

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

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE NOS ALUNOS DA 1ª À 4ª SÉRIES

PONTAL DO PARANÁ

2005

TEREZINHA TELMA BARDAL

**TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE NOS ALUNOS DA 1ª À 4ª SÉRIES**

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 Mestre e Professora: Márcia Guimarães.

PONTAL DO PARANÁ

2005

AGRADECIMENTOS

Obrigado a Deus por me conceder as oportunidades de aprendizagem e a capacidade de repassar esses conhecimentos adquiridos na prática e na ação de meu exercício profissional.

Obrigado aos meus pais, por terem conseguido infiltrar os valores e a importância da educação de forma geral, norteando os meus primeiros passos nessa direção.

Obrigado ao meu Cônjuge e a meus filhos, pela paciência e a atitude abnegada em dividir o meu tempo para dedicar-me a este estudo.

Obrigado aos meus colegas professores pelos incessantes incentivos e motivações com o intuito de me fortalecer e continuar essa Especialização.

Obrigado a minha Orientadora à Professora Márcia Guimarães, a qual também passou pela minha vida acadêmica fazendo a diferença.

Se uma criança não pode aprender da maneira que é ensinada, é melhor ensiná-la da maneira que ela pode aprender. (MARION WELCHMANN)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - Associação Psiquiátrica Americana

Cf. - Conforme.

CID – Código Internacional de Doenças.

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental.

Ex. – Exemplo.

APA – Associação Psiquiátrica Americana

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

GT – Gestalt Terapia

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

SUMÁRIO

AGRADECIMENTO.....	iii
EPIGRAFE.....	iv
LISTAS DE ABREVIATURAS.....	v
SUMARIO.....	vi
RESUMO.....	vii
INTRODUÇÃO.....	08
CAPÍTULO 1 – Fases de Desenvolvimento dos 7 aos 10 anos.....	10
1.1 – Desenvolvimento Mental da Criança.....	10
1.2 – Desenvolvimento Lingüístico.....	11
1.2. 1- Uma breve perspectiva histórica do desenvolvimento lingüístico....	11
1.2.2 – Panorama atual.....	11
1.3 – Desenvolvimento Afetivo Social.....	15
1.4 – Tarefas dos Ambientes Socializadores	16
1.4.1 – Em relação a família.....	16
1.4.2 – Em relação a escola.....	17
1.5 – Outros Modelos Teóricos de Desenvolvimento.....	17
1.5.1 – Erikson – Indústria versus Inferioridade.....	17
1.5.2 – Freud.....	18
CAPÍTULO 2 – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.....	19
2.1 – Definições.....	19
2.2 – Breve Histórico.....	19
2.3 – Etiologia do Transtorno.....	21
2.4 - Principais características e dificuldades básicas.....	23
2.5 - Uma Visão Geral do TDAH pela Psicologia Gestalt.....	25
CAPÍTULO 3 – Interferências do TDAH nas Relações Sociais da Criança.....	27
CAPÍTULO 4 - Como Diagnosticar a Criança com TDAH.....	31
4.1 – Diagnóstico.....	31
4.2 - Os sintomas característicos do TDAH.....	31
4.3 – Classificação dos Tipos de TDAH.....	32
4.3.1- TDAH, Tipo Combinado	32
4.3.2 - TDAH, Tipo Predominantemente Desatento	32
4.3.3 - TDAH, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo	32
4.4 - Critérios Diagnósticos para TDAH.....	32
4.4 - Codificar com base no tipo.....	27
CAPÍTULO 5 – Como Ajudar as Crianças com TDAH.....	35
5.1 - As intervenções.....	35
CAPÍTULO 6 - Direcionamentos aos Pais.....	40
6. 1 – Aos Pais.....	40
6.1.1 – Dicas Gerais para os Pais.....	40
6.2 – Estratégias específicas para o manejo de comportamentos.....	44
6.2.1– Planejamento de atividades futuras.....	44
6.2.2 – Atenção focalizada.....	45
6.2.3 – Comportamento hiperativo e ou impulsivo.....	46
Considerações Finais.....	47
Referências	50

RESUMO

No presente estudo, faz-se com bases em bibliografias sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças com a idade de 7 a 10 anos que se encontram nas séries iniciais do Ensino Fundamental, situa-se as fases de desenvolvimento em que elas se encontram, tanto físico, lingüístico, cognitivo, afetivo social, bem como as funções dos ambientes familiar e escolar. Define-se o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, propriamente dito para que se possa entender seu histórico, etiologia, características e dificuldades básicas. Descreve-se nessa pesquisa uma visão Geral do TDAH visto pela Psicologia Gestalt. As interferências do TDAH nas relações sociais da criança e como diagnosticá-la conforme sua sintomatologia, bem como, as classificações dos tipos de TDAH. A finalidade desse estudo acerca dos critérios diagnósticos e fundamentação teórica em geral, é obter conteúdo para poder auxiliar as crianças portadoras desse transtorno e saber o melhor método ou técnica para o processo ensino aprendizagem. E como a mudança terapêutica influencia sua psicológica e social, através de intervenções multidisciplinares. Como os especialistas de Inclusão do Ensino Especial poderão estar ajudando e orientando, os pais e professores através de estratégias para diminuir a intensidade dos sintomas, para que a criança possa manter a atenção e aprender, mas não unicamente para o conhecimento acadêmico, mas como aprender a ter atitudes e conseguir ser mais sociável.

INTRODUÇÃO

Este presente estudo sobre o Transtorno de Déficit de Atenção em crianças na faixa etária dos 7 aos 10 anos de idade, do Ensino Público do Município de Araucária das 1ª às 4ª séries.

Tem como objetivo verificar quais os fatores que podem estar dificultando na aprendizagem, no convívio social e na escola em crianças com o diagnóstico de TDAH.

Sabe-se que o Transtorno de Déficit de atenção e Hiperatividade, não se trata de um Distúrbio de Aprendizagem e sim de um transtorno que pode gerar bloqueios na aprendizagem devido a sua sintomatologia.

Discorre-se, metodologicamente sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em si, conceituando através de pesquisa bibliografia que deverá abrir a percepção do Professor Especialista em Inclusão na Educação Especial, muitas vezes a rotina faz com que este profissional cerre sua capacidade de observação deixando muitas vezes de fazer a leitura do comportamento deste aluno e relacionar com seu desempenho escolar.

Essa pesquisa divide-se em seis tópicos, depois as considerações finais e finaliza-se com as referências utilizadas.

No primeiro capítulo, far-se-á um breve relato sobre a fase de desenvolvimento pela qual passa essa criança sem TDAH e um paralelo com o desenvolvimento das crianças portadoras de TDAH.

Na seqüência, ou seja, no capítulo dois, resumidamente falaremos sobre o histórico do Transtorno, os conceitos, quais suas origens, os sintomas, os tipos de TDAH.

No capítulo três desenvolve-se sobre como esse transtorno pode interferir nas relações sociais e escolares da criança da 1ª a 4ª series do Ensino Fundamental.

No quarto capítulo, descreve como identificar e diagnosticar a criança com TDAH, nas series iniciais do Ensino Fundamental.

O quinto capítulo aborda como ajudar as crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

No sexto citar-se-á sobre alguns direcionamentos e orientações aos pais e professores.

Por último, as considerações finais e referências empregadas para embasar a teoria e a prática esta monografia.

CAPÍTULO 1 – O DESENVOLVIMENTO DOS 7 AOS 10 ANOS

1 – O Desenvolvimento da criança.

Nessa faixa de idade dos 7 aos 10 anos, é a fase em que a criança se desenvolve fisicamente, ocorre a erupção dos dentes permanentes. Também se tem a elaboração da coordenação motora fina. As crianças têm maior consciência das mãos como instrumentos de trabalho. Começam a identificar-se com o pai do mesmo sexo, para os meninos devido ao aumento das proezas atléticas, e na menina no final desse período ocorre o início da puberdade.

1.1- O Desenvolvimento Mental da criança.

O desenvolvimento psíquico segundo Jean PIAGET¹:

“começa quando nascemos e termina na idade adulta é comparável ao crescimento orgânico: como este, orienta-se, essencialmente, para o equilíbrio. Da mesma maneira que um corpo está em evolução até atingir um nível relativamente estável, caracterizado pela conclusão do crescimento e pela maturidade dos órgãos, também da vida mental pode ser concebida como evoluindo na direção de uma forma de equilíbrio final representada pelo espírito adulto. O desenvolvimento, portanto é uma equilibração progressiva, uma passagem contínua de um estado de menor equilíbrio para um estado de equilíbrio superior. Assim, do ponto de vista da inteligência, é fácil se opor a instabilidade e incoerência relativas das idéias infantis à sistematização de raciocínio do adulto”².

Seu desenvolvimento cognitivo, segundo Piaget, encontra-se no estágio das Operações Intelectuais Piaget, este é um estágio caracterizado pela aquisição de lógica elementar, início dos sentimentos morais e sociais em cooperação, relações de causas e efeitos sobre eventos concretos, presentes e experienciado. “As operações do pensamento, depois dos sete anos, correspondem à intuição, que é a

¹ Nasceu em Neuchâtel, Suíça em 1896 e faleceu em 1980. Escreveu mais de cinquenta livros e monografias, tendo publicado centenas de artigos. Estudou a evolução do pensamento até a adolescência, procurando entender os mecanismos mentais que o indivíduo utiliza para captar o mundo. Como epistemólogo, investigou o processo de construção do conhecimento, sendo que nos últimos anos de sua vida centrou seus estudos no pensamento lógico-matemático. Até o início do século XX assumia-se que as crianças pensavam e raciocinavam da mesma maneira que os adultos. A crença da maior parte das sociedades era a de que qualquer diferença entre os processos cognitivos entre crianças e adultos era sobretudo de grau: os adultos eram superiores mentalmente, do mesmo modo que eram fisicamente maiores, mas os processos cognitivos básicos eram os mesmos ao longo da vida.

² PIAGET, Jean. Seis estudos de psicologia. Rio de Janeiro, Ed. Forense Universitária. 6ª Ed., 1973. p.11.

forma superior de equilíbrio que o pensamento atinge na primeira infância. É por este motivo que o núcleo operatório da inteligência merece um exame detalhado, já que seu estudo fornece a chave de uma parte essencial do desenvolvimento mental³.(PIAGET, 1973)

Os princípios de reversibilidade e conservação de volume, peso, número e extensão são adquiridos. Há compreensão sobre a relação entre a parte e o todo, capacidade de seriação e classificação, por exemplo: frente à pergunta: há mais biscoitos de chocolate ou bolos em cima da mesa, a criança é capaz de dizer a resposta correta do conjunto, ou seja, há mais biscoitos. E nessa fase de seu desenvolvimento seu raciocínio é do tipo empírico-dedutivo: "o que é".

Na idade dos sete anos em média, PIAGET diz que:

"coincide com o começo da escolaridade da criança, propriamente dita, marca uma modificação decisiva no desenvolvimento mental. Em cada em cada um dos aspectos complexos da vida psíquica, quer se trate da inteligência ou da vida afetiva, das relações sociais ou da atividade, propriamente individual, observa-se o aparecimento de formas de organizações novas, que completam as construções esboçadas no decorrer do período precedente, assegurando-lhes um equilíbrio mais estável e que também inauguram uma série ininterrupta de novas construções⁴".

1.2 - Desenvolvimento lingüístico.

O desenvolvimento da linguagem, nesta fase tem-se um vocabulário enriquecido e sofisticado gramaticalmente. Início do processo de aprender a ler. Aos sete anos se dá para a maioria das crianças a prontidão para a alfabetização. A criança tem muito prazer em jogos de palavras e habilidades verbais. Fala tão bem quanto escreve depois dos dez anos.

"Do ponto de vista das relações interindividuais, a criança, depois dos sete anos, torna-se capaz de cooperar, porque não confunde mais seu próprio ponto de vista com o dos outros, dissociando-os mesmo para coordena-los. Isto é visível na linguagem das crianças. As discussões tornam-se possíveis, porque comportam compreensão a respeito dos pontos de vistas do adversário e procura de justificações ou provas para a afirmação própria. As explicações mútuas entre crianças se desenvolvem no plano do pensamento e não somente no da ação material. A linguagem "egocêntrica" desaparece quase totalmente e os propósitos espontâneos da criança testemunham, pela própria estrutura gramatical, a necessidade de conexão entre as idéias e a justificação lógica⁵".

1.2.1 - Uma breve perspectiva histórica sobre o desenvolvimento lingüístico.

³ PIAGET, Op. Cit. p.51.

⁴ Apud, PIAGET, p.42.

⁵ Id. bid, 43.

Após um ensino essencialmente oral e assistemático da Idade Média, quando cada aluno aprendia a língua do preceptor, na convivência natural do cotidiano, vieram três séculos, o XVI, o XVII e o XVIII, dominados pelo ensino gramatical e escrito, como conseqüência da invenção da escrita por GÜTENBERG⁶.

Nestes termos, sugere-nos LIMA⁷ (1976), “que as atividades mais comuns da época, orbitavam bastante próximas a leitura e a tradução, simplesmente, estudando-se as línguas estrangeiras, pautadas na língua mãe, o que terminava impedindo ao aluno a própria penetração, ou seja, o aprofundamento no espírito do novo idioma aprendido”.

A formação dos processos educacionais, o desenvolvimento psíquico e o desenvolvimento da linguagem se davam de forma conjunta, por convivência, por aprendizado direto baseado em um único indivíduo. O indivíduo era conduzido a uma cultura geral que emanava, inclusive pessoal e conceitualmente, do modelo adotado pelo seu educador, o que sugere uma formação de linguagem, por óbvio, não global, ou que não respeitasse a fatores de ordem com a abrangência de uma grande coletividade.

CHOMSKY, em 1958, causou uma verdadeira revolução no campo da lingüística, por preconizar um modelo de linguagem universal, relativa ao conceito do biologicamente programado, que outros pesquisadores usaram como base ou fundamento teórico para explicar as regularidades que, com efeito aparecem, na linguagem infantil.

Durante o período de desenvolvimento da linguagem, a criança está, também, desenvolvendo-se em seu aspecto motor. LENNENBERG⁸:

“estabeleceu correlações temporais entre certas mudanças surgidas no desempenho motor da criança bem como em certas mudanças ocorridas na linguagem. A idéia de que a capacidade para a linguagem estava já preestabelecida no cérebro humano e destinada a emergir de qualquer forma, na medida em que fosse o organismo amadurecendo biologicamente, colocada por LENNENBERG, pareceu dar suporte aos pontos de vista sugeridos por CHOMSKY .

Para a psicologia de um modo geral, o conjunto das teorias propostas por CHOMSKY⁹,

⁶ Nascido em cerca da década de 1390 viveu até 03 de Fevereiro de 1468, foi um inventor alemão que se tornou famoso pela sua contribuição para a tecnologia da impressão e tipografia. Inventou uma liga para os tipos de metal e tintas à base de óleo, além de uma prensa gráfica, inspirada nas prensas utilizadas para espremer as uvas no fabrico do vinho. Tradicionalmente, crê-se que teria inventado os tipos móveis - que não foram mais, no entanto, que uma melhoria dos blocos de impressão já em uso, então, na Europa. Acredita-se que a imprensa foi uma das maiores invenções da humanidade.

⁷ LIMA, Balbina Bello. Linguagem e pensamento em Piaget. Petrópolis : Vozes, 1976, P.35.

⁸ MENYUK, Paula. Aquisição e desenvolvimento da linguagem. São Paulo : Pioneira, 1975, p.09.

⁹ LIMA, Op. Cit. 1976, p.54.

“supunha a aceitação do princípio do inato, do que já pertinente ao organismo, como uma solução possível para o problema de aquisição da linguagem. Haveria assim, para ele, no indivíduo, uma parte inata, a razão, a fonte primeira da linguagem, justapondo-se à gramática, provinda da lógica ou da vida mental e racional do sujeito. Desse modo, a gramática geradora, de raízes puramente racionais, permitiria ao falante ir criando a sua própria língua ou ir redescobri-la, ao ouvi-la, em uma complexa interação de permanente intercâmbio nas estruturas modeladoras do novo e do já sabido”.

E nas palavras de LIMA (1976);

“(...) CHOMSKY ousa trazer para a lingüística uma visão claramente geradora, em relação às estruturas sintáticas. Investiga as estruturas da gramática em geral, ou melhor, da gramática da capacidade humana de linguagem, partindo de um suposto "universalismo lingüístico". Trata-se da gramática geradora que se apóia em transformações; estas por sua vez, conseguem filtrar ou eliminar as estruturas incorretas. (...)”

SKINNER¹⁰ (1957), veio sustentar que o aprendizado da linguagem não era, em princípio, diferente do aprendizado de quaisquer outros comportamentos humanos complexos. Analisou ele, a linguagem como sendo um comportamento funcional, de múltiplas causas, que se desenvolveria por intermédio dos efeitos advindos do meio ambiente sobre a conduta da criança e desta sobre aquele. Adotava, desse modo, uma posição definida como claramente ambientalista. E então se inicia uma polêmica com CHOMSKY sobre esta questão do aprendizado da linguagem.

O foco da discussão constituía-se em verificar se as limitadas estruturas superficiais das crianças continham mais significado do que em realidade estava expresso em sua estrutura formal. Foi esta a causa de uma nova análise, nos estudos referentes a linguagem, partindo das combinações de duas ou três palavras, até chegar-se a produção de uma só palavra. Uma mesma estrutura superficial podia adotar completos e diferentes significados, segundo o especial contexto no qual esta produção era emitida.

O cenário do estudo da linguagem infantil viu-se enriquecido pelos estudos levados a termo por PIAGET¹¹ que, baseado em uma observação sistemática da

¹⁰ Nenhum pensador ou cientista do século 20 levou tão longe a crença na possibilidade de controlar e moldar o comportamento humano como o norte-americano Burrhus Frederic Skinner (1904-1990). Sua obra é a expressão mais célebre do behaviorismo, corrente que dominou o pensamento e a prática da psicologia, em escolas e consultórios, até os anos 1950. O behaviorismo restringe seu estudo ao comportamento (behavior, em inglês), tomado como um conjunto de reações dos organismos aos estímulos externos. Seu princípio é que só é possível teorizar e agir sobre o que é cientificamente observável. Com isso, ficam descartados conceitos e categorias centrais para outras correntes teóricas, como consciência, vontade, inteligência, emoção e memória — os estados mentais ou subjetivos.

¹¹ Nasceu em Neuchâtel, Suíça em 1896 e faleceu em 1980. Estudou a evolução do pensamento até a adolescência, procurando entender os mecanismos mentais que o indivíduo utiliza para captar o mundo. Como epistemólogo, investigou o processo de construção do conhecimento, sendo que nos últimos anos de sua vida centrou seus estudos no pensamento lógico-matemático. A partir da observação cuidadosa de seus próprios filhos e de muitas outras crianças, concluiu que em muitas questões cruciais as crianças não pensam como os

evolução de seus dois filhos e por outros experimentos, com crianças de todas as idades, propôs uma nova teoria, diferente das já mencionadas. Para ele, a estrutura da linguagem não era dada pelo meio ambiente, achando-se preestabelecidas desde o nascimento. Tais estruturas, contudo, iam sendo construídas ou moldadas pela criança em sua própria atividade, através de seus próprios mecanismos e possibilidades de compreensão do mundo ao redor, ou seja, selecionando as experiências e a partir delas construindo e ou interagindo com outras estruturas conceituais que dariam lugar posteriormente às lingüísticas.

O construtivismo de PIAGET¹², considerava a linguagem, dentro de um enquadramento evolutivo geral, como mais uma manifestação do pensamento conceitual: "A inteligência verbal ou reflexiva tem por base uma inteligência prática ou sensório-motora, que se apóia por vez nos hábitos e associações adquiridos para combiná-los".

Nesta breve e superficial reconstrução histórica, não se pode deixar de mencionar ainda, a influência de VYGOTSKI¹³, para quem o pensamento e a fala originam-se de raízes diferentes, não sendo a fala uma simples continuação do pensamento e, defensor da linguagem como fenômeno social e cultural, e da aprendizagem como a propulsora do desenvolvimento. Com respeito à aquisição e desenvolvimento da linguagem, adotou uma postura interacional. Para ele, é na interação existente entre o meio e a criança que se dão os processos de aquisição da linguagem.

1.2.2 - O Panorama Atual

Em meio a uma verdadeira avalanche de estudos empíricos sobre o desenvolvimento da linguagem que vem se sucedendo no decorrer das duas últimas décadas, é possível constatar a presença de tendências teóricas mais ou menos consolidadas, pontos de vista mais ou menos ampliados, mas que em seu conjunto, no entanto, supõem o avanço e marcam certas diferenças com os postulados iniciais do movimento psicolingüístico.

Os estudos da linguagem têm tratado de recuperar, embora lentamente, ao sujeito que fala, a criança que age. Ao invés de ter-se por objeto de estudo a

adultos. Sua teoria sobre o desenvolvimento cognitivo é uma teoria de etapas que pressupõe que os seres humanos passam por uma série de mudanças ordenadas e previsíveis.

¹² Apud, LIMA, 1976, p.29.

¹³ MENYUK, Op. Cit., 1975, p.12.

linguagem enquanto sistema abstrato de signos, há uma tendência a estudar-se a atividade verbal de pessoas e indivíduos ou de coletividades.

Partindo-se desta primeira reflexão, focaliza-se a atenção do homem que fala, na criança que constrói sua linguagem, e os aspectos puramente formais dessa linguagem passam a compartilhar a atenção que os investigadores lhe dedicam com as noções do conteúdo da linguagem e de seu uso.

A consequência básica desta premissa é que a linguagem insere-se no mundo social; os estudos sobre aquisição e o desenvolvimento da linguagem destacam o caráter social advindo de tal atividade. A atividade verbal das pessoas realiza-se fundamentalmente com intercâmbio com outras pessoas, através de uma interação direta com elas. Torna-se então evidente que as interações pessoais desempenham um papel tanto na evolução da linguagem como nas formas concretas, de acordo com as exigências e circunstâncias.

Os conceitos surgidos, de interação e de contexto, na atualidade, formam parte do marco teórico de grande número de estudos sobre a aquisição da linguagem. Os contextos familiares e escolares têm sido estudados como âmbitos preferenciais para o desenvolvimento da comunicação e da linguagem, com suas estruturas de interação, códigos preferidos, usos e conteúdos diferentes.

Se a linguagem é, com efeito, uma atividade altamente complexa e de caráter social, que se desenvolve em contato com outros membros da comunidade e que tem como função prioritária a comunicação com nosso semelhante, então não pode ser ela independente do todo, ou seja, do contexto no qual se desenvolvem as ações desses indivíduos, e a compreensão deste desenvolvimento passa, sem dúvida, pelo estudo apurado do contexto em que se produz.

As tendências atuais que tratam sobre o desenvolvimento da linguagem, assinalam um caminho integrado, tanto em seus aspectos mais orgânicos como nos aspectos psicológicos, tanto formais como funcionais. Tende-se a recuperar o sujeito como um protagonista do ato da fala e se concebe seu desenvolvimento de forma unitária, de maneira que o desenvolvimento da linguagem não seja focado separadamente nem do social, nem do motor ou cognitivo. Entretanto, ao lado desta integração, se destaca um caráter mais específico da evolução da linguagem, que não é reduzível a nenhum dos aspectos antes citados.

1.3 - Desenvolvimento Afetivo Social.

Seu desenvolvimento afetivo e social é complementado pelo surgimento de um novo socializador: a escola. Como conseqüência à criança inicia a separação da mãe e de sua casa por um período de tempo maior. Os professores, os colegas e os amigos se tornam influências sociais importantes. Entretanto, as amizades são transitórias e os interesses mudam rapidamente. A criança vai deixando de lado a fantasia e o brinquedo, passando a empreender tarefas reais na direção de competências acadêmicas e sociais.

Segundo PIAGET¹⁴:

“A conseqüência afetiva, especialmente importante do respeito mútuo, é o sentimento de Justiça. Este é muito grande entre os companheiros e influencia nas relações entre as crianças e adultos até modificar, às vezes, as atitudes em relação aos pais. Nos pequenos, a obediência passa a frente da justiça, ou, melhor, a noção do que é justo começa por se confundir com o que é mandado ou imposto. É especialmente surpreendente, quando se pergunta às crianças a propósito de histórias que se lhes contam (concernentes à mentira, etc), constatar como elas são severas nas suas idéias de punição. Achrom sempre justas (não na prática, é claro, mas no julgamento verbal) as punições mais duras; não dão nenhuma ênfase às sanções de acordo com a intenção, mas as relacionam com a objetividade dos atos (responsabilidade “objetiva” como nos povos primitivos). Ao contrário, os grandes sustentam, com convicção, a idéia de uma justiça distributiva, fundada na igualdade estrita, e de uma justiça retributiva, que leva mais em conta as intenções e circunstâncias de cada um do que a objetividade das ações. Mas, de onde provém este sentimento de Justiça? É fácil observar que a consciência do justo e do injusto aparece, comumente, mais às custas do adulto do que devido às suas ordens. É por causa de uma injustiça muitas vezes involuntária ou imaginária, da qual a criança é vítima, que esta começa a dissociar a justiça da submissão. A seguir, é essencialmente a prática da cooperação entre as crianças e do respeito mútuo que desenvolve os sentimentos de justiça. É fácil, de novo, em ocasiões de jogos coletivos, reunir numerosos fatos relativos a este sentimento de igualdade e de justiça distributiva entre companheiros da mesma idade. Sem dúvida estamos diante de um dos sentimentos morais mais fortes na criança”

Esta é uma fase de teste do processo de desenvolvimento anterior e nesse sentido, é preciso que a afeição tenha gerado segurança para que ela se sinta tranqüila para conviver com outros adultos e ambientes diferentes do de casa. É necessário que os limites impostos ao seu comportamento tenham levado a uma capacidade grande de se adaptar e seguir normas, principalmente as da escola, que são muitas.

Torna-se imprescindível acima de tudo que a criança tenha desenvolvido e adquirido uma auto-imagem positiva. Principalmente com o crescimento das relações com os colegas do mesmo sexo e do oposto.

1.4 – Tarefas dos Ambientes Socializadores.

1.4.1- Em relação à família:

¹⁴ Apud, PIAGET, 1973. p.58-59.

Continua a ser o princípio da socialização da criança, dela está sujeito a escolha da escola. Compete à família sustentar e amparar o aluno, valorizando o seu afazeres e desempenho escolar, o resultado de suas competências e habilidades. Tem que encarar, além disso, o início do afastamento da criança do domínio familiar, a todo o momento o filho traz um "pode?", novo e diferente, incumbindo aos pais discutir, rever, ceder ou impor suas normas e limites.

1.4.2 - Em relação à escola:

Responder às necessidades da criança de se sentir hábil, ativa e competente; cientificar e desenvolve-la, assumir o desenvolvimento da criança como um todo, não ser somente um mero transmissor e cobrador de conhecimento ou, pior ainda, um espaço onde o aluno consome parte do seu tempo, suavizando os encargos familiares. Compete à escola o conservar ou modificar a visão que a criança tem de si mesma, de suas aptidões, de sua importância: os professores são adultos significantes e mesmo que não queiram são modelos a serem imitados, bem como os companheiros serão os transmissores de novos exemplos de comportamento e atitudes.

Para a criança nessa fase de desenvolvimento, a extensão de relações sociais significantes: é a vizinhança, ou seja, a comunidade onde mora e seu círculo familiar e o universo escolar.

1.5 – Outros Modelos Teóricos de Desenvolvimento.

1.5.1 - Erikson - Indústria versus Inferioridade.

O domínio das tarefas escolares e a limitação dos impulsos do período antecedente de habituar-se às normas do ambiente são os desígnios desse período de desenvolvimento. Há consideração por se produzir coisas. A propriedade deste estágio pode ser entendida se a criança sente-se ajustada em relação às suas habilidades individuais, competência ou status entre os colegas.

O que mais dificulta nessa fase esse sentido de obrigação e concretização seria o desajustamento na escola, a competição exagerada, barreiras pessoais e outras condições que leva à experiência de fracassos, decorrendo em sentimentos de baixa auto-estima e inferioridade.

1.5.2 - FREUD¹⁵

Denominou esta fase de Latência, onde os impulsos sexuais recebem menor destaque e são direcionados para objetivos socialmente aceitáveis. Para Freud, aumenta a apreensão com o domínio sobre o ambiente externo: escola, lazer, esportes e amigos.

Devemos ter em conta que este processo de desenvolvimento leva em conta que a criança não tenha nenhum tipo de distúrbio de aprendizagem e nem um transtorno de déficit de atenção.

¹⁵ Para FREUD, pai da psicanálise, a resolução do Complexo de Édipo com a identificação positiva com o pai do mesmo sexo e a internalização dos valores parentais constituindo a consciência moral, ou superego.

CAPÍTULO 2 – TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

2.1 – Definições.

Atualmente, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, constitui uma complexa desordem comportamental que leva a criança a graus variáveis de comprometimento na vida social, emocional, escolar e familiar. Esse transtorno caracteriza-se por distúrbios motores, perceptivos, cognitivos e comportamentais, expressando dificuldades globais do desenvolvimento infantil.

Esse Transtorno tem sido objeto de estudo de inúmeras pesquisas que visam fundamentalmente aprimorar os critérios diagnósticos e conhecer sua etiologia. Ao longo do tempo muitos estudos têm sido orientados para encontrar uma causa biológica específica que explique o TDAH.

Para alguns estudiosos no assunto a definição por ser sintetizada como o desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controle dos impulsos e com o nível de atividade.

Outros a definem como um distúrbio do neurodesenvolvimento, mais encontrado em crianças, e a maioria dos casos persiste até a fase adulta. Suas principais características são a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade, que se apresentam inicialmente na infância, e que se manifestam em diferentes contextos, provocando prejuízos funcionais na vida do indivíduo, como dificuldades acadêmicas e ocupacionais, problemas nas relações sociais e com a auto-estima.

2.2 – Breve Histórico.

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade foi exposto pela primeira vez no início do século XX, e desde então tem recebido diversas denominações, como: Lesão Cerebral Mínima em 1947, Hipercinesia em 1950, Disfunção Cerebral Mínima em 1962, Síndrome da Criança Hiperativa e Distúrbio Primário da Atenção e Distúrbio de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade.

Embora a maioria dos estudos sobre o TDAH tenha sido realizada em crianças desde a sua primeira descrição até os dias atuais, os adultos também podem apresentar o mesmo diagnóstico, porém com sintomatologia própria.

Os critérios diagnósticos estabelecidos pela Associação Americana de Psiquiatria, a ênfase se dá, através das características comportamentais mais comuns notadas na população infantil. Assim, os adultos acometidos pelo TDAH acabam não preenchendo aos critérios estabelecidos, embora atualmente acredite-se que o transtorno persiste da infância até a fase adulta, sofrendo apenas modificações no quadro sintomatológico.

Um dos primeiros autores a escrever sobre o assunto foi Dupré, no período da Primeira Guerra Mundial, que acreditava tratar-se de uma lesão cerebral mínima. Mais tarde, em 1962, num simpósio de Oxford, foi oficializado a expressão Disfunção Cerebral Mínima. Em 1966, um grupo de estudos concluiu que esta disfunção pode originar-se de variações genéticas, irregularidades bioquímicas, sofrimento perinatal, moléstias ou traumas sofridos durante os anos críticos para a maturação do sistema nervoso central.

Esta expressão foi utilizada no meio científico até 1980, quando a Associação Psiquiátrica Americana propôs uma nova denominação: Síndrome do Déficit de Atenção. Esta denominação passou a englobar tanto a hiperatividade como as demais funções que originam da falta de maturação do sistema nervoso central tais como: incoordenação motora, falta de equilíbrio, distúrbios de fala, alteração de sensibilidade, distúrbios de comportamento e dificuldades escolares.

George Frederic STILL, em 1902,

“Fez alguns estudos com grupos de crianças que apresentavam características agitadas, desafiadoras, agressivas, passionais, com a finalidade de obter delas um comportamento mais aceitável. Descobriu que, por não existirem maus tratos pelos pais, os problemas deveriam ser de origem biológica, pois alguns membros da família possuíam problemas psiquiátricos como depressão, problemas de conduta, alcoolismo, dentre outros¹⁶”. (HALLOWELL, 1994, p. 271).

Depois da década de 70, o termo hipercinesia passa a ser utilizado equivalendo a hiperatividade e alguns autores começam a estudar a hipercinesia, tanto de um ponto de vista sintomático, quanto em um sentido "sindrômico".

A compreensão desse quadro nosológico prosseguiu de forma insatisfatória e com pouca concordância científica. A concepção de uma categorização com maior legitimidade e confiabilidade começou com a CID-9 (Organização Mundial de Saúde,

¹⁶ HALLOWELL & RATEY. Tendência à Distração. SP: Ed Rocco, 1994. p. 271.

1965) e com o DSM-II (Associação Psiquiátrica Americana, 1968), quando a terminologia foi mudada para Síndrome Hiperkinética da Infância.

Em 1980, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) cunhou a nomenclatura Síndrome de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade relegando a hiperatividade a um segundo plano. O DSM-III-Revisado (APA, 1987), em seguida, modifica o termo para Distúrbio de Déficit de Atenção por Hiperatividade tornando novamente a inquietação o elemento essencial ao transtorno.

A partir de novos estudos que verificaram que tanto a falta de atenção quanto a hiperatividade estavam presentes, o DSM-IV¹⁷ (1994) apresenta a mais nova e atual denominação: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Essa classificação reúne 18 sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade e distingue três subtipos para fins de diagnóstico: o predominantemente desatento, o predominantemente hiperativo/impulsivo e o tipo combinado que reúne características dos dois anteriores.

2.3 – Etiologia do Transtorno

Hoje é sabido que a ocorrência de ADD (do inglês: Attention Déficit Disorder) está muitas vezes relacionada a problemas durante a gravidez e parto. Na revista *Veja* em 1996 tem a seguinte citação: “As chances de uma criança sofrer de hiperatividade e Déficit de Atenção aumenta se a mãe fumar na gravidez. Médicos da Universidade de Harvard notaram que 22% dos pacientes estudados eram filhos de fumantes” (VEJA, 1996, p. 18)

As investigações científicas atuais para a determinação da etiologia da síndrome atingem um amplo campo que vai desde aspectos bioquímicos e neurológicos até psicológicos e sócio-ambientais.

Barbosa e outros em 1996; distinguem três concepções etiológicas para o TDAH:

a) a que defende a síndrome como um transtorno de personalidade, oriunda das abordagens psicodinâmicas;

b) a de base orgânica que considera o transtorno como sendo uma afecção cerebral; e

¹⁷ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – 4ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p.845.

c) a genética, com a idéia de uma possível transmissão genética nas bases do TDAH.

No campo biológico, o meio científico tem dado valor a duas hipóteses neurológicas. Estudos atualizados sobre as síndromes encontradas sugerem que o TDAH é derivado de uma disfunção do lobo frontal devido a uma agitação dos processos inibitórios do córtex. Uma outra sugestão tem base neurológica com ênfase em um desequilíbrio neuroquímico nos aparelhos neurotransmissores que regulam a noradrenalina e da dopamina, os quais se encontram em níveis inferiores, sendo o TDAH provocado por uma baixa produção ou sub-utilização dessas substancias.

A etiologia genética tem sido sustentada a partir de estudos de família com filhos adotivos e gêmeos que verificaram antecedentes de hiperatividade nos pais e falta de associação entre crianças adotadas e pais adotivos.

Nas pesquisas de caracterização sócio-emocional, o estilo de criação e as características de personalidade dos pais são considerados fatores que interferem no desenvolvimento e curso do transtorno.

“Abordam a questão clínica da síndrome, considerando que o transtorno hipercinético pode ser um estado reacional a uma situação traumatizante ou ansiogênica que responde a uma angústia permanente.” (AJURIAGUERRA E MARCELLI, 1984/1986)

Para Hernandez (1989), existe uma hiperatividade de comportamento ou uma hiperatividade reativa gerada em ambiente onde há relacionamentos familiares insatisfatórios e falta de reciprocidade afetiva, sendo a criança objeto de permanente desvalorização e alvo de crítica.

Recentemente se tem apontado para uma origem multidimensional diante da complexidade desse transtorno e da falta de evidências científicas sólidas que sustentem uma etiologia única e de base exclusivamente biológica.

Estudiosos passaram a assegurar que a vulnerabilidade biológica e os fatores psicossociais interagem de um modo periódico com relação à causa, gravidade e resultado do transtorno. “O TDAH envolve interações multidirecionais, recíprocas e dinâmicas entre influências genéticas, neurais, psicológicas, comportamentais e ambientais que ocorrem ao longo do desenvolvimento da criança.”¹⁸(BARKLEY e outros, 1998).

¹⁸ BARKLEY Russel A., Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, Art Med, 1998.

No Brasil, os estudos foram baseados nos critérios diagnósticos do DSM-IV, “situam a prevalência do TDAH entre 3% e 5%. A síndrome é mais comum em meninos em 9% com sintomas de hiperatividade do que em meninas em 3%, que apresentam mais sintomas de desatenção¹⁹”. (ROHDE, 2000).

As análises revelam um alto percentual de comorbidade entre os portadores do TDAH e os transtornos transtorno de conduta e transtorno desafiador de oposição; depressão; transtorno de ansiedade; e transtorno da aprendizagem.

2.4 - Principais características e dificuldades básicas

Atualmente, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é uma terminologia usada para descrever uma desordem específica do desenvolvimento exibido por crianças com deficiências em sustentar a atenção, inibir os impulsos e regular a atividade motora nas diversas situações de vida.

Para fins diagnósticos, o DSM-IV exige que os sintomas de falta de atenção, hiperatividade e impulsividade tenham surgido antes dos sete anos e que ocorram freqüentemente, que sejam mal-adaptativos e inconsistentes com o nível de desenvolvimento da criança, que persistam por, no mínimo, seis meses e se manifestem em dois ou mais ambientes. Pelo menos seis dos sintomas de desatenção e ou seis dos sintomas de hiperatividade e impulsividade têm que estar presentes freqüentemente na vida da criança.

A fraca capacidade de manter a atenção focalizada, quando distintos estímulos no ambiente distraem com facilidade a criança, designa o tipo predominantemente desatento. A sua atenção difusa dirige a atenção a muitas coisas ao mesmo tempo, cria problemas no pensamento e na memória. Essa criança, contudo, é capaz de se concentrar horas em uma atividade que aprecia e na qual é habilidosa. “Uma explicação dada por para esta “desatenção seletiva” relaciona-se à motivação e ao prazer desencadeado pela tarefa, como se essa criança fosse movida por estímulos excitantes, onde o mundo tem que ser

¹⁹ ROHDE, L. A., BARBOSA, G., TRAMONTINA, S. & POLANCZYK, G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 2000, p.1-16.

interessante e tudo aquilo que for aborrecido, tedioso, prolongado ou repetitivo não tem um atrativo intrínseco.²⁰ (BARKLEY e cols, 1998)

Segundo as leis da percepção, nem todo dado de realidade é objeto de percepção, ou seja, "nem tudo o que se olha é o que se vê". O ato de focalizar a atenção requer uma intencionalidade da consciência, onde a atenção voluntária impõe um esforço mental para orientar a atividade psíquica em direção a um estímulo e mantê-lo dentro do campo perceptivo consciente. Todo ato de percepção revela, portanto, um processo de "atenção seletiva" e ou "desatenção seletiva".

A hiperatividade como característica marcante e atrelada à impulsividade distingue a criança por estar em constante movimentação corporal durante a execução de uma atividade e por agir impulsivamente ("sinto, logo ajo").

A criança responde aos múltiplos estímulos ambientais com uma prontidão imediata, parecendo não selecionar conscientemente a tarefa ou o objeto prioritário de sua ação. A inquietação revela uma falta de controle do próprio corpo, indicando uma desarmonia entre o sentir, o pensar e o agir.

A psicomotricidade ocupa-se do movimento humano como primeiro instrumento na construção do psiquismo e aponta com grande ênfase a ação recíproca entre movimento, emoção, indivíduo e meio ambiente. Sustenta que a atividade motora constrói a imagem corporal como resultado da ação dinâmica entre as experiências intracorporais e extracorporais, e que a imagem corporal dá a base para a criança agir no mundo de forma organizada e adaptada ao espaço envolvente.

Em uma nova ótica epistemológica, o olhar não está mais situado apenas no motor, num corpo instrumental, mas: "num corpo em movimento que à medida que se desloca constrói a realidade e a própria capacidade intelectual, que sente, que se emociona e cuja emoção manifesta-se tonicamente²¹". (LEVIN, 1991/2001, p. 31).

O corpo é construído e constituído a partir de uma história. Corpo, motricidade e emoções formam uma unidade e uma totalidade.

Portanto, o que fala é o sujeito através do seu corpo, das variações tônico-motoras, do movimento, dos gestos e do esquema corporal que são representantes de uma organização psíquica. Este é o desafio que nos lança a criança hiperativa com o seu corpo em contínuo movimento.

²⁰ BARKLEY, Op. Cit. 1998.

²¹ MELLO, Luciana e SAIDE Osvaldo, TDAH e Transtorno do uso de substância, artigo retirado do site: <http://www.tdah.org.br/reportagem03.php>.

2.5 - Uma Visão Geral do TDAH pela Psicologia Gestalt

Gestalt é uma palavra alemã que significa forma, configuração, todo significativo, entidade estrutural. Ao ser apropriada pela Psicologia da *Gestalt*, passa a representar uma unidade perceptiva cujo sentido é dado pelas inter-relações específicas entre as partes, aquilo que faz do todo uma unidade diferente da simples soma das partes.

A história da Gestalt-Terapia (GT) origina-se através da teoria de Fritz Perls, fundou junto com outros colaboradores, uma abordagem de base holística existencial fenomenológica reunindo elementos da Teoria do Campo, da Teoria Organísmica, da Psicologia da Gestalt e das concepções filosóficas do Humanismo, Existencialismo e da Fenomenologia.

Sustentada em suas teorias de base, a GT formula que o campo organismo/ambiente constitui uma unidade inseparável, uma totalidade cujo significado emerge das inter e intra-relações entre as partes que formam um dado todo. Dessa totalidade, figuras emergem em relação a um fundo, e essa relação entre figura e fundo funciona dinamicamente e dá significado aos fenômenos.

“A criança que tem seu sistema motor inibido com "não faça isto, não faça aquilo"; seu sistema cognitivo superestimulado com "pense sempre antes de agir, cuidado com erros", terá estes dois tipos de introjetos afetando imediatamente seu campo psicoemocional, produzindo nela um medo generalizado e sentimentos de insegurança que afetam seu campo sócio-ambiental, fazendo-a assumir sempre atitudes tímidas, prudentes, com dificuldades de relacionamento e profunda desconfiança de si mesmo²²”.(RIBEIRO, 1997, p. 24)

Assim, cada indivíduo pode apresentar comportamentos diferentes em ambientes diferentes. O campo cria necessidades e comportamentos diferentes, assim como a necessidade organiza o comportamento e o campo. Compreende-se, portanto, a razão da criança hiperativa variar o seu comportamento irrequieto em distintos contextos de vida.

A partir da visão holística da GT, acreditamos que é imprescindível se tomar em consideração a influência do ambiente social e familiar, caso se deseje

²² RIBEIRO, J. P. O ciclo do contato. São Paulo: Summus, 1997, p.24.

compreender plenamente essa síndrome, diagnosticá-la com acerto e prover os tratamentos necessários. Sendo assim, o objetivo geral do trabalho é compreender o funcionamento psicológico da criança hiperativa com base na Teoria do Ciclo do Contato da abordagem gestáltica, de forma a identificar os fatores de cura e os bloqueios do contato utilizados por essa criança. Como objetivo específico, pretendemos oferecer uma contribuição psicopedagógica para abordar a criança hiperativa, a partir de um modelo de intervenção de base gestáltica.

CAPÍTULO 3 – INTERFERÊNCIAS DO TDAH NAS RELAÇÕES SOCIAIS DA CRIANÇA.

Na idade dos 7 aos 10 anos, é a fase em que a criança se desenvolve fisicamente, ocorre a erupção dos dentes permanentes. Terá dificuldades com a coordenação motora fina muitas vezes mostrando-se desajeitada. As crianças com TDAH consciência das mãos como instrumentos de trabalho, mas por sua agitação prefere lidar com as pernas e forcas dos braços. Fisiologicamente, também se identificam com o pai do mesmo sexo, para os meninos devido ao transtorno há um exagero de façanhas atléticas, exibindo muita energia.

O desenvolvimento da linguagem da criança com TDAH se dá lentamente, seu vocabulário não é tão rico e nem tão sofisticado, mas também pode ser, mas pode ser alterado pelas dificuldades que tem para manter a atenção e a concentração, gramaticalmente pode ser comprometida ou não. Início do processo de aprender a ler, mas com alterações por causa da área cerebral afetada, ou seja, os lobos frontais logo atrás da testa, a responsável pela inibição do comportamento, pelo autocontrole, auto-organização, planejamento para o futuro, crítica, censura, atenção e concentração.

Aos sete anos se dá para a maioria das crianças a prontidão para a alfabetização, os TDAH se estimulados e diagnosticados e em tratamento podem estar prontos para serem alfabetizado ao mesmo tempo em que a criança sem o transtorno, mas devido a sua hiperatividade seu foco de atenção é sempre direcionado para uma outra coisa dentro da sala de aula. Geralmente essa criança pode ter a inteligência na media ou acima da media, mas parecem dispersas e acabam sendo rotuladas como bagunceiras, avoadas, etc.

As crianças com TDAH sentem prazer em jogos, mas que estes tenham pouca duração, o professor devesa buscar formas de chamar sua atenção nas atividades em sala de aula, pois devido as suas atitudes poderá com o tempo ser deixado de lado.

Tem atrasos no desenvolvimento da linguagem, devido a sua inquietude não presta atenção que é um dos fatores para reter o aprendizado, embora alguns mesmo parecendo dispersos aprendem rapidamente e ficam entediados com o ritmo lento

dos colegas. Como se ele não tivesse tempo a perder, o corpo necessita se movimentar, a criança não tem controle de seus impulsos.

O Aluno com TDAH no estágio das operações intelectuais concretas, segundo Piaget terá, um déficit em demonstrar ser socialmente cooperativo, por causa da hiperatividade, impulsividade e desatenção, muitas vezes ele pode demonstrar-se agressivo e as outras crianças acabam isolando-o.

Os princípios de reversibilidade e conservação de volume, peso, número e extensão são adquiridos nos alunos com TDAH, embora esse conteúdo deva ser trabalhado individualmente com métodos e técnicas mais elaborados, ou que pelo menos lhe chamem sua atenção.

As alterações da atenção; nas crianças com Transtorno pode ou não apresentar hiperatividade física, mas jamais deixará de apresentar forte tendência à dispersão. E essa instabilidade de atenção poderá lhe trazer dificuldades na compreensão sobre a relação entre a parte e o todo, e incapacidade de seriação e classificação, devido as suas falhas com relação à auto-organização.

A mente com TDAH funciona como um receptor de alta sensibilidade, que reage rapidamente emitindo respostas, são os casos clássicos daquelas pessoas que dizem o que lhes vem à cabeça, demonstrando a impulsividade. Essa característica, muitas vezes poderá soar como agressividade e resultará em problemas em seu desenvolvimento afetivo e social. Os professores, os colegas e os amigos deverão saber mais sobre esse transtorno, pois a criança se torna com o tempo anti-social e tende a rebaixar sua auto-estima. Esse comportamento caso essa criança não for diagnosticada e tratada, a tendência é de manter seus relacionamentos de forma muito difícil.

As crianças com o TDAH apresentam algumas características que influenciam e dificultam no processo de aprendizagem, tais como os relacionados abaixo:

- Falta de atenção a detalhes ou cometem erros por descuido na realização das tarefas escolares;
- Tem dificuldades para manter a atenção por um longo período em tarefas escolares ou em atividade lúdica, considerando difícil persistir nelas até seu término;
- Parece não ouvir o que está sendo dito se alguém lhes dirige a palavra;
- Falha em seguir instrução ou não conclui as tarefas escolares;
- Tem hábitos de trabalho desorganizado na realização das tarefas escolares, ou seja, os materiais utilizados para a realização de tarefas são espalhados e ou danificados;

- Evitam ou relutam em participar de atividades que exijam esforço mental;
- Perdem coisas necessárias as atividades escolares;
- Distrai-se facilmente por estímulo irrelevantes para a realização de uma tarefa, mudam de assunto freqüentemente ou distrai-se durante as conversas externas e com freqüência esquece de coisas no curso diário;

As características associadas ao Déficit de Atenção e hiperatividade variam, dependendo da idade e do estágio evolutivo e podem incluir baixa tolerância à frustração, acessos de raiva, comportamento "mandão", teimosia, insistência excessiva e freqüente para que suas solicitações sejam atendidas, instabilidade do humor, desmoralização, disforia, rejeição por seus pares e baixa auto-estima.

As realizações acadêmicas em geral estão prejudicadas e insatisfatórias, tipicamente ocasionando conflitos com a família e autoridades escolares. A insuficiente dedicação às tarefas que exigem esforço constante freqüentemente é interpretada pelos outros como sinal de preguiça, um fraco senso de responsabilidade e comportamento de oposição.

Os relacionamentos familiares com freqüência se caracterizam por ressentimento e hostilidade, especialmente porque a variabilidade no estado sintomático do indivíduo muitas vezes leva os pais a crerem que todo o comportamento perturbador é voluntário.

A hiperatividade caracteriza-se como um quadro de hiperatividade física e ou mental, com excesso de energia, ou seja, hiper-reatividade ou desinibição motora. O brincar para a criança TDAH é importante, as atividades lúdicas podem manter um comportamento mais inibido, por pouco tempo se não estimulado adequadamente. A professora tem de estar atenta e elogiar todas as tarefas que ele acabar, e a brincadeira pode é um método terapêutico para qualquer criança com quaisquer transtornos. E dessa forma a criança está se socializando.

A família continua a ser o princípio da socialização da criança, dela está sujeito a escolha da escola. Compete à família sustentar e amparar o aluno, e se este for portador do TDAH essa valorização deve se dar através da busca de tratamento, para que seus sintomas diminuam antes de chegar a idade adulta.

Em relação à escola: deve-se o Educador que trabalha diretamente ao observar o TDAH, deve encaminhá-lo, caso este não tenha sido diagnosticado ainda, para um médico neurologista, e a direção da escola deverá desenvolver um programa de capacitação dos educadores para que esses se cientifiquem sobre o assunto.

Com relação a família, se está desconhecendo o transtorno, deverá ser iniciativa da escola avisá-los da necessidade de se fazer um trabalho terapêutico, em casa também. O paciente e seus familiares devem receber informações claras sobre o assunto, sua natureza e tratamento adequado.

Todas as informações e instruções devem ser repassadas pelo professor especialista em inclusão na educação especial, quanto a natureza do TDAH. Sempre que possível, fornecer material para leitura e estimular a compreensão das questões relacionadas com o transtorno. Inclusive detalhes sobre os efeitos desejáveis e indesejáveis do uso de medicação. É da maior importância estimular a participação ativa do paciente no desenrolar do tratamento, pesquisando sobre o assunto, opinando sobre o próprio tratamento, ligando-se ativamente a grupos, etc.

Compete à escola conservar ou modificar a visão que a criança tem de si mesma, de suas aptidões, de sua importância: principalmente aos alunos com o TDAH. Assim como as crianças sem o transtorno, o portador desenvolve suas relações sociais na vizinhança, ou seja, a comunidade onde mora e seu círculo familiar e o universo escolar.

A escola, dependendo do nível de entendimento e comprometimento da família, deverá informar que o tratamento deve incluir sempre três modalidades de intervenção: psico-educação, os recursos psicofarmacológicos e abordagens psicossócio-educacionais, além do tratamento das condições comorbidas.

Além da intervenção medicamentosa, outras medidas são de especial importância. A inclusão deste portador na Terapia comportamental Cognitiva, a qual se utiliza certa estratégia para a modificação de comportamentos inadequados. A psicoterapia e grupos de auto-ajuda mútua.

A função da escola, dos pais e de todos os profissionais que trabalham com a criança portadora do TDAH, devem tratá-lo como qualquer ser humano, acentuando seus traços positivos de personalidade que fundamentalmente o fará reconhecer e acentuar suas qualidades.

CAPÍTULO 4 - COMO DIAGNOSTICAR A CRIANÇA COM TDAH

4.1 – Diagnóstico:

Segundo o Artigo de Simaia Sampaio, TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Informações e orientações, em sua página na internet:

“Um diagnóstico e tratamento corretos poderão ajudar a criança a diminuir as repetências, elevar sua concentração por um período maior de tempo, evitar depressão, superar problemas de relacionamento, ajudá-lo na orientação vocacional, evitar envolvimento com drogas. Até pouco tempo acreditava-se que os sintomas de TDAH desapareciam na adolescência e na vida adulta. Muitos ainda acreditam que só ocorre no período da infância. Entretanto, recentes pesquisas mostraram que 50% a 75% dos casos continuam na idade adulta. Há casos que a hiperatividade tende a diminuir ou desaparecer devido a um amadurecimento do cérebro que acaba equilibrando a produção de dopamina. Muitos pais demoram muito de procurar ajuda ou não aceitam um diagnóstico de hiperativo, por achar que é coisa da idade, que toda criança é agitada mesmo, que isso irá passar. Porém quando o problema demora a ser diagnosticado, o hiperativo, a partir da sua puberdade, pode procurar as drogas, o álcool, praticar agressões sexuais, a fim de tentar superar suas dificuldades em adaptar-se à vida social, e em alguns casos podem cometer até o suicídio. Portanto, a consulta a um especialista é importante porque nem sempre aquela criança agitada é hiperativa. A hiperatividade poderá ser confundida com outras patologias ou mesmo vir junto com estas, tais como: autismo, deficiência auditiva, dislexia, deficiência mental, que pode tornar o diagnóstico difícil, tendo, portanto que ser realizado por um profissional especializado. Muitos pais ou adultos hiperativos buscam várias especialidades para fazer um diagnóstico, e muitas vezes não conseguem chegar a um consenso. Para fazer o diagnóstico, é indicado um psiquiatra, que deverá fazer uma anamnese com pais e pessoas de seu convívio como professores, empregadas e terapeutas se estiver sendo acompanhado por alguém. De acordo com a Associação Brasileira do Déficit de Atenção Eletroencefalograma, o Mapeamento Cerebral, a Tomografia Computadorizada, a Ressonância Magnética e o Potencial Evocado não podem fornecer este diagnóstico”

Conforme anexo 1.

4.2 – Os sintomas característicos do TDAH.

O diagnóstico pode iniciar através de observação do aluno TDAH em sala de aula e em entrevista com os pais verificar qual é a maneira que ele se comporta em casa, sua rotina, na convivência com a vizinhança, etc.

Mas não basta somente a entrevista de anamnese e a observação, é necessário que esta criança tenha alteração de atenção, o indivíduo apresenta dificuldades em sustentar a atenção, e ou alternar o foco atencional, por um curto período de tempo, mesmo durante as atividades cotidianas.

Outro sinal característico da hiperatividade é a dificuldade ou incapacidade de se manter quieto e calmo, com intensa agitação motora, mesmo em situações consideradas inapropriadas. A criança TDAH pode ou não apresentar hiperatividade física, mas jamais deixará de apresentar forte tendência à dispersão.

Revelar uma atitude com impulsividade, responde o que vier a cabeça sendo ou não conveniente, se manifesta pela dificuldade do indivíduo em planejar os comportamentos e as idéias, agindo de forma precipitada e impensada. E desta forma, fecha-se a tríade dos sintomas da criança com TDAH.

4.3 – Classificação dos Tipos de TDAH

Assim, existem três tipos de Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade, são eles:

4.3.1- TDAH, Tipo Combinado

Neste quadro de TDAH, tanto os sintomas de desatenção, como os sintomas de hiperatividade e impulsividade estão presentes.

4.3.2 - TDAH, Tipo Predominantemente Desatento

Este tipo de TDAH é mais freqüente no sexo feminino e pode levar, assim como as crianças que têm o TDAH Tipo Combinado, a um maior prejuízo no desempenho acadêmico. As crianças predominantemente desatentas apresentam um maior retraimento e isolamento social, o que acaba por gerar a problemas de relacionamento social. Assim, isso consiste num círculo vicioso, já que por não envolver-se socialmente de forma adequada, a criança não aprende as habilidades sociais pertinentes ao seu grupo.

4.3.3 - TDAH, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo

Crianças que apresentam este tipo de TDAH, se mostram mais agressivas do que aquelas que sofrem de um dos outros dois tipos. Dessa forma, freqüentemente são rejeitadas pelo seu grupo, pois na maioria das vezes agem sem pensar, não conseguem prever as conseqüências de seus atos, e são socialmente inadequadas.

4.4 - Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade segundo o DSM-IV.

A. Ou (1) ou (2)

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

Desatenção:

- (a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras
 - (b) com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
 - (c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra
 - (d) com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)
 - (e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades
 - (f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)
 - (g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais).
 - (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa
 - (i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias.
- (2)** seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

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

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).

CAPÍTULO 5 – COMO AJUDAR AS CRIANÇAS COM TDAH.

5.1 - As intervenções.

Em primeiro lugar, é fundamental frisar que a abordagem do transtorno exige múltiplas intervenções. Na maioria das vezes, se faz necessário à combinação de varias das seguintes intervenções.

- a) Esclarecimento os familiares sobre o TDAH;
- b) Intervenção psicoterápica com a criança ou com o adolescente;
- c) Intervenção psicopedagógica e ou de reforça de conteúdos;
- d) Uso de medicação;
- e) Orientação de manejo para a família;
- f) Orientação de manejo para os professores.

Esclarecer a família em relação ao tratamento é de grande relevância, é fundamental para que noções erradas possam ser corrigidas e rótulos possam ser removidos. Possibilitando a família um momento para que possa ventilar as suas angústias e as suas duvidas sobre vários aspectos desse transtorno.

A intervenção psicoterápicas, neste transtorno se adapta com melhores resultados as intervenções com base nas terapias cognitivo-comportamentais, pois seu adequado manejo modifica os sintomas através da modificação do comportamento.

A intervenção psicopedagógica e uma boa porcentagem dos TDAH apresentam problemas de aprendizagem secundários ou associados ao transtorno. Em conjunto ou após o atendimento psicopedagógico, as vezes, é necessário um acompanhamento pedagógico realizado pelo professor, que ajude a prevenir novas lacunas na aprendizagem.

Se necessário for entrar com medicação deve-se encaminhá-lo ao seu médico, pois nem todas as crianças com TDAH necessitam de medicação. Aquelas com sintomas leves e com boas capacidades cognitivas podem necessitar apenas de intervenções psicoterápicas e estratégias de manejo cognitivo-comportamental. Entretanto, a grande maioria apresenta prejuízos significativos na sua vida em função dos sintomas; são candidatas claras ao uso de remédios.

Em nossa sociedade, é utilizada a medicação *Metilfenidato* comercializado como Ritalina, os antidepressivos triciclos como a Nortriptilina denominada Pamelor e a imipramina que se conhece como o Tofranil. Pode parecer um paradoxo usar medicações estimulantes para o tratamento de crianças hiperativas, entretanto, essas medicações estimulam a função das áreas cerebrais responsáveis pelo comportamento inibitório e por isso tendem a melhorar o “freio inibitório”. Como todos o tipo de medicação pode causar sintomas gerais de dor de cabeça, mal-estar, náuseas, vômitos e tonturas. Entretanto isso acontece apenas numa pequena parcela de crianças e normalmente os efeitos adversos desaparecem após o uso contínuo e com adequado ajuste de dose. São também usados os antidepressivos tricíclicos, que como qualquer medicação, os antidepressivos tricíclicos podem causar efeitos colaterais gerais, como dor de cabeça, mal-estar, náuseas, vômitos e tontura.

Assim como o metilfenidato pode causar aumento da irritabilidade e alterações de sono, como dificuldades para adormecer em algumas crianças e sonolência excessiva em outras. As alterações do sono devem ser manejadas por meio de ajustes no esquema de administração de medicação. As crianças que apresentarem sonolência excessiva, por exemplo, devem receber a medicação, ou maior parte dela, à noite. Esses efeitos adversos tendem a diminuir com a continuação do uso e ou ajuste de dose.

Ao contrário dos adultos, as criança,-, tendem a apresentar diminuição de apetite com o uso de antidepressivos tricíclicos. Em alguns casos, este efeito adverso pode ser intenso, implicando necessidade de diminuir a dose ou suspender a medicação. Os antidepressivos tricíclicos podem também causar efeitos adversos, chamados efeitos anticolinérgicos.

Em crianças, os mais comuns são boca seca e constipação, que tendem a diminuir com o uso continuado da medicação e/ou ajuste de dose. É importante oferecer à criança uma dieta rica em fibras vegetais e outros alimentos, como ameixa ou mamão, que estimulem o trânsito intestinal.

Certamente a maior preocupação com o uso de antidepressivos tricíclicos em crianças está relacionada com os efeitos adversos que essas medicações podem ter no aparelho cardiovascular. Algumas crianças apresentam aumento significativo da frequência cardíaca (aumento do número de batimentos do coração) e ou alterações da condução dos estímulos das fibras nervosas do coração. Felizmente, não são muitos as crianças que apresentam efeitos com o uso dessas medicações e, na

grande maioria das vezes, essas alterações não têm relevância clínica para a criança.

Entretanto, os serviços de saúde mental de crianças têm sugerido que se faça um eletrocardiograma antes do início do uso dessas medicações e após cada aumento mais significativo de dose. Assim podemos usar os antidepressivos em crianças de modo segura.

SAMPAIO²³, em seu artigo informa e orienta: Terapias Alternativas.

Outras terapias alternativas como massagem, Yoga²⁴, meditação, Tai-chi-chuan²⁵, Liangong, Florais de Bach podem ser utilizadas com crianças maiores. Segundo relatos de professores, crianças submetidas a algumas destas terapias têm-se mostrado, em sala de aula, mais calmas e mais envolvidas nas tarefas.

Uma terapia psicomotricista também é importante para auxiliá-lo no desenvolvimento da coordenação viso-motora, obter maior noção espaço-temporal, a ter maior equilíbrio. Deve-se observar, porém, que estas terapias alternativas não poderão substituir a psicoterapia e o uso de medicamentos se for o caso.

Como A Escola Poderá Ajudar

E o que a escola pode fazer ao se deparar com alunos hiperativos já diagnosticados? Em primeiro lugar, traçar estratégias para que este aluno não se sinta entediado e não atrapalhe tanto as aulas.

Algumas dicas como estas poderão ajudá-lo:

²³ Psicopedagoga e Pedagoga. Atua como Psicopedagoga clínica trabalhando com crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem. É autora de diversos artigos e textos educativos e membro da Associação Brasileira de Psicopedagogia. É responsável pela criação e construção deste site, cujas dúvidas, sugestões, elogios, artigos e opiniões.

²⁴ O yoga – trata-se de um substantivo masculino, e o mais correto é pronunciar-lo com “o” fechado, como em “ovo”, e escrevê-lo sem acento circunflexo – significa jugo, canga, união. Seu sentido mais comum é unir, religar o ser humano à sua essência. Mas a palavra tem outras acepções, como trabalho, caminho, harmonia, força, poder, atividade, ensinamento, conexão. O termo está presente em cada uma das abordagens espirituais da religião indiana: ritual (carma-yoga), devocional (bhakti-yoga), intelectual (jnana-yoga) ou meditativa (dhyana-yoga).

²⁵ O Tai Chi Chuan é uma arte milenar chinesa, conhecida como “a arte da longa vida”. O termo Tai Chi Chuan – Tai Chi, representa a idéia do Movimento Universal (baseado na Teoria do Yin e Yang), e Chuan, conflito. Mente em equilíbrio diante das situações de conflito, “Supremo último conflito”. É uma arte marcial, que enfoca atualmente vários benefícios para a saúde tanto física, quanto mental. Direcionada também para o aprimoramento e crescimento interno, visando um desenvolvimento pessoal extremamente refinado. A arte, que ensina a lutar, para não lutar. O caminho do guerreiro. A arte que busca a harmonia e serenidade entre corpo, mente e espírito. O Tai Chi Chuan enfatiza antes o uso da energia interna do que a força muscular. Ela é praticada através de movimentos lentos e circulares, que permite ser praticada por qualquer pessoa, adultos, crianças e idosos.

- Substituir aulas monótonas ou cansativas por aulas mais estimulantes que prendam sua atenção (o professor deverá ter muito preparo e ser bastante flexível com seu planejamento, mas ter cuidado para que o hiperativo não se empolgue demais);
- Estes alunos adoram novidades, lance mão destes recursos não habituais para prender sua atenção. Peça ajuda ao professor de artes para trabalhar de forma interdisciplinar. Estas crianças são muito criativas e se identificam muito com tarefas como criar, construir, explorar. Os adultos hiperativos poderão ter mais sucesso em carreiras ligadas a designers, publicidade, artes plásticas.
- Organize as carteiras em círculo, em forma de U, ao invés de fileiras a fim de visualizar melhor toda a classe e seu movimento;
- Coloque esta criança próxima a outras mais concentradas e calmas, assim ele não encontrará seguidores para sua agitação;
- Traga esta criança para perto de você, assim poderá ver se ela está conseguindo acompanhar seu ritmo, ou se você precisa desacelerar um pouco. Isto o ajudará também a dispersar-se menos.
- Coloque sempre no quadro as atividades do dia para que este aluno perceba que há regras pré-definidas e previamente organizadas e que todos devem cumpri-las sem exceção de ninguém.
- As tarefas não poderão ser longas. Deverão ter conclusão rápida para que ele consiga concluir a tarefa e não pare pela metade, o que é muito comum. As tarefas maiores deverão ser divididas em partes para que ele perceba que elas podem ser terminadas.
- Evite cores muito fortes na sala e na farda como amarelo e vermelho. Cores fortes tendem a deixá-los ainda mais agitados, excitados e menos atentos. Procure colocar tons mais neutros e suaves. Compare com o quarto de um bebê; agora pense: porque ninguém usa cores fortes nele? Estímulo demais não é bom para ninguém.
- Permita que o aluno saia algumas vezes da sala para levar bilhetes, pegar giz em outra sala, ir ao banheiro. Estes alunos não gostam de ficar parados por muito tempo e desta forma estará evitando que ele fuja da sala por conta própria.
- Peça que o aluno faça três riscos no quadro. Isto será o número de vezes que ele poderá sair. Cada vez que ele sair deverá apagar um risco no quadro. Isto funciona como um limite e tende a dar certo porque a criança se controla mais antes de pensar em sair da sala.

- Elogie seu bom comportamento, incentive os colegas a elogiar suas produções, desta forma a turma estará ajudando este aluno a elevar sua auto-estima.
- Uma agenda de comunicação entre pais e escola é muito importante. Isto evita que as conversas se dêem apenas em reuniões.
- As aulas de educação física são um ótimo auxílio para estas crianças que parecem ter energia triplicada. A ginástica ajuda a liberar mais esta energia que parece ser inesgotável, ajuda na concentração através de exercícios específicos, ajuda a estimular hormônios e neurônios, a distinguir direita de esquerda já que possuem problemas de lateralidade que prejudicam muito sua aprendizagem.

Talvez o maior problema que haja em relação ao TDAH está no fato de que ainda haja pouco conhecimento sobre este assunto no âmbito escolar e entre os pais. Muitos indivíduos que sofrem deste problema podem passar a vida toda sendo acusados injustamente de mal-educados, preguiçosos, desastrados, desequilibrados, justamente porque não foi diagnosticado e tratado a tempo.

Portanto, se depois que leu este artigo reconheceu alguém próximo, informe aos pais e oriente-os a procurar ajuda. Peça que deixe de lado os preconceitos e pense somente no bem estar de seus filhos.

CAPÍTULO 6 - DIRECIONAMENTOS AOS PAIS

6. 1 – Aos Pais.

Os pais com frequência se queixam de que o relacionamento com seus filhos que têm TDAH é por vezes, difícil e desgastante. Alguns momentos de relação prazerosa são entrecortados por inúmeros momentos de relação tensa e tumultuada.

Algumas sugestões, dicas e estratégias que funcionarão tanto melhor menos problemas os pais tiverem. Quanto melhor for o relacionamento familiar e quanto menos sintomas de oposição e desafio a criança apresentar.

Antes de tudo os pais devem lembrar que seu filho está tendo certas dificuldades não porque ele é ruim ou teimoso, e sim por que o TDAH leva a criança a agir diferentemente do esperado.

6.1.1 - Dicas Gerais para os Pais:

1 - Estabelecer Prioridades.

Muitas vezes deve ter-se sentido completamente "emaranhado" nos vários problemas de seu filho. Ele o interrompe, toma atitudes sem pensar, não presta atenção às suas instruções, não se concentra para fazer os temas. Nessas situações, é comum que os pais tentem, "em uma medida heróica", atacar o problema nas diversas frentes. Isso geralmente é pouco eficaz e acaba gerando mais frustração e sentimentos negativos para com a criança. Tente estabelecer prioridades. Qual é a dificuldade mais importante da criança? Qual o incomoda mais? Qual atrapalha mais o funcionamento dela? Pense e escreva todas as dificuldades da criança. As dificuldades da criança. Após, faça o *ranking*, colocando-as em ordem de prioridade. Estabeleça uma estratégia de manejo para a dificuldade maior. Resolva esse problema, e só então passe a dar atenção para o próximo.

2 - Pensar antes de agir

O comportamento hiperativo e impulsivo destas crianças levam muitas vezes os pais a reagir de forma rápida. Isso é particularmente verdadeiro no mundo de hoje, em que as atribuições do dia-a-dia nos tomam muito tempo.

Somos estimulados a reagir sem perder tempo. Frente a cada dificuldade da criança, tente pensar qual é a melhor alternativa de manejo. Tomemos, como exemplo uma criança que na hora da refeição não para quieta, levanta-se várias vezes da mesa e derruba as coisas freqüentemente. Nessa situação, antes de agir, pense nas alternativas de manejo:

3 - Pensar nas alternativas de manejo:

- Bater na criança;
- Ameaçar com castigo;
- Xingar;
- Pedir para ela ficar quieta;
- Retirar as garrafas e os talheres desnecessários de perto da criança;
- Propor uma recompensa se conseguir terminar de comer sentado, por exemplo.

Quanto mais você pensar, mais chance o bom senso tem de prevalecer. Não se esqueça de que você é o modelo de identificação para seu filho. É difícil pedir para ele pensar antes de agir se você age antes de pensar.

4 – Usar reforço positivo antes da punição.

A experiência clínica com crianças e adolescentes com TDAH têm indicado claramente que elas precisam mais do que as outras de constantes reforços para que os comportamentos esperados predominem. Mais do que isso, elas respondem melhor ao reforço positivo do que às estratégias punitivas. Portanto frente a um comportamento indesejado, como a constante dificuldade em esperar a sua vez, determine qual seria o comportamento desejado: por exemplo, conseguir esperar a sua vez em uma fila no cinema, recompense-a com elogios, com um tempo extra de sua atenção, ou mesmo com alguma vantagem, como a possibilidade de comprar um saco de pipocas ou de balas.

Isso parece ser mais eficaz do que puni-la quando "fura" a fila. Os pais preocupam-se que ao lançar mão de estratégias de reforço positivo possam estar "comprando" a criança. Na verdade, tais estratégias refletem um princípio básico da

relação interpessoal, ou seja, o da obtenção de direitos na medida em que deveres são cumpridos.

Acima de tudo, evitar as críticas constantes. Procure reforçar o que há de melhor em seu filho. Poucas coisas são mais prejudiciais para a auto-estima de uma criança do que viver em um ambiente em que apenas os erros são sistematicamente apontados.

5 – Constância de Estratégias

As crianças de maneira geral, em especial as com TDAH, necessitam de um ambiente previsível e constante. Frequentemente, os pais tendem a abandonar as estratégias para lidar com as suas crianças quando elas não apresentam resultados importantes e imediatos. Lembre-se de que o TDAH muitas vezes é acompanhado de sintomas de oposição e desafio e que as crianças demoram algum tempo para aceitar uma nova maneira de os pais relacionarem-se com elas. Assim, ao invés de punição, para reforçar um comportamento desejado, continue mantendo a mesma estratégia por pelo menos um mês, independentemente dos resultados obtidos no início.

Não esquecer que decidir por manter uma constância de estratégias significa, entre outras coisas:

(a) não abandonar rapidamente a estratégia proposta;

(b) mantê-la constante, independentemente do ambiente (Às vezes, os pais conseguem manejar bem a impulsividade da criança em casa, mas se atrapalham quando o sintoma aparece, por exemplo, no supermercado. Sentem-se constrangidos quando a criança tem um ataque de birra por não poder colocar todos os brinquedos da prateleira para dentro do carrinho de supermercado.);

(c) certificar-se de que ambos os pais estão executando-a de forma similar. (Este é um problema crucial, especialmente em famílias em que a discórdia conjugal é intensa. Não adianta a estratégia ser executada por um dos pais e sabotada pelo outro. Só tentem estabelecer um mínimo de prioridades e estratégias em que ambos estão de acordo. Façam isso de forma privada. Só tentem implementar qualquer estratégia quando houver consenso.);

6 – Se antecipe aos problemas.

Muitas vezes, os pais conseguem prever com bastante precisão o comportamento do seu filho com TDAH em situações que estão por acontecer. Por

exemplo, já antecipam que ele terá dificuldades de concentração, na hora proposta de estudo, que ele ficará muito hiperativo em uma festa de aniversário de um colega ou que ele não conseguira controlar o impulso de comprar todos os brinquedos em uma loja ou supermercado. Entretanto, muito poucos utilizam essa capacidade para buscar melhor manejo da criança.

Procurar exercitar a capacidade de antecipação de problemas. Frente a uma situação potencialmente complicada, como a hora de estudos, antecipe o que acha que vai ocorrer. Por exemplo, que ele vai rapidamente se desinteressar pela tarefa proposta, dispersar-se com outros estímulos (como a televisão ligada ficar) ficar "viajando" nos pensamentos. Antes de iniciar a tarefa, discuta com ele o que ele acha que irá acontecer. Incentive que participe na decisão sobre as estratégias que irão ser implementadas.

Quanto tempo ele acha que necessitará para acabar a tarefa proposta, onde ela deve ser feita, se a televisão deverá ou não ficar ligada ou que tipo de reforço positivo pode ser oferecido, caso ele consiga cumprir o que foi determinado.

A idéia é que vocês estão formando uma equipe para enfrentar as dificuldades e não a de que estão jogando uma partida em lados opostos. Qualquer time define a estratégia de jogo antes de a partida começar. Para isso, antecipa os problemas e dificuldades que ira enfrentar.

7 – Estabelecer uma comunicação clara e eficiente.

Segundo o exemplo da partida, as regras do jogo devem estar claras para os participantes. Estabeleça de forma clara os limites toleráveis para o comportamento do seu filho.

As instruções devem ser passadas e os pedidos feitos um a um e lembrados sempre que possível. Muitas vezes, é útil que a família de crianças com TDAH tenha em algum ambiente da casa um cartaz, um quadro negro ou de porcelana onde as regras mínimas de funcionamento estejam claramente escritas, bem como as instruções de cada dia.

8 – Proporcionar uma atividade física regular para o seu filho

A atividade física regular é fundamental para qualquer criança. É mais importante ainda naquelas com este Transtorno, especialmente quando os sintomas de hiperatividade são mais intensos. Escolha atividades e jogos nos quais ela possa

aprender e conviver com regras e limites. Esta é uma oportunidade de ela gastar energias de uma forma produtiva!

9 – Escolher cuidadosamente a escola.

A escolha da escola para estas crianças é uma tarefa árdua e que deve ser muito bem pensado. É fundamental que a escola tenha uma equipe de professores e orientadores educacionais que estejam familiarizados com conceitos básicos de TDAH, ou que, pelo menos, tenham interesse em discuti-los. Acima de tudo, é importante que a escola tenha disponibilidade para receber um aluno que poderá apresentar dificuldades de aprendizagem e ou de comportamento e para desenvolver um trabalho em equipe com os pais e com o profissional da área de saúde mental que ira trabalhar com a criança e sua família. Procure escolas que valorizem o desenvolvimento, global da criança e que a avaliem individualmente, levando mais em conta seus progressos ao longo do tempo do que comparação rígida com a média dos colegas. Assim, escolas voltadas de modo exclusivo para o resultado em termos de conteúdo podem não ser um ambiente adequado para estas crianças.

6.2 – Estratégias específicas para o manejo de comportamentos

6.2.1– Planejamento de atividades futuras

As crianças com TDAH têm muita dificuldade para planejamento de atividades futuras. É comum que subestimem o tempo necessário para o desenvolvimento de uma tarefa específica, em especial se ela não for de interesse imediato para ela.

Seguidamente, ao receberem a data de uma prova não conseguem estabelecer um planejamento de estudo para a mesma.

Uma estratégia bastante eficiente para lidar com este problema é a de construção de um calendário semanal de atividades de estudo. Em primeiro lugar, construa um calendário contendo todos os dias da semana com a criança ou adolescente. Isso pode ser feito com uma folha de cartolina, em um quadro-negro ou de porcelana.

É importante que o calendário fique no quarto da criança em local visível. Domingo à tarde ou à noite, antes de iniciar a semana, sente com a criança.

Estabeleça com ela um período diário de estudo de no mínimo 30 minutos e de no máximo uma hora de segunda a sexta-feira. Duas coisas são importantes nessa combinação:

(a) em cada dia da semana, o horário de estudos pode variar de acordo com os outros compromissos da criança, mas deve ser estabelecido previamente no domingo para cada dia da semana; assim, na segunda-feira pode ser, por exemplo, das 2 às 3 da tarde e, na terça, das 5 às 6 da tarde;

(b) deixe a criança escolher o horário que lhe parecer melhor. É importante que ela participe ativamente deste exercício de planejamento. Estabelecidos os horários de estudo, é fundamental que eles sejam mantidos e não renegociados a cada dia. Isso irá ajudá-la a desenvolver um planejamento previsível de atividades. Ainda no domingo, peça que a criança ou adolescente escolha uma matéria que irá ser estudada ou revisada para cada dia, levando em conta os trabalhos e provas daquela semana. A partir disso, construa com ela o calendário de atividades da semana. Por exemplo, na segunda-feira, das 2 às 3 da tarde, a matéria a ser estudada é o Português; na terça-feira, das 5 às 6 da tarde matemática, porque na quarta ela terá prova; e assim por diante. No canto do calendário, ela deve colocar os dias de prova e entrega de trabalhos para a semana. Procure providenciar que algum adulto possa estar presente em casa nos horários diários escolhidos. É importante que ela possa contar com alguém se tiver com a tarefa, ou para organizar-se. Inicialmente, muitas vezes é necessário que ela seja lembrada do horário de início a cada dia. Combine com ela um reforço positivo para cada dia que ela conseguir seguir a combinação feita (pode ser um passeio para comprar um sorvete, um programa na televisão, um horário para jogar videogame ou alguma atividade extra com você, na medida que o programa estiver em andamento. Assinale para ela que não conseguiu cumprir o combinado e que, portanto, não terá direito ao reforço positivo daquele dia. Demonstre sua confiança de que no dia seguinte ela irá conseguir.

6.2.2 – Atenção focalizada

Como as crianças com este Transtorno têm dificuldade de focalizar a atenção em uma única tarefa, algumas estratégias simples são bastante úteis. O ambiente de estudo deve ser o mais quieto possível, longe de estímulos que possam incentivar a sua distração, como a televisão ligada ou uma janela de frente para a

rua onde outras crianças estão brincando. Não se esquecer de que o local de estudo deve ser bem iluminado e arejado.

6.2.3 – Comportamento hiperativo e ou impulsivo.

A melhor estratégia para lidar com a hiperatividade e a impulsividade destas crianças e adolescentes baseia-se no princípio geral já discutido de reforço positivo para o comportamento esperado. Estimule constantemente a criança a parar e pensar em soluções alternativas frente a uma situação-problema.

Antes de tudo, lembrar que seu filho está tendo certas dificuldades não porque ele é ruim ou teimoso, e sim porque o TDAH leva a criança a agir diferentemente do esperado. É importante compreender os problemas sociais, escolares e familiares que o seu filho enfrenta e estar disposto auxiliá-lo sempre. Ao mesmo tempo, procure refletir sobre como seu filho pode estar se sentindo quando não consegue corresponder as suas expectativas. De nada adianta exigir mais do que ele pode lhe dar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da literatura pesquisada observa-se que não se trata de um distúrbio de aprendizagem e sim de um transtorno que pode gerar bloqueios na aprendizagem devido à tríade de seus sintomas mais característicos como: a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade, que a criança manifesta inicialmente na infância, e que podem se revelar em diferentes contextos, provocando prejuízos funcionais na vida do indivíduo, como dificuldades acadêmicas e ocupacionais, e também problemas nas relações sociais traduzindo-se na auto-estima rebaixada.

A faixa etária focalizada em nosso estudo, é a idade dos 7 aos 10 anos, fase em que a criança se desenvolve fisicamente pois no final dessa etapa a criança e acaba púbere, caracteriza-se pela aquisição de lógica elementar, pelo início dos sentimentos morais e sociais em cooperação, relações de causas e efeitos sobre eventos concretos, presentes e experienciado. Nessa etapa vivencial se faz necessário um afastamento progressivo do contexto da vida familiar onde a criança ampliará seu processo de socialização e inclusão na sociedade através de sua presença na escola.

As crianças com TDAH sentem grandes dificuldades de aprendizagem devido às complexas desordens comportamentais que leva essa criança a graus variáveis de comprometimento na vida social, emocional, escolar e familiar. Esse transtorno caracteriza-se por distúrbios motores, perceptivos, cognitivos e comportamentais, expressando dificuldades globais do desenvolvimento infantil.

Ainda não se tem certeza da origem desse distúrbio, estudos mostram que tem bases neurológicas. E sugerem que o TDAH é uma disfunção do lobo frontal devido a uma agitação dos processos inibitórios do córtex. Outra hipótese tem base neurológica enfatizando um desequilíbrio neuroquímico nos aparelhos neurotransmissores que regulam a noradrenalina e da dopamina, os quais se encontram em níveis inferiores, sendo o TDAH provocado por uma baixa produção ou sub-utilização dessas substâncias. A caracterização sócio-emocional e o estilo de criação e bem como os atributos de personalidade dos pais são considerados fatores que interferem no desenvolvimento e curso do transtorno.

Os critérios diagnósticos têm base na psiquiatria infantil, e não se faz do dia para a noite, pois existem muitas características que fazem parte dessa etapa da

vida do ser humano, como a desatenção na puberdade por causa das modificações abruptas dos caracteres físicos da criança.

As realizações acadêmicas em geral serão prejudicadas e insatisfatórias, tipicamente ocasionando conflitos com a família e autoridades escolares. A insuficiente dedicação às tarefas é interpretada pelos outros como sinal de preguiça, um fraco senso de responsabilidade e comportamento de oposição.

Em primeiro lugar, é fundamental frisar que a abordagem do transtorno exige múltiplas intervenções. Na família, na escola, com equipe multidisciplinar de várias áreas como o médico, o psicólogo que tenham formação na área da psicologia cognitivo-comportamental, e todos eles integrados para o ajuste da criança, com muita responsabilidade e dedicação.

Esclarecer a família em relação ao tratamento é de grande relevância, é fundamental para que noções erradas possam ser corrigidas e rótulos possam ser removidos. Possibilitando a família um momento para que possa ventilar a sua angústias e as suas dúvidas sobre vários aspectos desse transtorno.

A intervenção psicoterápicas, neste transtorno se adapta com melhores resultados as intervenções com base nas terapias cognitivo-comportamentais, pois seu adequado manejo modifica os sintomas através da modificação do comportamento.

A intervenção psicopedagógico e uma boa porcentagem dos TDAH apresentam problemas de aprendizagem secundários ou associados ao transtorno. Em conjunto ou após o atendimento psicopedagógico, as vezes, é necessário um acompanhamento pedagógico realizado pelo professor, que ajude a prevenir novas lacunas na aprendizagem.

Se necessário for entrar com medicação deve-se encaminhá-lo ao seu médico, pois nem todas as crianças com TDAH necessitam de medicação. Aquelas com sintomas leves e com boas capacidades cognitivas podem necessitar apenas de intervenções psicoterapias e estratégias de manejo cognitivo-comportamental. Entretanto, a grande maioria apresenta prejuízos significativos na sua vida em função dos sintomas; são candidatas claras ao uso de remédios.

Nessa monografia sugere-se algumas dicas e estratégias que funcionarão tanto melhor menos problemas os pais e aos professores.

Todas essas circunstâncias pela qual passa o aluno com TDAH, já se fazem presente na rede pública e não pública de educação.

As ações educacionais na área da Inclusão – Educação especial têm por objetivo compreender todas as desigualdades são diversidades, embora nem toda diversidade pressuponha desigualdade, tanto o educador especializado quanto os demais profissionais envolvidos nesse processo terapêutico com a criança com TDAH, devem estar atentos para que, em nome da diversificação e inclusão do Ensino Especial, não estejamos contribuindo para manter ou provocar a desigualdade no espaço escolar. Faz-se preciso que os adultos, pais e educadores, encontrem os momentos de participação e intercâmbio, de planejamento e de reflexão compartilhada.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – 4º edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
2. ANTONY, Sheila e RIBEIRO, Jorge Ponciano. A criança hiperativa: uma visão da abordagem gestáltica. Psic: Teor. e Pesq., maio/ago. 2004, vol.20, no.2, p.127-134.
3. BARBOSA, G. A., GAIÃO, A. & DI LORENZO, W. F. (1996). Transtornos hipercinéticos: Uma revisão crítica. Neurobiologia, 1996, p.125-136.
4. BARKLEY Russel A., Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, Art Med, 1998.
5. CARROL, John B..Psicologia da Linguagem. Rio de Janeiro : Zahar, 1969.
6. CASANOVA, J. Pena. Manual de Fonoaudiologia. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.
7. HALLOWELL & RATEY. Tendência à Distração. SP: Ed Racco, 1999.
8. LIMA, Balbina Bello. Linguagem e Pensamento em Piaget. Petrópolis : Vozes, 1976.
9. MARQUES, Mario Osório. A aprendizagem na Mediação Social do Aprendido e da Docência. RS, Ed. Unijui, 1995.
10. MELLO, Luciana e SAIDE Osvaldo, TDH e Transtorno do uso de substância, artigo retirado do site: <http://www.tdah.org.br/reportagem03.php>.
11. MENYUK, Paula. Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem. São Paulo : Pioneira, 1975.
12. PERLS, F., HEFFERLINE, R. & GOODMAN, P. (1997). Gestalt-Terapia. (F. R. Ribeiro, Trad.) São Paulo: Summus. 1997.
13. RIBEIRO, J. P. O ciclo do contato. São Paulo: Summus, 1997.
14. ROHDE, L. A., BARBOSA, G., TRAMONTINA, S. & POLANCZYK, G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 2000, p.1-16.
15. Revista VEJA, 1996, p. 18

Referências Eletrônicas

- a. ABDA – Associação Brasileira do Déficit de Atenção – Como diagnosticar crianças e adolescentes - <http://www.tdah.org.br/diag01.php>
- b. ARAÚJO, Mônica; SILVA, Sheila Aparecida Pereira dos Santos, Comportamentos indicativos do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças: alerta para pais e professores
<http://www.efdeportes.com/efd62/atencao.htm>
- c. BALLONE, Geraldo J. Transtorno por hiperatividade criança hipercinética, disfunção cerebral mínima, transtornos disruptivos:
<http://planeta.terra.com.br/saude/swbrasil/hiperatividade.htm>
- d. GONÇALVES, Priscilla Siomara – O trabalho em ambiente escolar com alunos portadores do distúrbio de déficit de atenção com hiperatividade.
- e. <http://geocities.com/hotsprings/oasis/2826/ddah1.html>