

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - PONTAL DO PARANÁ
ESPECIALIZAÇÃO EM INCLUSÃO - EDUCAÇÃO ESPECIAL

TDAH EM ALUNOS ADOLESCENTES
NA REDE MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA.

PONTAL DO PARANÁ
2005

JANETE OLIVEIRA DE FREITAS

**TDAH EM ALUNOS ADOLESCENTES
NA REDE MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA.**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista pelo Curso de Inclusão / Educação Especial da Universidade Federal do Paraná/ DEPS em convênio com a Secretaria Municipal de Educação de Pontal do Paraná/CEAD. Sob a orientação da Mestra e Professora Márcia Guimarães.

PONTAL DO PARANÁ

2005

AGRADECIMENTOS

Obrigado a Deus por me dar essas ocasiões de poder adquirir novas informações e competência para poder aplicá-las com o objetivo de repassar esses conhecimentos ao próximo, de forma que possa auxiliá-lo em sua vida.

Obrigado aos meus pais, pelo esforço em me oportunizarem-me a educação me orientando para andar pelos melhores caminhos!

Obrigado aos meus colegas da área educacional que, de certa forma, promoveram a minha presença nas épocas de aulas na Universidade e pela forte motivação.

Obrigado a todos os docentes por dividirem seus conhecimentos e particularmente à Mestra e Professora Márcia Guimarães, minha orientadora.

Diz-se que, mesmo antes de um rio cair no oceano, treme de medo.

Olha para trás, para toda jornada, os cumes, as montanhas, o longo caminho sinuoso através das florestas, através dos povoados, e vê a sua frente um oceano tão vasto que, entrar nele, nada mais é do que desaparecer para sempre.

Mas não há outra maneira. O rio não pode voltar, nem você pode voltar. Voltar é impossível na existência: você pode apenas ir em frente.

O rio precisa se arriscar e entrar no oceano.

E, somente quando ele entra no oceano, o medo desaparece, porque o rio saberá que não se trata de desaparecer no oceano.

Por um lado é desaparecimento, mas por outro lado é uma tremenda ressurreição”.

(autor anônimo)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DSM IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

Cf. - Conforme.

CID – Classificação Internacional de Doenças.

DDA - Distúrbio de Déficit de Atenção.

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Ex. – Exemplo.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a educação, à ciência e a cultura.

Art. – Artigo.

OMS – Organização Mundial de saúde.

APA - American Psychiatric Association

SOE - Segundo outras especificações.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	iii
EPÍGRAFE	iv
LISTA DE ABREVIATURAS.....	v
SUMARIO.....	vi
RESUMO.....	vii
INTRODUÇÃO.....	08
CAPITULO 1 – TEMAS DA ADOLESCÊNCIA.....	10
1.1 – Conceitos e lutos da adolescência.....	10
1.2 – Diferenças entre puberdade e adolescência.....	13
1.2.1 – Puberdade Feminina.....	14
1.2.2 – Puberdade Masculina.....	14
1.3 – Reflexões Psicológicas a Cerca do Adolescer.....	19
CAPITULO 2 – O TDAH EM ALUNOS ADOLESCENTES.....	24
2.1 - O Adolescente e o Professor.....	24
2.2 - O fracasso Escolar do Adolescente.....	26
2.2.1 - Fator negativo.....	27
CAPITULO 3 – CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE O TDAH.....	30
3.1 - O TDAH no Adolescente.....	30
3.2 - Características do TDAH.....	32
3.3 – Causas dos Transtornos Déficit de Atenção e Hiperatividade.....	33
CAPITULO IV - CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO.....	36
4.1 – TDAH – Segundo DSM - IV.....	36
4.1.1 – Critérios Diagnósticos.....	36
4.1.2 –Subtipos segundo da DSM – IV.....	40
4.1.3 – Segundo a CID-10 Transtornos Hiperatínicos.....	44
4.2 – Conseqüências do TDAH.....	45
4.3 - Tratamento.....	47
4.3.1 – Medicamentos	47
4.3.2 – Dilemas Terapêuticos	48
4.4. - Outras abordagens terapêuticas	48
CAPITULO 5 - RECOMENDAÇÕES AOS PAIS.	50
CAPITULO 6 – SUGESTÕES AOS PROFESSORES.	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS.	54
REFERÊNCIAS.....	56

RESUMO

O presente trabalho, pretende subsidiar teoricamente, pais e professores, pedagogos que atuam ou que convivem com alunos adolescentes portadores de TDAH, nos diferentes espaços, onde estes adolescentes participam como escola e convivência familiar no Município de Araucária. Com isto, pretende-se buscar através de diversas leituras, fundamentos teóricos que busquem contribuir na compreensão dos diagnósticos, dos encaminhamentos e dos possíveis tratamentos sobre este Transtorno. Extrapolar a lógica formal acadêmica, onde todos devem se comportar da mesma forma, devido às características próprias da idade e série, que participam, que quando não se enquadram nestas características são rotuladas de agressivas, indisciplinadas e que não possuem limites na convivência com as outras pessoas. Na tentativa de auxiliar aos professores, pais de adolescentes e inclusive os portadores de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, que muitas vezes pela fase de desenvolvimento em que se encontra, também não consegue entender o porque de alguns comportamentos até mesmo; atuando como prevenção primária no consumo e abuso de drogas; que muitas vezes diminuem alguns sintomas, mas é como “se vestíssemos um Santo e desvestíssemos outros”.

INTRODUÇÃO

Este trabalho consta de pesquisa bibliográfica sobre as características, causas, tratamento e orientações sobre como lidar com o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade no adolescente, proveniente das 5ª a 8ª Serie, da Rede municipal de Educação de Araucária.

No primeiro capítulo, abordar-se sobre alguns processos pelos quais passam os adolescentes com ou sem TDAH. A adolescência é uma etapa de modificações, que compreende as relações do indivíduo com seu próprio corpo até seu prestígio social. Estas alterações incidem paralelamente com a propagação hormonal desta fase e determina uma certa inadequação para o ajustamento do sujeito e isto não acontece sem conflitos.

Segundo Lídia Maria KROTH¹, diz em seu artigo “O Tão difícil rito de passagem²” onde diz que: “Adolescer é deixar de ser criança e tornar-se adulto, trocando heteronomia por autonomia, abandonando antigos padrões de relacionamento para desenvolver novas formas de relacionar-se, de vincular-se ao outro”.

No próximo capítulo desenvolver-se-á sobre os fracassos do adolescente no universo escolar, segundo a visão da Psiquiatria Infantil. Esse fracasso escolar pode ser reflexo de um mal-estar indicativo de que ele não esta bem, fase do desenvolvimento onde os distúrbios do comportamento são facilmente identificáveis na sala de aula e afetam as tarefas dos professores, de ensinar, e dos outros estudantes, de aprender.

¹ KROTH, Lídia Maria, pedagoga e orientadora Educacional das Escolas Estaduais de Ensino Fundamental Paraíba; na Escola Estadual de Ensino Fundamental Tancredo Neves, em Porto Alegre- RS e Professora de 2ª série do Ensino Fundamental.

² KROTH, Lídia Maria, Artigo: “Tão difícil rito de passagem”, <http://www.psicopedagogia.com.br>, acesso: 20 Jul 05 as 12h 57min.

No terceiro capítulo, descreve-se sobre as ponderações teóricas do TDAH dos alunos na faixa etária de 12 a 16 anos. Onde se verifica grande índice de indisciplina, a agressividade, a inquietação e mau-humor são sintomas que podem indicar problemas psicológicos de crianças e adolescentes, como no caso da hiperatividade e de outros transtornos psíquicos apresentados por alguns alunos.

No quarto capítulo sobre os critérios diagnósticos segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV e o tratamento.

No quinto capítulo fala-se em torno de algumas recomendações aos pais do portador de TDAH. Para que possam continuar o tratamento da equipe técnica e utilizar em casa, dando continuidade a esse processo terapêutico.

No capítulo seis descreve-se algumas sugestões aos professores e profissionais da educação e de forma geral aos que trabalham na escola. E por último as considerações finais e referências.

CAPITULO 1 – TEMAS DA ADOLESCÊNCIA.

1.1 - Conceitos e Lutos da Adolescência.

Alguns educadores, com a intenção de inovar sendo mais democráticos, colocam-se no mesmo lugar do aluno. Este é um equívoco na interpretação de algumas teorias pedagógicas mais atuais, que pretendem uma educação libertária.

Etimologicamente falando:

“adolescência provém do verbo “adolescere”, que significa brotar, fazer-se grande. Em geral, acredita-se que o fenômeno da adolescência é um processo de mudança que marca a passagem da infância para a fase adulta, esse processo é sinal distintivo das sociedades consideradas menos evoluídas, pois, em inúmeras tribos, podemos identificar ritos de passagem que denotam esta operação definitivamente.³

Partindo das percepções e observações realizadas em instituições de ensino e, após tomar conhecimento das dificuldades encontradas pelos docentes, em relação ao tão conturbado rito de passagem, achei por bem, buscar subsídios para ajudar e auxiliar os profissionais da área educacional, levando sempre em conta os aspectos bio-psico-social do aluno.

Assim sendo, enfoca-se neste primeiro capítulo as questões intrínsecas à adolescência, com a finalidade de entender essa fase de desenvolvimento; quais os processos conscientes e inconscientes, biológico e sobre as perdas que devem elaborar até chegar a maturidade ou a adultice.

Como Anna FREUD diz⁴:

“...que é muito difícil assinalar o limite entre o normal e o patológico na adolescência, e considera, na realidade, toda a comoção deste período da vida como normal, assinalando também que seria anormal a presença de um equilíbrio estável durante o processo adolescente. Sobre esta base, e levando em consideração o critério evolutivo da psicologia, é que podemos aceitar que a adolescência, mais do que uma etapa estabilizada, é processo e desenvolvimento. Deve portanto, compreender-se para situar seus desvios no contexto da realidade humana que nos rodeia. O adolescente passa por desequilíbrios e instabilidades extremas. O que configura uma entidade “semi-patológica”, que denominei “síndrome normal da adolescência”, que é perturbada e perturbadora para o mundo adulto, mas necessária, absolutamente necessária, para o adolescente, que neste processo vai estabelecer a sua identidade, sendo este um objetivo fundamental deste momento da vida.”(ABERASTURY, 1981, p.09)

³ CHAGAS, Arnaldo. Adolescência: um fenômeno contraditório, Revista de Psicologia Catharsis.

⁴ ABERASTURY, A. e KNOBEL, M. Adolescência normal. Trad. de Suzana Mª Garagory Ballve. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981, p.09.

Procura-sei enfatizar como o adolescente se coloca subjetivamente, perante a escola, a vida social e familiar. Buscarei respaldo teórico, no pensamento psicanalítico, pois tem desenvolvido material rico e importante para a compreensão da adolescência.

A adolescência é uma época de grandes transformações, desde a relação do indivíduo com seu próprio corpo até seu reconhecimento social. Estas modificações exigem grande adaptação por parte do sujeito e isto não ocorre sem conflitos. Ao alcançar este estágio de desenvolvimento, o sujeito, ainda um tanto imaturo, deve haver-se com questões que possam parecer-lhe complexos demais frente ao que ele reconhece com suas possibilidades.

Conforme articula KROTH⁵, em seu artigo:

“A adolescência é entendida como um período durante o qual a pessoa em crescimento passa da infância para a idade adulta. Por muitas vezes é conhecida como um período de turbulência, de crises, de conflitos, quando ocorrem mudanças no corpo e na mente da criança que está em transição para a fase adulta. A adolescência também pode ser vista por um outro foco, ou seja, como um período repleto de oportunidades para mergulhar em novas experiências, vivenciar novas relações, explorar novos recursos de força e capacidade interior”.

As mudanças ocorridas no plano mental, emocional, biológico e espiritual por muitas vezes levam o adolescente a experimentar conflitos consigo mesmo, com a família e com a sociedade. É o momento onde ocorre o desencadeamento da busca de si mesmo e da auto-identidade.

“Durante o processo de estabelecer uma identidade como um ser distinto, muitos adolescentes enfrentam questões a respeito das suas origens e possibilidades”, afirma JERSILD⁶.

O adolescente depara-se com tarefas importantes e difíceis, como alcançar sua autonomia de pensamento, construindo um sistema próprio de valores; deve diferenciar-se da família e lançar-se na direção de um reconhecimento na sociedade que passa pelo reconhecimento no grupo de iguais, fazendo uma escolha profissional, encontrando um objeto de amor fora do seio familiar.

Também o corpo sofre grandes alterações nesta etapa da vida, tornando-se gradualmente mais sexuado: as diferenças entre meninos e meninas ficam cada vez mais evidentes, provocando o adolescente a questionar-se, a ater-se sobre sua sexualidade.

⁵ KROTH, Op. Cit, p. 01.

⁶ JERSILD, Arthur T. Psicologia da adolescência. São Paulo: Nacional, 1987.p. 54.

Nessa etapa de desenvolvimento, a família é um sistema muito importante nessa “metamorfose”, com relação ao sistema propriamente dito, as críticas e ao modelo a ser seguido, na fase posterior, como pronuncia FIORI⁷:

“A família estará experimentando um momento de mudança em sua estrutura interna quando o sujeito adolescente passa pelas crises de escolha e configuração de identidade. Tal fato surge como consequência do rompimento que o adolescente tem de fazer com as ligações que o prendiam ao mundo infantil. Dessa maneira, o relacionamento com os pais, será abalado pelos questionamentos que esse sujeito adolescente dirige aos seus progenitores, confrontando os códigos de valores, estilo de vida, rotina familiar, hábitos sexuais e sociais, questionará a fé de seus pais e sua ideologia. Conseqüentemente, cada uma das crises trará à tona sentimentos, idéias e fantasias, provocando uma atualização das mesmas crises nos pais, ou seja, cada conflito com o qual o adolescente se defronta fará com que os pais retomem o mesmo conflito vivido quando adolescentes. Assim, as indefinições e incertezas da adolescência constituem o retorno dos pais às suas próprias indecisões da adolescência”. (FIORI, 1982, p. 32)

Muitas vezes o adolescente nesta crise de identidade pode demonstrar um certo desprezo frente ao mundo adulto é, em parte uma defesa para eludir a depressão que lhe impõe o desprendimento de suas partes infantis, mas é também um juízo de valor que deve ser respeitado. Além disso, a desidealização das figuras parentais o afunda no mais profundo desamparo. Entretanto, esta dor é pouco percebida pelos pais, que costumam fechar-se numa atitude de ressentimento e reforço da autoridade, atitude que torna mais difícil este processo.

“Na adolescência, uma vontade biológica vai impondo uma mudança e a criança e seus pais devem aceitar a prova nem seus pais poderão recuperar esse corpo, mesmo que pretendam nega-lo psicologicamente ou mediante atuações, nas quais a vida familiar e a sociedade pretendam comportar-se como se nada tivesse mudado”⁸. (ABERASTURY, 1981, p. 16.)

Finalizando, não se pode generalizar a adolescência, ainda que, se deva ter em mente, as características individuais, as características do meio cultural, social e histórico; desde o qual se manifesta, o mundo habitual nos estabelece mais do que nunca a procura do aprendizado para ser livre sem apelar à violência para restringi-la.

A cautela para não se ter uma adolescência difícil precisa ser buscada com o apoio de trabalhadores e estudiosos de todas as áreas de estudo, que tenham como objetivo investigar a nossa sociedade atual, as necessidades e os limites úteis que se consinta ao adolescente desenvolver-se até um nível adulto. Isto demanda um clima de esperança e compreensão, para que o procedimento não se adie nem se antecipe.

⁷ FIORI, Wagner. Desenvolvimento emocional, In: A idade escolar e a adolescência. Coleção psicologia do desenvolvimento. São Paulo: EPU, 1982. p. 32.

⁸ ABERASTURY, A. e outros, 1981, p. 16.

É um período decisivo e importante para a vida de uma pessoa, pois nessa etapa a liberdade tem que ser adequada, com a segurança de normas que lhe possam ir ajudando a adaptar-se às suas necessidades ou a modificá-las, sem entrar em conflitos graves consigo mesmo, com seu ambiente e com a sociedade.

1.2 – Diferenças entre puberdade e adolescência.

Desenvolvendo este assunto, não se pode deixar de citar o conceito de Criança e adolescente, legalmente reconhecido, tendo como referência ao Estatuto da Criança e do Adolescente em seu Art. 2º “classifica como criança à pessoa até 12 anos de idade, incompletos, e como adolescente a pessoa que tem entre 12 e 18 anos de idade”⁹.

A puberdade tem a ver com os processos do corpo, com a maturação sexual física, o aparecimento dos pêlos pubianos, crescimento dos seios, do pênis, mudança de voz, etc., que ocorre acompanhado ou não da adolescência. Esta última tem mais a ver com a maturação psicológica e social e pode ter início antes, durante ou depois da puberdade. Outra coisa que contribui para esta diferenciação é o fato de que a puberdade tem um período mais ou menos definido para começar e para concluir-se, que coincide em todos os povos e latitudes, com raras exceções.

Dois acontecimentos fortalecem o advento da puberdade: a menarca para as meninas, e a primeira ejaculação para os meninos, que devem ocorrer, em média, por volta dos 12 aos 15 anos.

Mas a puberdade, tanto no menino quanto na menina, não proporciona apenas mudanças físicas, mas, sobretudo, psicologicamente. Apesar da maioria dos adolescentes ser dependente, economicamente dos pais, normalmente eles sentem grande desejo de exprimir a sua própria personalidade, formar o seu caráter definitivo.

No artigo “Adolescência: um fenômeno contraditório”, referendado da Revista de Psicologia Catharsis escrita por Arnaldo CHAGAS¹⁰. Expõe sobre as diferenças da fase puerdade, tanto na menina e quanto no menino, como segue abaixo:

⁹ Estatuto da criança e do adolescente, que: dispõe sobre a proteção integral à infância e juventude. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990,

¹⁰ Psicólogo, mestre em Psicologia Social e Institucional da UFRS. Coordenador do GERTA: Grupo de Estudo e Reflexão sobre Toxicomanias e Adolescência.

1.2.1 - Puberdade Feminina :

A puberdade feminina¹¹, inicia em geral:

“Entre 11 e 14 anos, variando esse período de pessoa para pessoa. Em geral, a puberdade tem início com a primeira menstruação ou menarca, que coincide com o surgimento de uma série de transformações do corpo que já se vinham manifestando na fase conhecida como pré-puberal. Geralmente a partir dos dez anos a menina cresce vários centímetros em pouco tempo, sua cintura se afina, os quadris se alargam, os seios começam a avolumar-se e surge uma leve pilosidade no púbis e nas axilas. Essas mudanças causam uma certa sensação de insegurança e inquietação na menina, culminam com a primeira menstruação. Durante os dois anos seguintes à primeira menstruação os ciclos podem ser ainda irregulares, mais longos ou mais breves. As transformações que se verificam no período pré-púbere são resultados da atividade dos ovários, sobre a qual atua a hipófise. Ao nascer, a menina tem no ovário entre duzentos mil e quatrocentos mil óvulos, dos quais apenas cerca de quatrocentos serão utilizados ao longo de todo período fértil (até os 50-55 anos)”.

1.2.2 - Puberdade Masculino¹²

No menino, as transformações começam um pouco mais tarde:

“por volta de 13 anos e são muito mais demoradas que nas meninas. Os primeiros sinais dessa transformação são, basicamente, o aumento no tamanho dos órgãos genitais, o nascimento da barba e o aparecimento de pelos na região pubiana, nas pernas, nos braços e no peito. Esse crescimento dos pêlos depende da genética e varia muito de pessoa para pessoa. Além disso, essas mudanças são acompanhadas de modificação da voz, a qual fica mais grave. O esqueleto se alonga, os músculos se enrijecem, o tronco e os ombros alargam e a pele se torna muito mais gordurosa, o que favorece o aparecimento da acne. É nessa época que os meninos já podem ter sua primeira ejaculação. As alterações hormonais despertam a sensibilidade sexual e, conseqüentemente, é neste período que muitos adolescentes começam esporadicamente a ter relações sexuais. Essas alterações hormonais e as eventuais incapacidades ou relutâncias em adaptar-se às alterações físicas contribuem também para alguns estados de depressão, característicos dos adolescentes. Alternadamente, se observam períodos de intensa energia física, entusiasmo e inquietação sem limites. Também pode se observar, em alguns casos, uma reação de rebeldia, de oposição e irritabilidade.

O período da adolescência é uma fase muito significativa do desenvolvimento de qualquer pessoa. Basicamente pode se dizer que, o adolescente realiza três lutos fundamentais, seguindo as idéias de ABERASTURY e outros:

“o luto pelo corpo infantil perdido, base biológica da adolescência, que se impõe ao indivíduo que não poucas vezes tem que sentir suas mudanças como algo externo, frente ao qual se encontra como espectador impotente do que ocorre no seu próprio organismo; o luto pelo papel e a identidade infantis, que o obriga a uma renúncia da dependência e a uma aceitação de responsabilidades que muitas vezes desconhece; o luto pelos pais da infância, os quais persistentemente tenta reter na sua personalidade, procurando o refúgio e a proteção que eles significam, situação que se complica pela própria atitude dos pais, que também têm que aceitar o seu envelhecimento e o fato de que seus filhos já não são crianças, mas adultos, ou estão em vias de sê-lo”¹³. (1981, p.10)

Durante esse processo, que ocorre paralelamente, o adolescente desenvolve comportamentos que demonstram estar em curto-circuito do pensamento, onde se observa a exclusão da conceitualização lógica dando lugar à expressão através da ação, mesmo que em forma fugaz e transitória; o que diferencia o adolescente normal

¹¹ BALLONE, G. J. Artigo: Depressão na Adolescência, extraído do site <http://www.psiqweb.med.br>.

¹² BALLONE, G. J. Id. bid.

¹³ ABERASTURY, A. e outros. Op. Cit. p.10.

do psicopata é que este persiste com intensidade no uso deste modo de comportamento¹⁴.

Todas essas transformações bio-psico-sociais não poderiam mesmo acontecer sem conflito, pois ocorrem paralelamente no indivíduo. Longe disso, a adolescência é classicamente reconhecida por ser um período de intempéries. Ao mesmo tempo em que se vê forçado a dar conta de adaptar-se a todas essas novidades que se lhe apresentam. Ele precisa deixar de ser quem é em prol de um vir a ser alguém que ainda não conhece, precisa desapegar-se de sua identidade infantil que já não dá conta de quem ele está se tornando. Em outras palavras, o adolescente já não é e ainda não é. Tomam a intelectualização entre as defesas de que o adolescente lança mão para apaziguar seus conflitos internos e auxiliam na elaboração das situações de perda, os lutos descritos acima que de certa forma lhe trazem dor, angustia e muitas vezes depressão.

“Uma questão fundamental na adolescência é a separação e a individualização do adolescente em relação à família. O estresse e a ansiedade advindos dessa fase aumentam a vulnerabilidade dos adolescentes à pressão dos amigos. Se por um lado ganham autonomia em relação a seus pais, por outro lado adquirem uma forte aliança com seus colegas. Nesse movimento, a influência do grupo é a “modelagem”, isto é, a imitação de determinados comportamentos a partir de um ídolo, que em geral é o líder do grupo, tornam-se especialmente importantes. Comportamentos de risco fazem parte do processo e vêm associados a sentimentos de grandiosidade e de “onipotência juvenil”, freqüentemente acompanhados também de negação do potencial de morte inerente a esses comportamentos. Assim, o adolescente se baseia e, questiona, adapta e adota os modelos de comportamento adulto de que dispõe, sendo o uso de álcool, tabaco e outras drogas apenas mais um dentre vários modelos”¹⁵.(SCIVOLETO, 2001. p.30).

Na adolescência não se tem a possibilidade de definir um período em que deve ocorrer a adolescência. Este tempo varia conforme a cultura e o indivíduo: em algumas culturas, alguns ritos de iniciação, em um período de tempo muito pontual, dão conta de fazer esta passagem.

Conforme assevera Luiz C. OSÓRIO¹⁶: “Atualmente, na sociedade ocidental em que nos inserimos, a adolescência tem sido cada vez mais prolongada. Isto fica claro se considerarmos a aquisição de autonomia financeira, sair da casa dos pais, ou exercício de uma profissão como critérios, por exemplo”.

Segundo o autor citado acima, pode-se avaliar o fim da adolescência a partir de algumas aquisições do indivíduo, tais como: o estabelecimento de uma identidade sexual; a possibilidade de estabelecer relações afetivas estáveis; a capacidade de assumir compromissos profissionais e manter-se economicamente; aquisição de um

¹⁴ Id bid, p.11.

¹⁵ SCIVOLETTO, S. e MORIHISA, R.S. Artigo: Conceitos básicos em dependência de álcool e outras drogas, JBDQ Jornal Brasileiro de Dependências Químicas, Vol. 2, (supl 1), 2001. p.30.

¹⁶ OSÓRIO, Luiz C. Adolescente hoje. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989, p.30.

sistema de valores morais pessoais; a relação de reciprocidade como a geração precedente.

Mesmo com todo esses fatores determinantes muitos autores consideram que a puberdade que inaugura o processo da adolescência.

Hoje em dia, a adolescência é considerada como um momento de transformação que não é, fundamentalmente, de tumulto ou transtorno, embora possa trazer problemas para alguns. Assim, nem toda a adolescência é problemática, e nem todo adolescente recorre, necessariamente, às drogas para compensar dificuldades.

Essa diferença no modo de entender a adolescência mostra que existem conceitos obscuros, idéias falsas sobre o que é, na verdade, viver essa etapa.

ABERASTURY e outros no Capítulo 3 abordam sobre “Adolescência e Psicopatia”, têm esta postura, como se pode verificar na seguinte passagem¹⁷: “...ao investigar as perturbações e momentos de crises durante a adolescência, encontrou que a definição do papel feminino ou masculino na união e procriação e as mudanças corporais que acontecem durante este processo - aparecimento os caracteres sexuais secundários - são o ponto de partida das mudanças psicológicas e de adaptação social que também o caracterizam.”

LEVISKY¹⁸ narra acerca dessas mudanças, quando cita: “também as modificações corporais incontroláveis como os imperativos do mundo externo que exigem do adolescente novas pautas de convivência são vivenciados, no começo, como uma invasão”.

Ao mesmo tempo, a percepção do adolescente lhe diz que está cada vez mais semelhante fisicamente com os adultos e cada vez menos parecido com as crianças, mudança que vai acontecendo muito rápido e é incontornável. Ser parecido com o corpo dos adultos vem alertar o adolescente de que em um intervalo de tempo relativamente curto, ele virá a ser um deles.

A semelhança com os adultos também lhe provoca a pensar em uma profissão, em um objetivo para sua vida na necessidade de encarregar-se do próprio destino.

Enfim, precisa estabelecer uma identidade pessoal adulta. Até mesmo a sociedade logo vai lhe reconhecer o direito ao voto, vai considerar sua vontade, vai lhe dar voz de adulto, vai reconhecer-lhe a maioria.

¹⁷ Id bid, p.63.

¹⁸ LEVISKY, David L. Adolescência e violência: conseqüências da realidade brasileira. 1998, p. 54.

Geralmente, os questionamentos acerca do processo de adolescer decorrem dissertações sobre a tarefa do jovem em produzir uma identidade, que deve, ao termo dessa fase, tornar-se estável, como se isto fosse inerente ao adolescente. Ou seja, é de comum acordo entre os teóricos psicológicos que a grande tarefa do adolescente é dar conta de produzir uma identidade estável que lhe viabilize o ingresso no mundo adulto. Isto talvez ocorra em reação à instabilidade do adolescente à insistência com o adolescente não se deixa, muitas vezes, "grudar" por identidade nenhuma, preferindo "ser essa metamorfose ambulante"¹⁹, que se reflete nas rápidas mudanças de humor, de atitudes, de roupas, de idéias.

Isto acontece justamente na fase em que o sujeito alcança também a maturidade mental, ou seja, quando, por volta dos doze anos, inicia o estágio das operações formais, descrito por PIAGET²⁰.

"As operações formais fornecem ao pensamento um novo poder, que consiste em destacá-lo e libertá-lo do real, permitindo-lhe, assim, construir a seu modo as reflexões e teorias. A inteligência formal marca, então a libertação do pensamento e não é de admirar que este use e abuse, no começo, do poder imprevisível que lhe é conferido. Esta é uma das novidades essenciais que opõe a adolescência à infância: a livre atividade da reflexão espontânea".(PIAGET,1973, P.64)

O adolescente torna-se muito mais capaz de pensar em possibilidades além das coisas reais e concretas por ter atingido a abstração do pensamento. Também tem muito mais capacidade de observar suas aptidões, suas opções, etc., podendo pensar sobre profissões, sobre o futuro O adolescente vai poder sistematizar o pensamento, criando possibilidades, será capaz de imaginar-se em diversas situações pensando abstratamente. Esta mesma capacidade também pode facilitar-lhe as relações familiares e sociais, pois ele pode planejar suas ações prevendo as conseqüências e criando explicações alternativas para suas condutas.

As crenças do adolescente vão se alterando e renovando, à medida que o adolescente vai adquirindo uma visão mais crítica, que incide inclusive sobre suas próprias crenças. Outra característica do pensamento do adolescente é o relativismo: o adolescente levanta dúvidas a respeito de tudo, nada é muito confiável; nada está tão certo que não possa ser questionado. Isto também é reforçado pela habilidade adquirida de debater um assunto, por ter clareza sobre o próprio pensamento e também por poder prever o que o outro está pensando, e saber ver uma mesma

¹⁹ Trecho da música "Metamorfose ambulante", composição de Raul Seixas.

²⁰ PIAGET, J. Seis estudos de Psicologia, Ed. Forense Universitária, Trad. Maria A. Magalhães D'Amorim, Rio de Janeiro, 1973, p. 64.

questão por diversos ângulos. Ou seja, um adolescente é capaz de discutir qualquer norma imposta, qualquer coisa que antes pensava ser inquestionável, irrevogável.

A intelectualização é também um recurso muito utilizado pelo adolescente, que tem muito mais conteúdo para subsidiá-la. Ele é capaz, por exemplo, de dar explicações teóricas sobre o próprio comportamento a fim de justificar-se, utilizando-se inclusive da capacidade de metaforizar.

Conforme ABERASTURY e outros: dissertam sobre a intelectualização entre as defesas de que o adolescente lança mão para apaziguar seus conflitos internos e auxiliam na elaboração das situações de perda, de sua identidade infantil, dos pais, da infância, do corpo, muitas vezes esses lutos se tornam dolorosos.

“A necessidade que a realidade impõe de renunciar ao corpo, ao papel e aos pais da infância, assim como à bissexualidade que acompanha a identidade infantil, enfrenta o adolescente com uma vivência de fracasso ou de impotência frente à realidade externa. Isto obriga também o adolescente a recorrer ao pensamento para compensar as perdas que ocorrem dentro de si mesmo e que não pode evitar. As elucubrações das fantasias conscientes, refiro-me ao fantasiar, e o intelectualizar servem como mecanismos defensivos frente a estas situações de perda tão dolorosas”²¹.

O adolescente, conforme o estágio das operações intelectuais abstratas PIAGET²², diz o seguinte:

“é um indivíduo que constrói sistemas e teorias, ou melhor pensa concretamente sobre cada problema à medida que a realidade os propõe, e não liga suas soluções por meio de teorias gerais, das quais se destacaria o princípio. Ao contrário, que surpreende no adolescente é seu interesse por problemas inatuais, sem relação com as realidades vividas no dia-a-dia, ou por aqueles que antecipam, com uma ingenuidade desconcertante, as situações futuras do mundo, muitas vezes quiméricas. O que mais espanta, sobretudo, é sua facilidade de elaborar teorias abstratas. Existem alguns que escrevem, criam uma filosofia, uma política, uma estética ou outra coisa. Outros não escrevem, mas falam...”

A adolescência é, sem qualquer suspeita, uma etapa de passagem, da infância à idade adulta, mas está muito longe de ser um espaço em branco no desenvolvimento humano, já que seus procedimentos e conflitos são intensos, apesar de serem na maioria internos, seria aceitável compara-la a etapa do casulo no período essencial e vital da borboleta. A imperceptível e feia larva, ao passar pela metamorfose, um procedimento um tanto impetuoso que solicita o alheamento do casulo, tem a oportunidade de ficar uma admirável borboleta, digna de toda a consideração, não apenas familiar, mas social inclusive.

Como intercâmbio abnegado à fusão com a mãe, o infante recebe a promessa de um lugar futuro de gozo pleno, onde tudo lhe será possível, e do qual poderá usufruir quando crescer.

²¹ Id bid, p.39.

²² PIAGET, Op. Cit, p. 62.

O adolescente, crescido o bastante para utilizar-se da capacidade adquirida de abstração e crítica, frustra-se então ao perceber que a promessa era falsa, tratava-se de uma sedução, e que o prazer pleno, na realidade, não existe. O jovem pode perceber que nem seus pais têm acesso ao tal gozo que lhe foi prometido e pode deduzir que também ele jamais o alcançará: o adolescente constata que a castração é generalizada a todos, inclusive aos adultos. Certamente, um luto importante deve tomar lugar neste momento. É quando o adolescente constata que seus pais nunca foram de fato heróis, e, se ele seguir o caminho dos pais, também não o será.

Em função desta decepção, ter de abrir mão da infância em prol de um vir a ser adulto coloca o sujeito adolescente num lugar muito conflitado, por encontrar em si emoções e anseios muito ambíguos, ou mesmo contraditórios: quer tornar-se adulto a poder tomar as rédeas de seu destino, mas não aceita o modelo de adulto que tem e, às vezes, prefere mesmo permanecer acomodado ao desejo dos pais, sem ter de responsabilizar-se por suas decisões, etc.

1.3 – Reflexões Psicológicas a Cerca do Adolescer.

Considerando tudo isso, pode-se concluir que o conflito é inevitável. Conflito entre pulsões de fusão a diferenciação, conflito entre as exigências do mundo externo e a realidade do mundo interno, vividos com tal intensidade pelo adolescente que termina-se por provocar o que se denomina como a "síndrome da adolescência normal", muito bem caracterizada por seus autores²³:

"Penso que a estabilização da personalidade não se consegue sem passar por um certo grau de conduta patológica que, conforme meu critério. Devemos considerar inerente à evolução normal desta etapa da vida. (...) As lutas e rebeliões externas do adolescente não são mais dos reflexos dos conflitos de dependência infantil que intimamente ainda persistem. Os processos de luto obrigam a atuações que têm características defensivas, de caráter psicopático, fóbico ou contrafóbico, maníaco ou esquizoparanóide, conforme o indivíduo e suas circunstâncias".

Anna FREUD postula que:

"a sustentação de um equilíbrio constante ao longo da adolescência é, por si mesma anormal, a que se espera que um adolescente saudável sofra uma quebra no crescimento pacífico. Ela coloca que, a manifestação comportamental do adolescente que podem vulgarmente ser vista como patológicas, na verdade, não são mais do que a externalização do conflito interno que o adolescente precisa elaborar²⁴". (FREUD, A.1995: ano V, nº11)

²³ Id. bid, p.27.

²⁴ FREUD, Anna. Adolescência. Em: Revista da Associação Psicanalítica. Porto Alegre. Porto Alegre, ano V, nº 11, Nov 1995: Artes e Ofícios.

A razão de ser de tamanho conflito é certamente a necessidade de um grande ajustamento, talvez comparável à que ocorre na ocasião do nascimento, e que muitas vezes o sujeito pode perceber-se incapaz de realizar. Adolescer é morrer em parte, como criança, e nascer como adulto. Isso que para a criança poderia constituir-se num ideal, para o adolescente está bastante longe disto, pois ele já descobriu que os adultos também não têm as repostas para suas questões, também eles são falhos.

Enfim, o adolescente vê-se impulsionado a tomar sobre si uma postura adulta, deixando sua condição infantil, o que lhe provoca conflitos muito importantes, inclusive em relação ao que realmente quer: Se for diferenciar-se dos pais, ou retornar ao ponto em que os conflitos ainda não existiam: o estado fusionado com o outro. Isto tudo ocorre, justamente. Quando o sujeito percebe que os adultos são falhos, são injustos, não sabem de tudo e, ainda assim, querem determiná-lo.

Em relação a isto, LEVISKY²⁵ chama atenção para as contradições do mundo em que vivemos. Afirmando que estas só vêm acentuar os conflitos internos vividos pelo sujeito adolescente. "Fala-se de amor e faz-se a guerra, e através da guerra almeja-se a paz. Deseja-se a liberdade, fala-se de confiança, mas usa-se da repressão, da violência e do suborno. Defende-se o sexo como expressão sublime do amor e vende-se o corpo em anúncios de cigarro, de carros ou de outra coisa qualquer que possa ser consumida."(1998, p.92)

Esta decepção com o mundo dos adultos vêem juntar-se com o luto pelos pais da infância, que eram verdadeiros heróis e o adolescente os vê como fracassados. Quer então fazer diferente do que eles fizeram, e contesta-lhes toda e qualquer imposição, exige-lhes explicações para suas determinações e questiona tudo, aproveitando-se de sua desenvolvida capacidade mental para isto.

O adolescente vê a pior face de seus pais e a aponta, revoltado. Passando também a questionar qualquer valor estabelecido por estes ou pela sociedade. Toda norma que antes tomava corno irrevogável, agora põe em pauta, discute, debate, duvida, estando em plenas condições de fazê-lo com sucesso.

No livro a "A passagem adolescente: da família ao laço social", de RASSIAL²⁶: "revela que, na relação com os pais e com todos os adultos, em função de tantas decepções já vividas, o adolescente estará sensível a toda contradição interna ao

²⁵ LEVISKY, Op. Cit. 1998, p. 92.

²⁶ RASSIAL, Jean-Jacques. A passagem adolescente: da família ao laço social. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997. p. 82.

discurso, ou entre o discurso e o ato, e não será tolerante à constatação deste sintoma, podendo até mesmo parecer paranóico". (1997, p.82)

Uma das caras dessa revolta adolescente pode ser entendida como uma expressão da pulsão diferenciadora, gerando o que se convencionou denominar de "conflito de gerações".

Anna FREUD tenta explicar o por que o alvo da revolta do adolescente é normalmente os pais: "Como pelas identificações prévias, é justamente com os pais que a mente juvenil está mais fundida, torna-se imperioso acentuar o confronto de idéias a nível familiar para que se facilite o processo discriminatório sem o qual a identidade permanece num estado caótico ou indiferenciado".²⁷ (FREUD, 1995)

O processo de distinção a individuação é contínuo desde o nascimento, contudo, na adolescência, o indivíduo encontra-se novamente em um momento crítico desse processo.

Segundo OSÓRIO: "este estágio adolescente está relacionado diretamente com os primórdios da individuação "eu/não eu" da primeira infância, que passa então por uma reedição que visa uma resolução em direção à autonomia psicológica".²⁸ (1989, p.64).

Também o choque vivenciado nessa etapa edípica é reeditado na adolescência, quando o sujeito precisa resolver a fase fálica interrompida pela latência, a fim de ingressar na genitalidade madura. Neste momento, o incesto representa grande amargura para o adolescente, que se percebe em condições de concretizar suas fantasias infantis, de forma que, também por isto, sente a necessidade imperiosa de afastar-se dos progenitores, essa ação se dá a nível inconsciente, assim como na primeira infância.

Procura então o grupo de iguais, fora de seus laços sangüíneos, onde pode ter uma vivência semelhante à familiar, contudo sem o risco de incesto, mas não somente por essa razão os adolescentes agrupam-se, mas também devido à necessidade psicológica de diferenciarem-se dos adultos.

O adolescente estará menos interessado, e até mesmo intolerante, em relação ao contato com os pais. Em lugar desse apego infantil, o adolescente busca agrupar-se com outros adolescentes que vivenciam as mesmas angústias a com quem podem mais livremente trocar experiências afetivas.

²⁷ FREUD, Op. Cit. 1995.

²⁸ OSÓRIO, Op. Cit., 1989, p.64.

A psicanálise considera que é necessária certa dose de agressividade para alcançar-se qualquer diferenciação entre o sujeito e o objeto. Essa diferenciação entre sujeito e objeto, esse corte, só poderá ocorrer quando estiver presente a mesma agressividade que dá à mãe e ao filho a força necessária para o parto, em uma primeira separação. Porque se separar psicologicamente do objeto implica em um novo nascimento: o nascimento como sujeito psicológico capaz de desejar, de posicionar-se de duvidar, etc.

A essa agressividade sadia, FREUD nomeou de "Desejo Hostil Diferenciador", presente e atuante em qualquer ser humano. WINNICOTT²⁹, em acordo com FREUD também reconhece: "A agressão está sempre ligada, desta maneira, ao estabelecimento de uma distinção entre o que é e o que não é o eu". (WINNICOTT, 1987, p.98).

No auge do processo de diferenciação, o adolescente normal é acentuadamente agressivo, o que muitas vezes determina sua participação em atos violentos, como nas guerras. Às vezes, sem a possibilidade de expressar sua agressividade de outra maneira, e esses impulsos agressivos não são aceitos em seu grupo de convivência, o adolescente pode tornar-se delinqüente, praticando atos de vandalismo e até mesmo de violência.

Essa agressividade diferenciadora vem agora incrementada pelas aquisições cognitivas alcançadas pelo adolescente. Contando com isto, ele pode ser muito mais contundente em suas críticas ao outro, ou aos pais em primeiro lugar. Toda essa revolta pode deixar os pais atônitos, sem poderem reconhecer na tal "metamorfose ambulante" seu amado filho.

Considerando a posição dos pais frente ao fenômeno que ocorre com seu "filhinho" ao passar este pela adolescência. Anna FREUD³⁰ escreveu:

"Enquanto um adolescente permanece inconsciente e imprevisível em seu comportamento, ele pode sofrer, mas ele não me parece estar necessitando de tratamento. Penso que lhe deve ser concedido tempo e espaço para trabalhar sua própria solução. Ao contrário, podem ser seus pais os que necessitam ajuda e orientação para serem capazes de tolerá-lo. Há poucas situações na vida que são mais difíceis de enfrentar do que um filho adolescente."(FREUD, 1995, ano V, n.11)

A adolescência do filho é um indício claro de que os pais estão envelhecendo, e isso é muito frustrante em uma sociedade tão obcecada pela juventude como essa em que vivemos. A sexualidade dos filhos, que se aproximam do máximo vigor físico e

²⁹ WINNICOTT, Donald W. - Privação e Delinqüência. São Paulo: Martins Fontes, 1987, p. 98.

³⁰ Id. *ibid.*, 1995.

sexual, pode fazê-los questionar-se a respeito de sua própria sexualidade; o idealismo do adolescente pode fazê-los perceber que ainda não realizaram seus grandes sonhos.

Os pais também se definem em função dos filhos e a proximidade dos filhos saírem de casa impaciente os pais e novos questionamentos de suas funções na família e mesmo de sua própria identidade: depois de abrirem mão de tantas coisas em prol da educação dos filhos, o que farão sem eles; o que serão sem eles.

Neste momento, a família precisa remodelar-se: o adolescente já não precisa dos mesmos cuidados de uma criança e também não mais aceita regras impostas ou arbitrariedades. Neste período, pais e filhos precisam estabelecer novos padrões de relacionamento, que estejam embasados no reconhecimento e no encorajamento das necessidades de independência dos filhos. Mas isto, para os pais, pode significar que eles em breve tornar-se-ão desnecessários e nem todo pai ou mãe está preparado para enfrentar tal situação. Assim, alguns pais seguem sendo autoritários com os filhos, não lhes reconhecendo a alcançada autonomia de pensamento.

Os pais precisam reinventar seu lugar, como coloca RASSIAL (1987), e devem separar-se do que lhes parecia parte de si mesmos. Eles também efetuam um trabalho de luto com a adolescência dos filhos. Este autor reflete também sobre a relação do casal de pais, que, frente à emancipação do filho, não poderão mais sustentar o casamento sobre as funções de pai e de mãe.³¹

Outro fator importante a considerar é que os pais revivem sua adolescência na adolescência de seus filhos e todos os conflitos experimentados e não bem resolvidos podem fazer ressurgir a angústia que os atormentava em seu tempo adolescente.

³¹ RASSIAL, Op. Cit. p. 85.

CAPITULO 2 – O ALUNO ADOLESCENTE.

2.1 - O Adolescente e o professor

O adolescente, em sua necessidade de diferenciar-se dos pais e certa forma do mundo adulto em geral, torna-se aguçadamente crítico na relação com os mesmos, não tolerando destes qualquer contradição no discurso ou na prática e contestando tudo que lhe parece arbitrário.

Todo o comportamento de confronto com o adolescente vêm muitas vezes provocado por impulsos agressivos, tão característicos desta fase do desenvolvimento, e pelas aquisições de conhecimento que lhe dá licença para explorar alternativas, debater posicionamentos, etc.

Da mesma forma que as crianças em fase de latência têm prazer pelo conhecimento, o adolescente, por sua vez, experimenta suas novas capacidades intelectivas com verdadeiro gozo. Ele surpreende-se com suas possibilidades e considera-se fantástico na originalidade de seus pensamentos.

O adolescente quer pensar diferente do adulto e sente-se realmente capaz disto. Assim, além de sua natural e clássica tendência ao confronto com os adultos, o simples exercício de duvidar, questionar, propor alternativas, é realizado com imenso prazer.

O professor é o representante do mundo dos adultos na Escola, e é aquele responsável por permitir a passagem do laço familiar ao laço social (tarefa da adolescência), estando no lugar de figura de autoridade desempenhado primeiramente pelos pais dentro da família. Assim sendo, toda a agressividade diferenciadora dirigida aos pais, em casa também será direcionada ao professor, na Escola.

Assim como o adolescente questiona, duvida e debate toda a norma proposta ou imposta pelos pais, também o fará com as proposições do professor, na esperança de que este possa escutá-lo e oferecer-lhe os limites à sua confusão interna com a coerência de um pensamento amadurecido.

Ainda em uma primeira fase, o adolescente pode tomar o professor como modelo, na esperança de que este possa representar a possibilidade de um vir a ser um adulto infalível. O adolescente ainda está em busca de um herói que possa colocar

no lugar dos pais da infância, em busca de alguém perfeito em quem possa espelhar-se, e a quem possa ter como modelo. O adolescente é idealista e pretende de si mesmo a perfeição: ele não quer ser falho como seus pais. É nada menos do que essa mesma perfeição que exige de seu mestre.

Sensível a toda contradição dos adultos, justamente por estar em busca de um adulto sem falhas, logo o adolescente vai decepcionar-se também com seu mestre, sentindo-se novamente traído. Assim como despreza os pais por suas falhas, o adolescente também rechaçará seu mestre, questionando-o justamente na direção daquilo que nele é falho. O adolescente fere o professor na ferida narcísica, aberta em sua própria adolescência, pois também o professor já almejou de si mesmo a perfeição, também ele frustrou-se como os adultos fracassados e quis fazer uma diferença.

Ao ser repellido pelo adolescente, o professor está justamente colocado no outro pólo desta díade: é ele quem fracassou. A adolescência do aluno proporciona ao professor a vivência do outro lado de sua adolescência: o lado dos adultos, e este pode então se deprimir pelo sofrimento causado por ele a seus mestres. Sofrimento que ele vem a conhecer na própria pele, atualizada na relação com seu aluno.

E como os pais podem não estar preparados para este confronto, também o professor pode ficar um tanto perdido nesta relação com o aluno adolescente. Tal despreparo pode levá-lo a cometer diversos equívocos.

KHOURI³² escreve no sentido da educação libertária: "No processo libertador, o educador e o educando colocam-se no mesmo lugar, à procura do conhecimento recriado e co-participado, o qual não detém a criatividade de ambos..." (1984, p.05)

A real necessidade do adolescente é de um adulto em um lugar diferente do seu, com capacidade de assumir a posição de uma figura de autoridade e que esta possa conter os impulsos e as angústias próprias da adolescência. Um adulto que esteja em outro lugar, que tenha sido bem sucedido em sua passagem pela adolescência e tenha já se desvincilhado desta, pois é preciso acreditar que tanta confusão é parte de uma fase passageira da vida.

Novamente cita-se o artigo "O tão difícil rito de passagem", escrito pela Pedagoga Lídia KROTH e publicado em 25/11/2003, no site psicopedagogia "on-line" essa profissional aborda sobre a postura do professor frente ao aluno adolescente, como descrito abaixo:

³² KHOURI, Ivonne G. Psicologia escolar. São Paulo: E.P.U., 1984, p.05.

“Ao deparar-se com um professor que, querendo ser "legal", apresenta-se como um igual para o adolescente, a confusão é ainda maior para este sujeito. À deriva de suas pulsões e de seu descontrole emocional, o adolescente vê-se novamente ameaçado pelo perigo de incesto, pois, a figura do professor, que deveria estar no lugar dos pais, quer estar no lugar de um igual. O resultado é um incremento no caos vivenciado pelo adolescente, que se vê forçado a rechaçar o professor mais intensamente ainda, num desesperado apelo, que poderia ser traduzido pela expressão: "vê se te enxerga!". Por exemplo: a professora, mascando chicletes e vestindo-se de maneira sedutora, era menosprezada e mesmo ridicularizada pelos alunos, que gritavam e corriam pela sala de aula enquanto também ela gritava o "conteúdo" de sua "disciplina". (KROTH, 2003).

Para isso de faz necessário que este professor tenha bem resolvida sua própria adolescência para estar em condições de agüentar seu aluno. Quando isto acontece, o docente pode através dessa experiência tornar-se resiliente³³, o conceito desse termo depende da área profissional, segundo Maturama³⁴ (1999), cita que "sem aceitação e respeito por si mesmo não se pode aceitar e respeitar o outro, e sem aceitar o outro como legítimo outro na convivência, não há fenômeno social" (p. 31).

A este comportamento do adolescente, soma-se ao descaso social à figura do professor, que muitas vezes percebe-se identificado com a adolescência de seu aluno pela impossibilidade de ter autonomia econômica, por exemplo. Assim como o adolescente reivindica de seus pais ou mestres, o professor vê-se na situação de reivindicar do governo que seja mais democrático, mais justo, menos falho. Na realidade, não é possível esperar do professor que, com tudo isto, ainda seja um herói.

Todavia, é imprescindível que exista lugar para o confabulação, o que somente será possível se o professor conhecer o lugar a partir do qual seu aluno lhe fala. No caso da adolescência, um lugar de passagem, de descobertas, conflitos, de anseios e esperanças de que tudo isto passe um dia.

Com referência ao texto de KROTH³⁵, ela aborda ainda, sobre a relação professor e aluno adolescente, com as seguintes palavras:

“É preciso que o professor demonstre ao aluno adolescente que o mundo adulto é viável com suas faltas e apesar delas. É preciso que o professor permita-se falhar e não se condene por isto, para que o adolescente possa também se aceitar com suas faltas, com suas impossibilidades, pois compreenderá que a perfeição é apenas um ideal a ser buscado, mas não alcançado; e que, apesar disso, poderá ser feliz, em alguma medida, no mundo que existe”.

2.2 - O fracasso Escolar do Adolescente.

³³ RESILIÊNCIA, segundo o dicionário Aurélio, é "a propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora de tal deformação elástica; É palavra que origina-se do latim. *Resílio* significa retornar a um estado anterior".

³⁴ Maturama, Humberto. Emoções e Linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: UFMG, 1999, p.31.

³⁵ KROT, Id bid.

Segundo Alfredo CASTRO NETO³⁶, em seu artigo, “Quando o adolescente fracassa na escola”:

“Uma indicação para a escola, sobre o bem-estar geral do adolescente é o seu bom êxito escolar. Assim, os distúrbios do comportamento são facilmente identificáveis na sala de aula e afetam a tarefa dos professores, de ensinar, e dos estudantes, de aprender. Deve-se analisar, antes de rotular o aluno adolescente quanto a suas falhas escolares, deve-se pensar como fracassam os colégios para os adolescentes. Boas escolas são aquelas que privilegiam os tópicos acadêmicos, admitindo a autonomia do corpo docente para que cumpram as necessidades educativas individuais do estudante; com programa flexível, os que têm sistemas de incentivos e prêmios para os alunos e sistemas que permitam aos estudantes, serem responsáveis pelo seu próprio comportamento”.

2.2.1 - Fator negativo

Nesse mesmo texto, retirado da internet³⁷; CASTRO diz que:

“Elevar os níveis escolares sem avaliar os predicados das escolas simplesmente alimenta o fracasso e o desinteresse. Além disso, agrupar os alunos em função de suas “habilidades” tem benefícios duvidosos para aqueles de menor desempenho com um custo psicológico potencialmente enorme. Como ser rotulado como “abaixo da média” pode ter uma consequência terrivelmente negativa sobre a imagem que o estudante tem de si mesmo. Os professores, freqüentemente, têm poucas expectativas com relação a estes alunos, o que pode transformar-se numa verdade por si mesma. Os programas nos quais os adolescentes são forçados para mudarem de atitude ou os que tentam “moralizá-los”, quase sempre são mal sucedidos.”

Os problemas para aprender, comumente, são determinados através da forma de ajustamento do aluno com relação aos seus resultados, as oposições entre suas disposições cognitivas, quociente de inteligência e resultados, e a comparação entre os resultados em diferentes disciplinas ou entre o rendimento do aluno com dificuldade de aprendizagem e os de seus colegas de classe. Pela psicologia o quociente de inteligência caiu por terra há muito tempo, mas para a pedagogia não.

O psiquiatra infantil, CASTRO NETO revela que:

“Os desafios e as demandas de aprendizagem se modificam, expressivamente, durante a adolescência. As exigências sobre a atenção, neste período, requerem energia mental mais consistente e sustentada, com intuito de processar mais eficazmente a informação e ter uma habilidade marcadamente maior para produzir trabalho escolar.”

Os adolescentes precisam mais técnica para lembrar, recordar e reunir informação nova, como regras mnemônicas e associações visuais. Os novos desafios visuais e raciocínios espaciais incluem maiores exigências de raciocínio não verbal, estratégias de visualização e familiaridade com a interpretação e produção de representação gráfica e informação.

³⁶ Psiquiatra infantil, Ex-presidente da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil.

³⁷ CASTRO NETO, Alfredo. Quando o adolescente fracassa na escola, texto extraído do site: www.pedagogobrasil.com.br, acessado em 27 Mai 05.

No capítulo onze, do Livro *Problemas de aprendizagem*³⁸, afirma que a escola através do professor e suas observações, e se essas percepções forem registradas poderá o docente, por várias razões:

“a identificação de problemas de saúde que possam estar influenciando no desenvolvimento da criança e conseqüentemente, em seu rendimento escolar; o êxito na busca de soluções para os problemas encontrados porque toma ciência de aspectos desconhecidos; isolar a tempo o aluno que apresente sintomas de doenças transmissíveis; e garantir o não estabelecimento de comparações, já que cada criança tem um ritmo próprio de amadurecimento e suas descobertas são individuais.”(JOSÉ & COELHO.1999).

Continuando o pensamento da Organização Mundial de Saúde - OMS, que define como saúde o estado completo de bem estar físico, mental e social e não simples ausência de saúde. “A saúde é portanto, uma condição que envolvendo o organismo; é o resultado da interação física, mental e do meio ambiente em que a criança vive³⁹.”

A partir desse conceito de saúde em sua totalidade e empregando-o no contexto de ensino-aprendizagem, o educador necessita para facilitar o processo educativo e a apreensão do conhecimento no adolescente, de forma geral, utilizando uma concepção pedagógica que sirva de base estrutural e que acarrete em atitudes saudáveis, de que forma:

Então o conteúdo programático deverá abordar os temas de interesse e que motivam o aprendizado para o adolescente e a partir dele.

Ao educador e a escola de maneira geral deve tentar; segundo Ana Sudária de Lemos SERRA⁴⁰ e Lucimar Rodrigues Coser CANNON⁴¹, no artigo “Pelo andar se faz um caminho! Uma proposta metodológica de Educação em saúde para adolescentes”, retirado da Internet:

³⁸ JOSÉ, Elisabete A.; COELHO, Maria T. *Problemas de aprendizagem*. São Paulo: Ed. Ática, Série Educação, 1999. Cap. 11, p.207

³⁹ JOSÉ, Elisabete A.; COELHO, Op. Cit, 1999, p.208.

⁴⁰ Psicóloga, psicoterapeuta de adolescente, especialista em Violência Doméstica e em Educação Sexual. Pioneira na implementação de Cursos de Adolescentes como Promotores de Saúde. Trabalhou como consultora de PROUNI/UNIA - Adolescente da Universidade de Brasília, para a Fundação Hospitalar do DF para formação de redes de apoio ao adolescente. Foi presidente do Conselho Regional de Psicologia da Região 01. Desde 1994 é consultora técnica/especialista da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem.

⁴¹ Médica, ginecologista, MPH, PhD, especialista em Planejamento de Saúde. Trabalhou como coordenadora de Programas Especiais de Saúde do INAMPS/MPAS, consultora da OPAS para implementação e avaliação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher/PAISM, coordenadora do Programa de Saúde do Adolescente/PROSAD/MS e Coordenadora Geral de Planejamento do Ministério da Saúde. Realizou consultorias internacionais para OPAS na área de saúde do adolescente. Integrou equipes de trabalho para elaboração de programas do FNUAP, UNICEF e outras agências. É conselheira do Conselho Nacional de Saúde e do CONANDA, bem como, membro da Comissão Nacional de População e de Desenvolvimento e do Comitê Assessor do Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente da OMS/Genebra, representando a América Latina. Coordenou a Campanha Nacional de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino (1998) e, atualmente, coordena a Área de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde.

“- Desenvolver a reflexão crítica num processo gradativo e crescente de compreensão de si mesmo e do mundo. Dessa maneira, o conhecimento prévio do adolescente sobre o tema em discussão, *construído a partir daquilo que ele pensa que sabe, de seus valores, crenças, tabus e preconceitos, é enriquecido e, às vezes, mudado com a apreensão de outros elementos. As novas informações conduzem a uma análise mais ampla e aprofundada desse processo; criar um clima de liberdade psicológica de vontade e escolha que comprometa e faça emergir a motivação para a aprendizagem; favorecer o sentimento de confiança na relação profissional e adolescente; permeiar o processo educativo com situações lúdicas e de incentivo à criatividade que favoreçam a manifestação do "espaço potencial criativo" de cada adolescente; facilitar o desenvolvimento da auto-estima; e acatar valores pessoais e sócio culturais do adolescente*".⁴² (Extraído da Internet)

⁴² SERRA e CANNON, Artigo: Pelo andar se faz um caminho! Proposta Metodológica de educação em saúde para adolescentes. Extraído do site: <http://www.adolec.br/bvs/adolec/P/cadernos/capitulo/cap27/cap27.htm>

CAPITULO 3 – CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE O TDAH

3.1 - O TDAH no Adolescente.

O transtorno por déficit de atenção e hiperatividade expõe-se de maneira diferente na adolescência em comparação com a infância.

Entre os adolescentes, freqüentemente, a hiperatividade é menor e o distúrbio caracteriza-se mais por impulsividade contínua e o baixo rendimento escolar. As deficiências sociais anteriores são mais notórias na medida em que as más relações com os companheiros tornam-se mais evidentes e significativas, justamente em pleno processo de amadurecimento, no qual a aceitação pelo grupo de amigos adquire maior importância.

Devido à contínua impulsividade, os comportamentos de alto risco na infância convertem-se em comportamento de risco extraordinariamente altos na adolescência.

Os desafios às regras menores ou ao intento de pôr limites dos pais na infância precoce e média, converte-se, agora, em abuso de drogas, delinqüência, atividade sexual precoce e sem proteção, e comportamento anti-social repetido.

O diagnóstico e tratamento dos distúrbios da atenção do adolescente associam-se a vários fatores que complicam a situação. Devido ao processo de separação e individualização do adolescente, os pais podem não ter uma boa fonte de informação. A comunicação dos estudantes com os professores geralmente complica ao se ter vários professores, nenhum dos quais pode conhecê-lo o suficiente como para estabelecer vínculo afetivo nesse processo ensino-aprendizagem.

Os fatores que favorecem um bom prognóstico em adolescentes com TDAH são a avaliação e a intervenção precoces; compreensão e aceitação próprias de problemas; uma família que apóia e um sistema escolar compreensivo e compatível com o nível de desenvolvimento.

Estes adolescentes estão, especialmente os com TDAH, mais inclinados ao insucesso, pois a demanda é ter habilidade de organização, planejamento, completamento e entregar os trabalhos e esta sujeito à disponibilidade e utilização de suas aptidões cognitivas.

Alguns adolescentes podem apresentar distúrbios emocionais e de comportamento, que se caracterizam por perda do autocontrole e desafio às solicitações e regras dos adultos.

Outro ponto de suma importância é que as comorbidades do TDAH, como os distúrbios depressivos, muitas vezes não são identificados por pais e professores e podem apresentar-se como fracasso escolar sem especificação e ou através do isolamento social.

Além disso, há muitos professores que fazem questão de passar uma imagem muito negativa, de alguns alunos ou mesmo de uma sala inteira, aos seus colegas de profissão. Todos nós sabemos a influência que um pré-conceito pode gerar em novas situações.

Desta maneira, os novos educadores já vão àquela sala esperando lidar com delinquentes mirins, sem dar-se ao luxo de estabelecer um novo tipo de relação. Infelizmente, são professores que não conseguem lidar com as dificuldades de sua profissão e que passam a influenciar os colegas contra as crianças ou adolescentes com TDAH. Não estamos falando que os alunos em questão sejam fáceis ou anjinhos e os professores os únicos culpados.

Muitas vezes, a proposta educacional, ou seja, o plano pedagógico da escola não dá margem ao diálogo. Os alunos adolescentes sejam eles TDAH ou não necessitam participar das decisões. Assim, o aluno mais sensível, de acordo com uma visão que tenta ser politicamente correta de alguns educadores, mas que reforça o preconceito, reagem negativamente, causando boicotes e tornando-se inadequados.

Evidentemente, os alunos devem aprender desde a mais tenra infância a abrir mão, em alguns momentos, da realização direta de seus desejos, para que possam estar em grupo e viver numa comunidade, ou seja, ter limites. Todavia, um dos papéis de educador não é exatamente o de possibilitar esse crescimento e amadurecimento para as relações pessoais por parte dos alunos?

Alguns dirão que a educação e os ensinamentos de limites são papéis das famílias. Têm razão os que assim pensam. Acontece que as famílias têm tido pouco tempo e não conseguem exercer o seu papel de educação das crianças.

A indisciplina, a agressividade, a inquietação e o mau-humor são sintomas que podem indicar problemas psicológicos de crianças e adolescentes, como no caso da hiperatividade apresentados por alguns alunos.

Entretanto, antes de determinarmos que todos os alunos com determinado tipo de comportamento inadequado “aos divãs de psicólogos” devem analisar se os problemas não estão mais relacionados aos adultos, à equipe de educadores das escolas, enfim, ao plano pedagógico e às relações estabelecidas pelos adultos e os seus alunos.

Concluindo, ressaltamos a importância de uma análise de uma equipe multimodal e de qualificações constantes para melhorar o desempenho dos educadores. A reciclagem é uma das principais ações que as escolas deveriam ofertar aos seus profissionais, incluindo os funcionários que, diga-se de passagem, exercem importantes papéis de educadores. Enfim, a questão da disciplina e dos relacionamentos entre professores e alunos não deixa de ser um tema de Educação Preventiva. Assim, deve estar em constante pauta de trabalho e aperfeiçoamento pelas equipes docentes das entidades de ensino.

3.2 - Características do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade

O Transtorno tem incidência de 3 a 5 % da população escolar infantil, comprometendo o desempenho, dificultando as relações interpessoais e provocando baixa auto-estima. (SMITH e STRICK, 2001).

Autores lembram que há uma maior incidência na população masculina:

“Segundo pesquisas recentes, a proporção meninos/meninas é no máximo de dois meninos para cada menina com TDAH. A razão da diferença na proporção de meninos/meninas entre os estudos antigos e recentes é simples: as meninas tendem a apresentar mais TDAH com predomínio de sintomas de desatenção; portanto, incomodam menos na escola e em casa do que os meninos, sendo então menos levadas à avaliação em serviços de saúde mental”⁴³. (RODHE & BENCZIK, 1999, p. 45).

As crianças e os adolescentes com TDAH parecem a primeira vista ter dificuldades em prestar atenção e concentração, mas na verdade elas prestam atenção a tudo. O que não possuem é a capacidade para planejar com antecedência, focalizar a atenção seletivamente e organizar respostas rápidas.

O TDAH é um problema comum e se caracteriza por dificuldades em manter a atenção, inquietação acentuada e impulsividade. É também denominado de DDA (Disfunção de Déficit de Atenção).

⁴³ ROHDE, L.A.P. BENCZIK, E.B.P. Transtorno Déficit de Atenção - O que é? Como ajudar?. Porto Alegre. RS: Artes Médicas, 1999.

O Adolescente com TDAH provavelmente foi diagnosticado na infância, dos 6 aos 10 anos, associado as dificuldades na escola e nos relacionamento com as demais pessoas, colegas de sala, pais e professores. Muitos têm um comportamento desafiador e opositivo associado, não respeitam limites e enfrentam ativamente os adultos. Se diagnosticado na fase da adolescência, propriamente dita, o diagnóstico se tornará mais difícil, pois as características dessa fase podem ser confundidas com alguns sintomas do TDAH, por esse motivo deve-se ter muita cautela.

Se for um TDAH genuíno, os sintomas apareceram desde nenenzinho, tal como: se mexer muito durante o sono, ser estabados quando começam a andar, podendo apresentar um atraso para falar e trocam as letras por um tempo maior que o normal, porém apenas esses sintomas não é suficientes para a definição do quadro de hiperatividade.

Na escola é que a criança ou adolescente hiperativo vão demonstrar as características que definem a doença, como:

- Dificuldade em se concentrar; não conseguir ficar envolvida com uma coisa só;
- Movimentar-se e conversar constantemente.
- Ter atitudes de impulsividade, que se caracteriza por não pensar antes de agir podendo provocar situações perigosas, como atravessar a rua sem antes olhar.

A difícil aprendizagem na escola agrava a hiperatividade: se a criança não prospera em suas tarefas, fica desmotivada e com a sua auto-estima abalada, sentindo frustração, ocasionando excitação, raiva, sentimentos mais intensos, que as das crianças comuns.

3.3 – Causas dos Transtornos Déficit de Atenção e Hiperatividade

Para alguns estudiosos esse distúrbio é de origem genética e é causado pela pouca produção de Catecolaminas ou seja, adrenalina e noradrenalina, que é uma classe de neurotransmissores responsáveis pelo controle de diversos sistemas neurais no cérebro, incluindo aqueles que governam a atenção, o comportamento motor e a motivação.

Uma visão de base neurológica para o TDAH é que baixos níveis de catecolaminas resultam em uma hipoativação desses sistemas. Assim sendo, os indivíduos afetados não podem ajustar sua atenção, seus níveis de atividade, seus

impulsos emocionais ou suas respostas a estímulos no ambiente tão efetivamente quanto às pessoas com sistemas nervosos normais.

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

Varias são as hipóteses que tentam explicar as causas da hiperatividade.

Embora a responsabilidade sobre a causa do TDAH geralmente caia sobre toxinas que ao serem introduzidas no organismo humano, geralmente de forma incidental, podem desencadear respostas imunológicas em graus variados, eventualmente causando a morte, problemas no desenvolvimento, alimentação, hereditariedade, ferimento e malformação, as pesquisas mostram diferenças significativas nas estruturas e no funcionamento do cérebro de pessoas com TDAH, particularmente nas áreas do hemisfério direito do cérebro, no córtex pré-frontal e gânglios da base, corpo caloso e cerebelo.

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

“A hiperatividade pode manifestar-se também como sintoma isolado, mas a incidência de comorbidades, definida pela ocorrência de dois ou mais problemas de saúde, em indivíduos portadores do TDAH é muito alta geralmente sendo acompanhada por outros problemas de saúde mental”. (ROHDE E BENCZIK, 1999).

Tanto pode ocorrer em crianças de famílias com tendência a problemas psiquiátricos como em famílias normais.

Nem sempre os pais admitem que o filho é hiperativo. Muitos tem a crença de que a criança é esperta demais e, por isso, está sempre interessada em novidades. Além disso, eles acreditam que o tratamento com medicamentos pode tirar a espontaneidade do pequeno.

Segundo Goldstein (1998), muitos desses problemas de conduta acontecem com crianças, principalmente, pela falta de habilidades dos pais e professores.

Embora algumas delas sejam gentis e simpáticas, a maioria apresenta-se desconfiada, agressiva, impopular entre os colegas e acaba se tornando, de certa forma, uma criança anti-social. Podendo desenvolver hábitos mais graves, como mentir e roubar, devido ao excesso de repreensões e castigos.

Acredita-se que com um diagnóstico adequado e de qualidade, por parte da equipe multidisciplinar e o tratamento correto, poderemos diminuir esse universo de dificuldades como: repetência escolar, abandono de estudos, depressão, distúrbios de comportamento, problemas vocacionais e de relacionamento, bem como o uso de drogas, podem ser adequadamente tratados e até mesmo evitados.

CAPITULO IV - CRITÉRIOS⁴⁴ PARA DIAGNÓSTICO⁴⁵

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

Para iniciar o diagnóstico, o médico procura observar o comportamento social da criança, suas atividades na escola e no lar, as influências do meio em sua conduta. Fazem-se também exames para verificar se existe alguma doença no sistema nervoso central que exija tratamento. Alguns testes podem esclarecer problemas ligados à aprendizagem, envolvendo a percepção e a linguagem.

Os critérios listados abaixo são os critérios da Associação Americana de Psiquiatria utilizada oficialmente para a definição do diagnóstico de TDAH em crianças, adolescentes e adultos, tanto no Brasil como no resto do mundo.

4.1 – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade segundo o DSM – IV⁴⁶.

4.1.1 – Critérios Diagnósticos.

A característica essencial do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais freqüente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento (Critério A). Alguns sintomas hiperativo-impulsivos que causam prejuízo devem ter estado presentes antes dos 7 anos, mas muitos indivíduos são diagnosticados depois, após a presença dos sintomas por alguns anos (Critério B).

Algum prejuízo devido aos sintomas deve estar presente em pelo menos dois contextos (por ex., em casa e na escola ou trabalho) (Critério C). Deve haver claras evidências de interferência no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional

⁴⁴ do Grego. *kritérion*, o que serve para julgar, s. m., conjunto de caracteres, pelos quais a verdade se distingue do erro; discernimento crítico; raciocínio; juízo; modo de apreciar coisas e pessoas.

⁴⁵ do Grego. *diagnostikós*, capaz de discernir, s. m., conhecimento ou determinação de uma doença pela observação dos sintomas; conjunto dos sintomas que servem de base a essa determinação; adj., relativo ao diagnóstico ou à diagnose.

⁴⁶ APA - American Psychiatric Association - Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais. DSM IV. (Tradução de Dayse Batista, Supervisão da Tradução: Alceu Filmann). Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

apropriado em termos evolutivos (Critério D). A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento⁴⁷, Esquizofrenia⁴⁸ ou outro Transtorno Psicótico e não é melhor explicada por um outro transtorno mental (por ex., Transtornos do Humor⁴⁹, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno da Personalidade⁵⁰) (Critério E).

A desatenção pode manifestar-se em situações escolares, profissionais ou sociais. Os indivíduos com este transtorno podem não prestar muita atenção a detalhes ou podem cometer erros por falta de cuidados nos trabalhos escolares ou outras tarefas (Critério A1a).

O trabalho freqüentemente é confuso e realizado sem meticulosidade nem consideração adequada. Os indivíduos com freqüência têm dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas e consideram difícil persistir em tarefas até seu término (Critério A1b).

Eles freqüentemente dão a impressão de estarem com a mente em outro local, ou de não escutarem o que recém foi dito (Critério A1c).

⁴⁷ Os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento caracterizam-se por prejuízo severo e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação, ou presença de comportamento, interesses e atividades estereotipados. Esses transtornos em geral se manifestam nos primeiros anos de vida e freqüentemente estão associados com algum grau de Retardo Mental. Os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento são observados, por vezes, com um grupo de várias outras condições médicas gerais (por ex., anormalidades cromossômicas, infecções congênicas e anormalidades estruturais do sistema nervoso central). Embora termos como "psicose" e "esquizofrenia da infância" já tenham sido usados com referência a indivíduos com essas condições, evidências consideráveis sugerem que os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento são distintos da Esquizofrenia (entretanto, um indivíduo com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ocasionalmente pode, mais tarde, desenvolver Esquizofrenia).

⁴⁸ A Esquizofrenia é uma doença da Personalidade total que afeta a zona central do eu e altera toda estrutura vivencial. Culturalmente o esquizofrênico representa o estereotipo do "louco", um indivíduo que produz grande estranheza social devido ao seu desprezo para com a realidade reconhecida. Agindo como alguém que rompeu as amarras da concordância cultural, o esquizofrênico menospreza a razão e perde a liberdade de escapar às suas fantasias.

⁴⁹ Transtorno do Humor segundo DSM.IV, para melhor entendimento, abaixo relaciona-se aos Transtornos do Humor e, depois, consulte as descrições específicas. O Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico, o Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação, Transtorno de Ajustamento com Humor Deprimido ou Transtorno de Ajustamento Misto de Ansiedade e Depressão, Transtorno Bipolar I e o Transtorno Bipolar II, acompanhado por pelo menos um Episódio Hipomaniaco. O Transtorno Ciclotímico. Um Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral é caracterizado por uma perturbação proeminente e persistente do humor, considerada uma conseqüência fisiológica direta de uma condição médica geral, pode ser induzido por substância caracteriza-se por uma perturbação proeminente e persistente do humor, considerada uma conseqüência fisiológica direta de uma droga de abuso, um medicamento, outro tratamento somático para a depressão ou exposição a uma toxina.

⁵⁰ A Organização Mundial de Saúde trata o assunto sob o título de Transtornos da Personalidade e de Comportamentos, especificando-os nos títulos de F60 até F69 na Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Descreve tais transtornos da seguinte maneira: "*Estes tipos de condição* (Transtornos de Personalidade) abrangem padrões de comportamento profundamente arraigados e permanentes, manifestando-se como respostas inflexíveis a uma ampla série de situações pessoais e sociais. Eles representam desvios extremos ou significativos do modo como o indivíduo médio, em uma dada cultura, percebe, pensa, sente e, particularmente, se relaciona com os outros. Tais padrões de comportamento tendem a ser estáveis e a abranger múltiplos domínios de comportamento e funcionamento psicológico. Eles estão freqüentemente, mas não sempre, associados a graus variados de angústia subjetiva e a problemas no funcionamento e desempenho sociais".

Pode haver freqüentes mudanças de uma tarefa inacabada para outra. Os indivíduos diagnosticados com este transtorno podem iniciar uma tarefa, passar para outra, depois voltar a atenção para outra coisa antes de completarem qualquer uma de suas incumbências. Eles freqüentemente não atendem a solicitações ou instruções e não conseguem completar o trabalho escolar, tarefas domésticas ou outros deveres (Critério A1d).

O fracasso para completar tarefas deve ser considerado, ao fazer o diagnóstico, apenas se ele for devido à desatenção, ao invés de outras possíveis razões (por ex., um fracasso para compreender instruções).

Esses indivíduos com freqüência têm dificuldade para organizar tarefas e atividades (Critério A1e).

As tarefas que exigem um esforço mental constante são vivenciadas como desagradáveis e acentuadamente aversivas. Por conseguinte, esses indivíduos em geral evitam ou têm forte antipatia por atividades que exigem dedicação ou esforço mental prolongados ou que exigem organização ou concentração (por ex., trabalhos escolares ou burocráticos) (Critério A1f).

Esta evitação deve ocorrer por dificuldades da pessoa com a atenção, e não devido a uma atitude oposicional primária, embora uma oposição secundária possa também ocorrer.

Os hábitos de trabalho freqüentemente são desorganizados e os materiais necessários para a realização da tarefa com freqüência são espalhados, perdidos ou manuseados com descuido e danificados (Critério A1g).

Os indivíduos com este transtorno são facilmente distraídos por estímulos irrelevantes e habitualmente interrompem tarefas em andamento para dar atenção a ruídos ou eventos triviais que em geral são facilmente ignorados por outros (por ex., a buzina de um automóvel, uma conversa ao fundo) (Critério A1h).

Eles freqüentemente se esquecem de coisas nas atividades diárias (por ex., faltar a compromissos marcados, esquecer de levar o lanche para o trabalho ou a escola) (Critério A1i).

Nas situações sociais, a desatenção pode manifestar-se por freqüentes mudanças de assunto, falta de atenção ao que os outros dizem, distração durante as conversas e falta de atenção a detalhes ou regras em jogos ou atividades.

A hiperatividade pode manifestar-se por inquietação ou remexer-se na cadeira (Critério A2a), por não permanecer sentado quando deveria (Critério A2b), por correr

ou subir excessivamente em coisas quando isto é inapropriado (Critério A2c), por dificuldade em brincar ou ficar em silêncio em atividades de lazer (Critério A2d), por freqüentemente parecer estar "a todo vapor" ou "cheio de gás" (Critério A2e) ou por falar em excesso (Critério A2f).

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

Em adolescentes e adultos, os sintomas de hiperatividade assumem a forma de sensações de inquietação e dificuldade para envolver-se em atividades tranquilas e sedentárias.

A impulsividade manifesta-se como impaciência, dificuldade para protelar respostas, responder precipitadamente, antes de as perguntas terem sido completadas (Critério A2g), dificuldade para aguardar sua vez (Critério A2h) e interrupção freqüente ou intrusão nos assuntos de outros, ao ponto de causar dificuldades em contextos sociais, escolares ou profissionais (Critério A2i).

Outros podem queixar-se de dificuldade para se expressar adequadamente. Os indivíduos com este transtorno tipicamente fazem comentários inoportunos, interrompem demais os outros, metem-se em assuntos alheios, agarram objetos de outros, pegam coisas que não deveriam tocar e fazem palhaçadas.

A impulsividade pode levar a acidentes (por ex., derrubar objetos, colidir com pessoas, segurar inadvertidamente uma panela quente) e ao envolvimento em atividades potencialmente perigosas, sem consideração quanto às possíveis conseqüências (por ex., andar de skate em um terreno extremamente irregular).

As manifestações comportamentais geralmente aparecem em múltiplos contextos, incluindo a própria casa, a escola, o trabalho ou situações sociais. Para fazer o diagnóstico, algum prejuízo deve estar presente em pelo menos dois contextos (Critério C).

É raro um indivíduo apresentar o mesmo nível de disfunção em todos os contextos ou dentro do mesmo contexto em todos os momentos.

Os sintomas tipicamente pioram em situações que exigem atenção ou esforço mental constante ou que não possuem um apelo ou novidade intrínsecos (por ex., escutar professores, realizar deveres escolares, escutar ou ler materiais extensos ou trabalhar em tarefas monótonas e repetitivas). Os sinais do transtorno podem ser mínimos ou estar ausentes quando o indivíduo se encontra sob um controle rígido, está em um contexto novo, está envolvido em atividades especialmente interessantes, em uma situação a dois (por ex., no consultório do médico) ou enquanto recebe recompensas freqüentes por um comportamento apropriado.

Os sintomas⁵¹ são mais prováveis em situações de grupo (por ex., no pátio da escola, sala de aula ou ambiente de trabalho). O clínico deve indagar, portanto, acerca do comportamento do indivíduo em uma variedade de situações, dentro de cada contexto. Todos os critérios diagnósticos tem base no DSM – IV.

4.1.2 – Subtipos segundo Critérios da DSM-IV.

Embora a maioria dos indivíduos apresente sintomas tanto de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade, existem alguns indivíduos nos quais há predominância de um ou outro padrão. O subtipo apropriado (para um diagnóstico atual) deve ser indicado com base no padrão predominante de sintomas nos últimos 6 meses.

- F90.0 - 314.01 TDAH - Tipo Combinado.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção e seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade persistem há pelo menos 6 meses. A maioria das crianças e adolescentes com o transtorno tem o Tipo Combinado. Não se sabe se o mesmo vale para adultos com o transtorno.

- F98.8 - 314.00 TDAH -Tipo predominantemente Desatento.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção (mas menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade) persistem há pelo menos 6 meses.

- F90.0 - 314.01 TDAH - Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade (mas menos de seis sintomas de desatenção) persistem há pelo menos

⁵¹ Palavra proveniente do Grego. *Sýmptoma*, substantivo masculino, fenômeno ou sinal que revela uma lesão ou perturbação funcional de um órgão; fig., indício; presságio.

6 meses. A desatenção pode, com frequência, ser um aspecto clínico significativo nesses casos.

O transtorno não é infreqüente entre indivíduos com Transtorno de Tourette⁵²; quando os dois transtornos coexistem, o início do TDAH freqüentemente precede o início do Transtorno de Tourette⁵³. Pode existir uma história de abuso ou negligência à criança, múltiplas colocações em lares adotivos, exposição a neurotoxinas (por ex., envenenamento por chumbo), infecções (por ex., encefalite) exposição a drogas in útero, baixo peso ao nascer e Retardo Mental.

- Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.

Não existem aspectos físicos específicos associados com o TDAH, embora anomalias físicas menores (por ex., hipertelorismo, palato altamente arqueado, orelhas com baixa inserção) possam ocorrer em uma proporção superior à da população em geral. Também pode haver uma taxa superior de ferimentos físicos.

- Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero.

O TDAH ocorre em várias culturas, sendo que as variações na prevalência relatada entre os países ocidentais provavelmente decorrem mais de diferentes práticas diagnósticas do que de diferenças na apresentação clínica.

É especialmente difícil estabelecer o diagnóstico em crianças com menos de 4 ou 5 anos, pelo fato de seu comportamento característico ser muito mais variável do que o de crianças mais velhas e incluir, possivelmente, aspectos similares aos sintomas do transtorno. Além disso, em geral é difícil observar sintomas de desatenção em bebês e crianças pré-escolares, porque as crianças jovens tipicamente sofrem poucas exigências de atenção prolongada. Entretanto, mesmo a atenção de criança

⁵² Tourette, Gilles de la, as características essenciais do Transtorno de Tourette são múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais. Esses podem aparecer simultaneamente ou em diferentes períodos, durante a doença. Os tiques ocorrem muitas vezes ao dia, de forma recorrente, ao longo de um período superior a 1 ano. Durante este período, jamais houve uma fase livre de tiques superior a 3 meses consecutivos. A perturbação causa acentuado sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo. O início do transtorno ocorre antes dos 18 anos de idade. A localização anatômica, o número, a frequência, a complexidade e a gravidade dos tiques mudam com o tempo. Eles tipicamente envolvem a cabeça e, com frequência, outras partes do corpo, tais como tronco e membros inferiores. Os tiques vocais incluem várias palavras ou sons como estalos, grunhidos, ganidos, fungadas, espirros e tosse. Pode haver a presença de tiques motores complexos envolvendo toques, agachar-se, fazer profundas flexões dos joelhos, refazer os próprios passos e girar o tronco enquanto caminha. Em aproximadamente metade dos indivíduos com este transtorno, os primeiros sintomas são surtos de um tique isolado, mais freqüentemente piscar os olhos, menos comumente tiques envolvendo uma outra parte da face ou do corpo. Os sintomas iniciais também podem incluir a protrusão da língua, agachar-se, fungar, saltitar, pular, pigarrear, gaguejar, vocalização de sons ou palavras e coprolalia. Os outros casos iniciam com sintomas múltiplos.

pequenas pode ser mantida em uma variedade de situações (por ex., a criança típica de 2 ou 3 anos de idade em geral consegue ficar sentada com um adulto, olhando livros de figuras).

Em comparação, crianças pequenas com TDAH movem-se excessivamente, sendo em geral difícil contê-las. Indagar sobre uma ampla variedade de comportamentos em uma criança pequena pode ser útil para assegurar-se da obtenção de um quadro clínico completo. À medida que as crianças amadurecem, os sintomas geralmente se tornam menos conspícuos. Ao final da infância e início da adolescência, os sinais de excessiva atividade motora ampla (por ex., correr ou escalar excessivamente, não conseguir permanecer sentado) passam a ser menos comuns, podendo os sintomas de hiperatividade limitar-se à inquietação ou uma sensação íntima de agitação ou nervosismo.

Em crianças em idade escolar, os sintomas de desatenção afetam o trabalho em sala de aula e o desempenho acadêmico. Os sintomas de impulsividade também podem levar ao rompimento de regras familiares, interpessoais e educacionais, especialmente na adolescência. O transtorno é muito mais freqüente no sexo masculino, com as razões masculino-feminino sendo de 4:1 a 9:1, dependendo do contexto (isto é, população geral ou clínicas).

- Curso.

A maioria dos pais observa pela primeira vez o excesso de atividade motora quando as crianças ainda estão engatinhando, freqüentemente coincidindo com o desenvolvimento da locomoção independente. Entretanto, uma vez que muitos bebês hiperativos não desenvolvem o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, deve-se ter cautela ao fazer este diagnóstico em uma idade muito precoce. Geralmente, o transtorno é diagnosticado pela primeira vez durante as primeiras séries, quando o ajustamento à escola está comprometido.

Na maioria dos casos observados nos contextos clínicos, o transtorno é relativamente estável durante o início da adolescência. Na maioria dos indivíduos, os sintomas atenuam-se durante o final da adolescência e idade adulta, embora uma minoria dessas pessoas experiencie o quadro sintomático completo de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade até os anos intermediários da idade adulta. Outros adultos podem reter alguns dos sintomas, aplicando-se nestes casos um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade,

- Padrão Familiar.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é encontrado com maior frequência nos parentes biológicos em primeiro grau de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Os estudos também sugerem que existe uma prevalência superior de Transtornos do Humor e de Ansiedade, Transtornos da Aprendizagem, Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtorno da Personalidade Anti-Social nos membros das famílias de indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

- Diagnóstico Diferencial.

Na infância, pode ser difícil distinguir entre os sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e comportamentos apropriados à idade em crianças ativas (por ex., correrias e barulho excessivo).

Os sintomas de desatenção são mais comuns entre crianças com baixo QI colocadas em contextos escolares em desacordo com sua capacidade intelectual. Esses comportamentos devem ser diferenciados de sinais similares em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Em crianças com Retardo Mental, um diagnóstico adicional de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade deve ser feito apenas se os sintomas de desatenção ou hiperatividade forem excessivos para a idade mental da criança. A desatenção em sala de aula pode também ocorrer quando crianças com alta inteligência são colocadas em ambientes escolares pouco estimuladores.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade também deve ser diferenciado da dificuldade no comportamento dirigido a objetivos em crianças oriundas de ambientes inadequados, desorganizados ou caóticos. Relatos de múltiplos informantes (por ex., babás, avós ou pais de companheiros de brincadeiras) são úteis para o oferecimento de uma confluência de observações acerca da desatenção, hiperatividade e capacidade de auto-regulagem adequada ao nível de desenvolvimento da criança em vários contextos.

Indivíduos com comportamento opositivo podem resistir ao trabalho ou tarefas escolares que exigem autodedicação, em razão da relutância em conformar-se às exigências dos outros. Esses sintomas devem ser diferenciados da evitação de tarefas escolares vista em indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Complicando o diagnóstico diferencial está o fato de que alguns indivíduos com

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade desenvolvem atitudes oposicionais secundárias em relação a essas tarefas e desvalorizam sua importância, freqüentemente como uma racionalização para seu fracasso.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade não é diagnosticado se os sintomas são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno da Personalidade, Transtorno Dissociativo, Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, ou um Transtorno Relacionado a Substância). Em todos esses transtornos, os sintomas de desatenção tipicamente iniciam após os 7 anos de idade, e a história do ajustamento à escola na infância geralmente não se caracteriza por um comportamento disruptivo ou queixas de professores envolvendo comportamento desatento, hiperativo ou impulsivo.

Quando um Transtorno do Humor ou Transtorno de Ansiedade ocorre concomitantemente com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, cada um deles deve ser diagnosticado. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade não é diagnosticado se os sintomas de desatenção e hiperatividade ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou um Transtorno Psicótico.

Os sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade relacionados ao uso de medicamentos (por ex., broncodilatadores, isoniazida, acatisia por neurolépticos) em crianças com menos de 7 anos de idade não são diagnosticados como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, mas sim como Transtorno Relacionado a Outras Substâncias, Sem Outra Especificação.

4.1.3 - Segundo o CID – 10 - Denomina-se Transtornos Hiperkinéticos⁵⁴:

- F90 Transtornos hiperkinéticos:

Grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hiperkinéticas são freqüentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e

⁵⁴ Organização Mundial de Saúde, Classificação de transtornos mentais e de comportamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são freqüentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais.

São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham freqüentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e uma perda de auto-estima. **Exclui:** Esquizofrenia; Transtornos: ansiosos, globais do desenvolvimento, humor afetivos.

- F90.0 Distúrbios da atividade e da atenção:

- Síndrome de déficit da atenção com hiperatividade.
- Transtorno de déficit da atenção com hiperatividade.
- Transtorno de hiperatividade e déficit da atenção

Exclui: Transtorno hipercinético associado a transtorno de conduta (F90.1)

- F90.1 Transtorno hipercinético de conduta

- Transtorno hipercinético associado a transtorno de conduta

- F90.8 Outros transtornos hipercinéticos.

- F90.9 Transtorno hipercinético não especificado.

- Reação hipercinética da infância ou da adolescência SOE
- Síndrome hipercinética SOE

4.2 – Conseqüências do TDAH.

As pessoas que apresentam sintomas de TDAH na infância demonstram uma probabilidade maior de desenvolver problemas relacionados com o comportamento de oposição sistemática, delinqüência, transtornos de conduta, depressão e ansiedade.

Relatos sobre pessoas com TDAH, mostram que eles enfrentam problemas sérios de comportamento anti-social, desempenho educacional e profissional pouco satisfatório, depressão, ansiedade e se não diagnósticos precocemente, poderão fazer uso ou abuso de substâncias tóxicas, tais como drogas ilícitas como a maconha, os derivados de cocaína, etc.

A maioria dos adultos de hoje que não tiveram diagnóstico quando crianças cresceram lutando com uma deficiência que demonstra sintomas similares aos

apresentados pelas crianças. São freqüentemente inquietos, facilmente distraídos, lutam para conseguir manter o nível de atenção, são impulsivos e impacientes e, por isso, no ambiente de trabalho não conseguem alcançar boa posição profissional compatível com sua educação familiar ou habilidade intelectual.

Pelo que foi divulgado nesse capítulo desse estudo, constatamos que a análise de TDAH pede uma avaliação ampla e cuidadosa. Não se pode deixar de considerar e avaliar outras causas para o problema. Para tanto, é preciso estar atento à presença de distúrbios concomitantes.

Com muita constância, escuta-se de profissionais da área da educação que o comprometimento em se fazer um diagnóstico médico não se manifesta, em geral, em prerrogativas práticas expressivas, nem para o educando nem para o educador.

Esta idéia de rotular as dificuldades que uma criança ou adolescente tem devido ao TDAH, tem aceitação entre alguns profissionais com pouca ou nenhuma compreensão dessa temática.

A educador comprometido com a educação poderá em primeiro lugar, encaminhar o adolescente ou a criança a um neurologista, pois este tem instrumentos que lhe permitem definir melhor o prejuízo presente e apontar, eventualmente, caminhos a serem seguidos no processo de habilitação. Como um neurocientista, tem a possibilidade e a capacitação de através do exame clínico e dos recursos propedêuticos existentes e disponíveis, de identificar inúmeras condições que podem conduzir a prejuízos na área da educação.

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

Ultimamente, há uma concordância no sentido de que se faz mais útil enfatizar e tentar investir nas suas habilidades. A identificação do diagnóstico funcional e sindrômico pode auxiliar, ao mesmo tempo, a distinguir condições neurológicas progressivas que podem manifestar-se, primeiramente, de modo muito perspicaz, por vezes através de um distúrbio do comportamento e ou da aprendizagem escolar.

Compete ainda ao neurologista a prescrição de medicação adequada que poderão, trazer benefícios aos alunos TDAH, melhorando, inclusive, a aprendizagem e ou minimizando problemas comportamentais presentes e que podem interferir muito

com a atividade escolar de alguns deles. O diagnóstico também pode ser feito por um médico da área de psiquiatria.

O aspecto mais importante do processo de diagnóstico é um cuidadoso histórico clínico e do desenvolvimento da criança. Deve incluir dados coletados com professores e outros adultos que, via de regra, interagem de maneira constante com a pessoa avaliada.

4.3 - Tratamento

É de consenso fazer um trabalho multidisciplinar envolvendo pais, professores e terapeutas. Que juntos iram fazer um planejamento quanto às estratégias e intervenções que serão implementadas para o atendimento desse aluno, envolvendo a modificação do ambiente, a adaptação do currículo, a flexibilidade na realização e apresentação de tarefas, a adequação do tempo de atividade, administração e acompanhamento de medicação, etc..

“A maneira mais eficiente de tratar o TDAH é através de trabalho de grupo, que envolve tanto abordagens individuais com o portador como medicação, acompanhamento psicológico, terapias específicas, técnicas pedagógicas adequadas; e estratégias para as outras pessoas que convivem com ele como terapia para os pais ou família, esclarecimento sobre o assunto para pais e professores, treinamento de profissionais especializados”⁵⁵. (GOLDSTEIN, 1994).

Essa equipe devera estar entrosada e ter o mesmo objetivo que é desenvolver o potencial do jovem com TDAH para que este ande de forma adequada e gratificante em sua vida. Para que isso aconteça será necessário essa equipe manter uma estreita comunicação o que vai fortalecer esse processo terapêutico.

4.3.1 – Medicamentos.

Paradoxalmente, a medicina observou que o ideal é a utilização de medicamentos excitantes, como as anfetaminas, medicamento que acalma o comportamento hiperativo da criança, mas com efeitos colaterais graves, como a hipertensão, hepatite ou perda de apetite.

⁵⁵ GOLDSTEIN, S.; GOLDSTEIN, M. Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. Tradução: Maria Celeste Marcondes. São Paulo: Papyrus, 1994, p.63)

O medicamento padrão por excelência é o cloridrato de metilfenidato, mas conhecido como Ritalim, no tratamento do TDAH Infantil, sendo o mais utilizado pelos médicos, e, na psiquiatria infantil, é a droga mais bem estudada, como qualquer droga apresenta efeitos colaterais como falta de apetite, insônia, e retardo no crescimento corporal. O tratamento é feito por um período mínimo de dois anos, mas deve durar até a adolescência, quando os sintomas diminuem ou desaparecem, graças ao amadurecimento do cérebro, que equilibra a produção da dopamina

4.3.2 - Dilemas Terapêuticos:

O estudo multimodal de tratamento do TDAH demonstrou que essa comorbidade é a única na qual a utilização de intervenções psicossociais (terapia-comportamental) determinam um tamanho efeito tanto nos sintomas básicos do transtorno quanto em indicadores mais gerais de funcionamento similares ao uso adequado de estimulantes. No que tange a intervenções farmacológicas, a experiência clínica sugere o uso de metilfenidato associado a inibidores seletivos da recaptura de serotonina (ISRS) na presença dessa comorbidade, já que há evidência da eficácia em quadros de ansiedade. Os antidepressivos tricíclicos podem ser uma alternativa, já que há evidências de sua eficácia em ambos os transtornos de ansiedade. Existem, na literatura mundial, alguns relatos de morte súbita em crianças em uso de desipramina. Muito provavelmente essas mortes não se relacionam diretamente ao uso da medicação. Entretanto, por cautela, deve-se sempre monitorizar, através de eletrocardiograma, qualquer criança recebendo antidepressivos tricíclicos, antes e durante o tratamento⁵⁶. (ROHDE e outros, p. 126).

Aumenta a cada dia o reconhecimento da eficiência dos tratamentos na redução dos sintomas imediatos, no entanto os pesquisadores acreditam que, somente reduzir os sintomas dos portadores de TDAH não traz resultados satisfatórios em longo prazo. Portanto, os tratamentos são aplicados para permitir alívio dos sintomas, enquanto se trabalha no sentido de auxiliar a pessoa a construir uma vida bem sucedida ao máximo.

4.4 - Outras abordagens terapêuticas

A massagem vem se evidenciando como um tratamento alternativo junto a pacientes com TDAH. Os alunos passaram por uma sessão de massagem ou uma terapia de relaxamento durante 10 dias escolares consecutivos.

Os autores do estudo (FIELD, HERNANDEZ, KOSLOVSKY, 1998), registraram que o grupo que recebeu massagem ficava mais alegre e menos inquieto após as sessões. Após duas semanas de experiência, os professores relataram que esses alunos estavam permanecendo mais tempo envolvidos com suas tarefas e demonstravam comportamento em sala de aula menos hiperativo do que

⁵⁶ ROHDE, L.A. e outros. Transtornos de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações terapêuticas. Revista de Psiquiatria Clínica. 31 (3), p. 126. 2004.

anteriormente. A psicomotricidade trabalha com a movimentação da criança hiperativa com a finalidade de manter o controle da criança sobre seus movimentos prevenindo ou corrigindo dificuldades apresentadas. Técnicas de relaxamento podem auxiliar crianças hiperativas de mais idade, tais como: Yoga, Tai-chi-chuan, Liangong, Meditação. O aprendizado dessas técnicas de relaxamento traz um maior controle sobre a agitação. Outro tratamento alternativo é com Florais de Bach não sendo reconhecido como medicação pela Associação Médica, mas é uma constante a informação pelos pais de melhora significativa das crianças tratadas com eles. Porém, é necessário buscar informação séria e vasta para sua utilização.

A terapia do comportamento procura adaptar a criança ao seu ambiente, interferindo no comportamento da criança hiperativa e também dos que o cercam. Dessa forma, grande parte da responsabilidade do resultado e das atividades da criança recai sobre os pais, professores e outros adultos que convivem com a criança. Todos devem receber orientação psicológica.

Unicamente um pequeno número de crianças consegue superar sozinhas, sem tratamento, parte do problema da hiperatividade (TDAH). É importante diagnosticar o problema o mais cedo possível, pois o comportamento da criança variará conforme o tratamento.

CAPITULO 5 - RECOMENDAÇÕES AOS PAIS.

Os pais não devem se assustar com o diagnóstico e sim ajudar para o ajustamento adequado do TDAH e fazer parte do tratamento, saber mais sobre esse transtorno, etc.

Os profissionais técnicos da equipe multidisciplinar deverão montar um programa de treinamento para os pais dos alunos com TDAH, com linguagem fácil de se entender, folders, divulgações de variadas formas.

Para que esses pais compreendam que o conhecimento necessário sobre o Transtorno em si, fará esse familiar dominar em casa os comportamentos resultantes do TDAH, mostrar coerência em suas ações e mostrar que está apoiando o seu filho, pois como foi dito, este não é apenas um problema que pode ser curado. O distúrbio afetará a criança durante toda sua vida.

É de responsabilidade dos pais ou de quem cuida do Jovem, ficar na intermediação entre a escola e a equipe multidisciplinar, dando instruções positivas.

Os familiares envolvidos não podem esquecer de recompensar amplamente o comportamento adequado, de forma imediata. Aprender a planejar adequadamente.

Ao cuidador e ou pais, deveram aprender a reagir aos limites de seu filho de maneira positiva e ativa. As normas devem ser claras e sucintas.

Quando punir o comportamento ou atitude inadequada obterá êxito na modificação de comportamento para a criança com TDAH, se seguida de uma tática de controle.

Enfim, os pais ou cuidadores dos jovens com TDAH precisam confiar que terão mais eficácia a partir da ocasião em que enfrentarem cada dia com um pensamento positivo, quanto à esperança, o encorajamento, a aceitação e a honestidade.

CAPITULO 6 – SUGESTÕES AOS PROFESSORES.

O TDAH é com constância apresentado erradamente como um problema de aprendizagem, mas é um distúrbio de realização. Sabe-se que o jovem com TDAH são capazes de aprender, mas têm dificuldades de se sair bem na escola devido ao impacto que os sintomas têm sobre uma boa atuação, se estiverem na fase da adolescência os problemas aumenta devido a fase de transição para o mundo adulto, que se dá paralelamente, com as transformações típicas da fase descritas no primeiro capítulo.

O educador deverá ter em mente que o aluno com TDAH podem geralmente, revelar a inteligência média ou acima da média. No entanto denotam alguns problemas na aprendizagem ou no comportamento, que são associados aos desvios das funções do sistema nervoso central, caracterizando as dificuldades na percepção, conceitualização, linguagem, memória, controle da atenção, função motora e impulsividade.

O portador do TDAH demonstra uma impulsividade anormal, pois não consegue cessar quando mexe nas coisas, fala fora de hora e com consciência. Essa impulsividade o coloca constantemente em conflitos com os pais, colegas e professores. Mostra descontrole emocional é através da irritabilidade, pela agressividade e pelo choro. Reflete mudanças abruptas de humor, podendo entrar em pânico. Determinados alunos com TDAH podem mostrar-se retraídos, inibidos e não tem tolerância a frustração; são incapazes de concentrar-se na ação; perdem o interesse quando utilizam materiais que exigem esforços de conceitos.

É durante o período escolar que aparecem os sinais mais evidentes da hiperatividade. Não consegue aprender a ler normalmente, tem dificuldades de abstração, apresenta problemas em tarefas que exijam coordenação visomotora; sua escrita, cópia e desenhos são inadequados e com problemas perceptivo-motores. É analisada e conceituada como desajeitada, sem equilíbrio e sem ritmo, ou seja, sua coordenação, no geral, é deficitária. Sintomas esses muito parecidos com a fase de adolescência, por isso o professor deverá ter sua percepção aguçada.

Na idade escolar, as crianças e adolescentes com TDAH, tem incidência maior a repetir de ano, evasão escolar, mostra baixo rendimento e dificuldades emocionais e de

relacionamento. Supõe-se que os sintomas da TDAH sejam catalisadores, tornando as crianças vulneráveis ao fracasso nos dois processos mais importantes para um bom desenvolvimento: o relacionamento social e a escola.

Além dos comportamentos anteriormente mencionados, para poder distinguir um hiperativo de um aluno com distúrbios mais leves de atenção, deve-se estar atento a três fatores:

- Contínua agitação motora,
- A impulsividade, e
- Impossibilidade de se concentrar.

Ver os critérios diagnósticos para verificar a constância desses sintomas para poder classificar o aluno como TDAH. Esse educador deverá ter um perfil onde se apresente ter muita paciência e disponibilidade, pois eles precisam de muita atenção.

O jovem hiperativo, em geral, possui auto-estima rebaixada, pelo fato de apresentar dificuldades na concentração e os professores que não conhecem os sintomas relacionados a esse transtorno consideram-na como exemplo negativo para os demais alunos.

Segundo os psiquiatras Mônica Duchesne e Ênio Roberto de Andrade da ABDA - Associação Brasileira de Distúrbios de Aprendizagem, recomendam usar métodos didáticos alternativos para motivar o comportamento e o desenvolvimento pedagógico do aluno com TDAH.

Trabalhar com grupos pequenos, sem isolar as crianças hiperativas; e para elas dar tarefas curtas ou intercaladas, para que elas possam concluí-las antes de se dispersar; sempre elogiar os resultados, utilizar-se de jogos desafiadores para motivá-las; dar valor aos costumes dela, na tentativa de deixá-la mais segura.

Permitir que elas possam arrumar seus erros, pedindo desculpas quando ofender algum colega ou animarem a bagunça da classe; repetir individualmente todo comando que for dado ao grupo e fazendo-o de forma breve e usando sentenças claras para entenderem; e pedir a elas que repitam o comando para ter certeza de que escutaram e compreenderam o que o professor quer.

Distribuir uma função oficial às crianças, como ajudantes do professor; isso faz com que elas melhorem e abram espaços para o relacionamento com os demais colegas; mostrar limites de forma segura e tranqüila, sem entrar em atrito.

O sucesso em sala de aula, freqüentemente, exige uma série de intervenções. Não há necessidade de colocar uma criança ou adolescente com TDAH em sala especial, mas pode fazer um ajuste como a utilização de um auxiliar.

Proporcionar estrutura, organização e constância, arranjando basicamente que esse portador do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade sintá-se seguro e tranqüilo na escola, sabendo que ode contar com o professor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Demonstra-se através dessa pesquisa literária que o TDAH não é uma doença e sim um distúrbio que pode afetar a aprendizagem, devido aos seus sintomas.

Esclarece sobre a fase de desenvolvimento chamada de adolescência, sendo uma fase de transição sem tempo definido para acabar e se aliado ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, as pessoas e profissionais que ajudam esse adolescente, tanto na escola como na família, é de suma importância saber diferenciar os sintomas da fase aos sintomas do transtorno. Pois é uma fase cheia de conflitos psicológicos, de angústia, de impulsividade, de desatenção e tornando muitas vezes o adolescente ter condutas de hiperatividade, devido as transformações abruptas.

A contribuição do educador é demonstrar ao aluno adolescente que o mundo adulto tem falhas, e que ele nesse processo de individualização não se culpe por suas falhas, pois errar é humano, não existem mais os heróis. Bem como entender os TDAH e com seus conhecimentos a cerca do tema ajudar no planejamento do processo ensino-aprendizagem junto com outros profissionais que trabalham na equipe multidisciplinar.

Teoricamente o transtorno por déficit de atenção e hiperatividade expõe-se de maneira diferente na adolescência em comparação com a infância. Entre os adolescentes, freqüentemente, a hiperatividade é menor e o distúrbio caracteriza-se mais por impulsividade contínua e o baixo rendimento escolar. O maior desafio é diagnosticar esse adolescente antes que ele se “auto-medique” através do uso e do abuso de drogas.

A incidência na população é significativa, dentro do universo escolar, há dois meninos para cada menina com TDAH. A origem para alguns é genética e é causado pela pouca produção dos neurotransmissores como a adrenalina e noradrenalina, mas existem outras hipóteses e estudos sobre a origem do TDAH.

A melhor forma de diagnosticar é precocemente, com profissional que diagnostique esse transtorno segundo o DSM IV e a CID-10, sendo o tratamento multimodal a maneira mais eficiente de tratar o TDAH é através de trabalho de grupo, que envolve tanto abordagens individuais com o portador como medicação, acompanhamento psicológico e terapias alternativas com a finalidade de resgatar a

baixa auto-estima e estimular ao portador perceber que pode aprender a viver de forma independente e poderá mostrar seu potencial tanto educacional como em seus inter-relacionamentos na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. ABERASTURY, Arminda e KNOBELL, Mauricio. Adolescência Normal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
2. BENCZIK, E.B.P. Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000
3. FREUD, Anna. Adolescência. Em: Revista da Associação Psicanalítica. Porto Alegre. Adolescência. Porto Alegre, ano V, número 11, Novembro de 1995: Artes e Ofícios.
4. GOLDSTEIN, S.; GOLDSTEIN, M. Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. Tradução: Maria Celeste Marcondes. São Paulo: Papyrus, 1994.
5. JERSILD, Arthur T. Psicologia da adolescência. São Paulo: Nacional, 1987.
6. JOSÉ, Elisabete A.; COELHO, Maria T. Problemas de aprendizagem. São Paulo: Ed. Ática, Série Educação, 1999. Cap. 11, p.207-208.
7. KHOURI, Ivonne G. Psicologia escolar. São Paulo: E.P.U., 1984, p.05.
8. LEVISKY, David L. Adolescência e Violência: Conseqüências da realidade brasileira. Porto Alegre. Artes Médicas, 1997.
9. MATURAMA, Humberto. Emoções e Linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: UFMG, 1999, p.31
10. OSÓRIO, Luiz C. Adolescente Hoje. Porto Alegre Artes Médicas, 1989.
11. RASSIAL, Jean-Jacques. A passagem Adolescente: da família ao laço social. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.
12. ROHDE, L.A.P. BENCZIK, E.B.P. Transtorno Déficit de Atenção - O que é? Como ajudar?. Porto Alegre. RS: Artes Médicas, 1999.
13. SCIVOLETTO, S. e MORIHISA, R.S. Artigo: Conceitos básicos em dependência de álcool e outras drogas, JBDQ - Jornal Brasileiro de Dependências Químicas, Vol. 2, (supl 1), 2001. p.30-33.
14. SMITH, C.; STRICK, L. Dificuldades de Aprendizagem de A a Z. 1ª ed. Ed. Artes Médicas, 2001.
15. WINNICOTT, Donald W. - Privação e Delinqüência. São Paulo: Martins Fontes, 1987, p. 98.

Referências da Internet

CASTRO NETO, Alfredo. Quando o adolescente fracassa na escola, texto extraído do site <http://www.pedagobrasil.com.br/psicologia/quandoadolescente.htm>

SERRA, Ana S. de L., CANNON, Lucimar R. Coser, Artigo: Pelo andar se faz um caminho! Proposta Metodológica de educação em saúde para adolescentes. Extraído do site: <http://www.adolesc.br/bvs/adolesc/P/cadernos/capitulo/cap27/cap27.htm>

ROHDE,L.A. e outros. Artigo: Transtornos de deficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações terapeuticas. Revista de Psiquiatria Clínica. 31 (3), p. 126-131. 2004.