidade</b> Mudanças imprevisíveis do afeto, ataques de cólera por motivos sem importância relativa, sensível frente a críticas, tolerância baixa de frustrações, perturba bastante.	0	1	2	3

<p><b>Distúrbios emocionais</b></p> <p>Limiar reduzido de autovalorização, choro freqüente, negação da existência.</p>	0	1	2	3
<p><b>Comportamento dissocial</b></p> <p>Destrutividade, antipático, desavenças, brigas, provocações, indisciplina em casa e na escola, desobediência, mentiras.</p>	0	1	2	3
<p><b>Distúrbios de aprendizagem</b></p> <p>Baixo rendimento escolar, distúrbios de aprendizagem em áreas isoladas, como por exemplo efetuar cálculos, escrita, etc</p>	0	1	2	3

Questionário para pais professores (forma curta) conforme CONNERS(1973)

Por favor avaliar a criança.....com relação aos comportamentos relacionados abaixo.

Data:.....

Extensão da atividade

	Nunca	Um pouco	Bastante forte	Muito forte
1. Inquieto ou extremamente ativo	0	1	2	3
2. Irritável, impulsivo	0	1	2	3
3. Perturba outras crianças	0	1	2	3
4. Não termina com atividades iniciais – falta de atenção	0	1	2	3
5. Sempre agitado	0	1	2	3
6. Desatento, distraído ligeiramente	0	1	2	3
7. Desejos devem ser atendidos imediatamente, frustra-se ligeiramente	0	1	2	3
8. Chora facilmente e com frequência	0	1	2	3
10. Ataques de cólera, comportamento explosivo e imprevisível	0	1	2	3

Preenchido por: mãe, pai, professor(a)