

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ/PONTAL

DEFICIT DE ATENÇÃO

Pontal do Paraná
2005

RUTH RODRIGUES FERREIRA

DEFICIT DE ATENÇÃO

Monografia apresentada como requisito parcial a obtenção do título de especialista pelo curso de Inclusão/Educação Especial da UFPR/DEPSI em convênio com a Secretaria Municipal de Educação de Pontal do Paraná/DEAD.

Orientadora: Márcia 

Pontal do Paraná
2005

Dedico este trabalho aos nossos familiares que souberam conviver com as necessárias ausências e nos incentivar nas horas de dificuldades.

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta jornada muitas foram as pessoas que nos ajudaram a percorrer este caminho. Isto somente foi possível graças ao apoio de todos aqueles que nos cercam.

Gostaria de oferecer este projeto primeiramente a Deus, Àquele que nos guiou em todos os momentos.

Agradecer aos nossos familiares pelo incentivo, apoio, compreensão, horas ausentes, paciência e ajuda.

Ao corpo docente pelo esforço em proporcionar-nos os conhecimentos que adquirimos.

Enfim, a todas as pessoas que de alguma maneira nos auxiliaram, contribuindo para que o projeto pudesse ser concluído.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivo geral	3
1.2 Objetivos específicos	3
2. METODOLOGIA	4
3 REVISÃO DE LITERATURA	5
3.1 Sintomas	5
4 HISTÓRICO/DIAGNÓSTICO	12
5 CAUSAS DO TDAH	18
6 CONSEQUÊNCIAS	21
7. TRATAMENTO	23
7.1 Apoio às crianças com TDAH	25
8. ORIENTAÇÃO OS PAIS	26
9. ORIENTAÇÃO AOS PROFESSORES	29
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
GLOSSÁRIO	36
REFERÊNCIAS	37

1. INTRODUÇÃO

Desatentos, distraídos, inquietos, agitados, impossíveis de controlar, estes são os adjetivos utilizados por quem convive com crianças consideradas irresponsáveis e rebeldes. Grande é a dificuldade que familiares e profissionais da educação apresentam no curso da vivência com este tipo de crianças.

Estão em constante movimento e nunca conseguem ficar paradas, mechem com as coisas, pessoas, não sabem ficar quietas. Todas as pessoas que estão ao seu redor não conseguem controlá-las, mesmo que procurem mudar o seu comportamento não obtêm êxito, pois a criança é extremamente resistente a mudanças de comportamento. Tudo isto revela tão-somente que seu funcionamento mental é diferente. Porém, nem todas as crianças que vivem no mundo da lua ou parecem plugadas na tomada precisam de tratamento.

Esta monografia envolve um dos assuntos mais controvertidos da área educacional o Distúrbio de Déficit de Atenção, que doravante tratarei apenas pela sigla DDA, portanto não é de uma forma simplista como acima descrita que se resume o tema.

A escolha deste tema funda-se na grande importância para a formação dos alunos com o conseqüente aumento da aprendizagem e formação profissional.

Crianças extremamente ativas ou com falta de atenção sempre existiram, pelo menos é o que se presume, desde há muito. Este comportamento diferente, inadequado foi descrito pelo pediatra inglês George Frederic Still, no começo do século XX.

Still relatou em uma série de palestras no Royal College of Physicians sobre crianças resistentes a disciplina e com comportamento desafiador, agressiva, excessivamente emotiva e passional, com resistência a qualquer influência para torná-las mais aceitável. Seu estudo envolveu 20 crianças sendo uma proporção de 3 (três) meninos para cada menina, cujo comportamento problemático surgiu antes dos 8 (oito) anos de idade, sem histórico de maus tratos, o que o levou a crer que deveria ser de origem biológica. Esta hipótese ganhou força quando Still percebeu que alguns membros de suas famílias tinham problemas com alcoolismo, depressão, conduta problemática etc. (HALLOWELL et al., 1994- p.271).

Embora, Still tivesse concluído que o problema fosse de ordem biológica, a evidência definitiva somente chegou algumas décadas após. Sua conclusão foi um grande

avanço, pois, antes disso, as crianças e os pais receberam a pecha de falha moral e o tratamento era feito por meio de punições e castigos físicos. Até manuais sobre a maneira de bater foram redigidos.

Os estudos de Still influenciaram outros psicólogos como William James que vislumbrou que os distúrbios de comportamento eram devido a problemas na função inibitório do cérebro em relação a estímulos ou a problemas no córtex cerebral. Porém, em 1934, Eugene Kahn e Louis H. Cohen em artigo publicado no “The New England Journal of Medicine, foram os primeiros a mostrar uma relação entre a doença e os sintomas (falta de atenção, impulsividade e hiperatividade) da ADD (Attention Déficit Disorder).”

Nos idos de 1960 os pais tiveram sua culpa redimida pela comunidade científica, pois por meio de observações clínicas ficou mais aparente que a síndrome tinha alguma origem biológica e talvez até genética.

Em 1970 C. KORNETSKY levantou a hipótese de que a ADD estaria ligada a problemas com alguns neurotransmissores como a Dopamina e Noroepinefrina, porém as pesquisas realizadas ainda estão na tentativa de comprovar os seus efeitos.

Autores como MATTES E GUALTIERI e CHELUNE (apud HALLOWELL et al.) na década de 1980 em face da semelhança de sintomas observados em paciente de ADD e aqueles que sofreram danos aos lobos frontais após acidentes ou qualquer outro problema, concluíram que havia envolvimento dos lobos frontais no ADD.

Em 1984, LOU et. Al. (apud HALLOWELL et al.) encontraram evidencias de deficiência de circulação sanguínea nos lobos frontais e no hemisfério esquerdo de pessoas portadoras de ADD.

Com o desenvolvimento de novas tecnologias como o PET (Tomografia por Emissão de Positróns), que mostravam o funcionamento do cérebro in vivo, em 1990 todos estes achados foram confirmados por ZAMETKIN (apud HALLOWEEL et al.) e foi através de exame PET comparando pessoas diagnosticadas com ADD e controles, que ZAMETKIN observou que o cérebro de pessoas com ADD tinha um consumo de energia cerca de 8% menor do que normal e que as áreas mais afetadas eram o lobos pré-frontais e pré-motores que são responsáveis pela regulação e controle do comportamento, dos impulsos e dos atos baseado nas informações recebidas de áreas mais primitivas do cérebro como o tálamo e sistema límbico. Conforme estas novas evidências começaram a surgir e

ficou claro que a ADD estava realmente associada a alterações do metabolismo cerebral, acabando definitivamente com a dúvida sobre a real existência da síndrome e sua ligação biológica.

Desde a primeira descrição deste distúrbio, no início do século XX, o Distúrbio do Déficit de Atenção recebeu diversas denominações ao longo do tempo, como: Lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima, síndrome da criança hiperativa, distúrbio primário da atenção, distúrbio do déficit de atenção (DDA), distúrbio do déficit de atenção/hiperatividade (DDAH) ou Attention Déficit Disorder (ADD).

Tem-se como justificativa deste projeto o conhecimento sobre o assunto proposto, bem como elencar informações, objetivando dar subsídios aos familiares e educadores sobre: o que é, como se manifesta, problemas que causa, recursos disponíveis, tratamento, alternativas e características da DDA, para uma melhor compreensão do assunto, visto que crianças com este problema são comumente encontradas em escolas e muitas vezes apresentam baixo rendimento escolar, culminando com problemas de aprendizagem e repetência.

1.1 Objetivo Geral

Descobrir, elencar e conhecer as alterações comportamentais e emocionais de uma criança com TDAH.

1.2 Objetivos Específicos

Reconhecer as características da criança com déficit de atenção.

Descrever as prováveis causas do TDAH.

2. METODOLOGIA

Ninguém realiza um trabalho científico sem antes buscar subsídios teóricos em pesquisa bibliográfica sobre o tema, devendo para tal, adaptar-se ao grau de complexidade do trabalho o qual exigirá maior ou menor esforço de pesquisa.

Para tanto, foram feitas pesquisa junto a livros que tratam da matéria, e sites na “internet”.

Após um levantamento bibliográfico, partiu-se para um estudo sistemático, traçando-se um quadro histórico, para em seguida identificar os sintomas, causas, enumerar os possíveis tratamento, e por fim elencar tópicos para servir de orientação a pais e professores.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O Distúrbio do Déficit de Atenção é uma síndrome neurológica que ocorre com ou sem hiperatividade, e a clássica tríade de sintoma que a definem incluem impulsividade, falta de concentração e hiperatividade ou excesso de energia.

Mesmo com o avanço tecnológico, a medicina ainda, não foi capaz de apresentar explicações para as incógnitas que envolvem o cérebro humano. Este distúrbio, em verdade, não aparece somente durante a infância e desaparecem após a adolescência, não é uma dificuldade comum de aprendizagem, muitas pessoas com DDA são muito inteligentes, sendo, apenas que esta inteligência fica embaralhada no interior do cérebro.

As crianças que sofrem de Transtorno de Déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) formam, aproximadamente, 3 a 5% da população escolar, mas geram uma preocupação desproporcional. Difíceis de cuidar em casa e de ensinar na escola, elas estão entre as crianças mais propensas a serem encaminhadas para auxílio pedagógico, ação disciplinar e serviços de saúde mental (Smith e Strick, 2001, p. 38).

3.1 Sintomas

Há um consenso entre os autores Luis Augusto P. Rohde e Edyleine B.P. Benczik, Ana Beatriz B. Silva quando citam os inúmeros sintomas do Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade, que doravante usarei a sigla TDAH, porém é perfeitamente possível distribuí-los em grupos. O primeiro denominado de desatenção e o segundo de hiperatividade.

Pertencem ao primeiro grupo (desatenção):

- a) dificuldade de prestar atenção a detalhes e ou descuidar-se facilmente cometendo erros;
- b) dificuldade para concentrar-se na realização de tarefas ou atividades lúdicas, quase sempre não as conduzindo até o final;
- c) não mantém a atenção no que lhe é dito, interrompe o interlocutor, freqüentemente fala demais;
- d) não são totalmente capazes de seguir regras e instruções é comum mudar de uma atividade incompleta para outra;
- e) são desorganizados, costuma perder coisas necessárias;

f) evitam tarefas que exigem esforço mental constante, passando a considerá-las desagradáveis;

g) é comum distrair-se com estímulos alheios ao que está fazendo;

h) muitas vezes esquece compromissos e tarefas.

Pertencem ao segundo grupo (hiperatividade):

a) movimento constante das mãos ou pés ou se contorce no assento;

b) tem dificuldade em parar sentado quando lhe é exigido, abandonam a cadeira em sala de aula ou quando a situação exige;

c) pular, correr excessivamente envolvendo-se com frequência em situações perigosas não levando em consideração as consequências;

d) tem dificuldade em participar de brincadeiras ou jogos em silêncio;

e) são muito agitados, mostram energia excessiva, como se estivessem “a mil por hora”;

f) falam demais;

g) não gostam de esperar a sua vez;

i) invadem a conversa e intromete-se em jogos dos outros;

j) impulsividade.

Estudos revelam que não é necessário que a criança apresente cumulativamente todos estes sintomas para ser considerada uma pessoa com TDAH. É possível que apresente vários desses sintomas, mas não todos. Pesquisas demonstram que são necessários pelo menos seis dos sintomas de desatenção ou seis dos de hiperatividade, para que possamos pensar em diagnosticar o TDAH.

Para que se possa diagnosticar com segurança que uma criança ou adolescente é portador de TDAH, é preciso que os sintomas se apresentem em contextos diferentes, tais como escola, família, socialmente no clube, ou na sua atividade ocupacional. Assim é considerado para que se evite diagnosticar erroneamente que uma criança seja portadora de TDAH, quando na realidade isto pode ser decorrente de falha, por exemplo, no método de ensino ou apenas dificuldades no relacionamento familiar.

Por outro lado, também há um consenso que nos adultos os sintomas são parecidos e assim encontram-se distribuídos, segundo Ana Beatriz B. Silva em *Mentes Inquietas*:

1º Grupo: Instabilidade da atenção

1. Desvia facilmente sua atenção do que está fazendo, quando recebe um pequeno estímulo. Um assobio do vizinho é suficiente para interromper uma leitura.
2. Tem dificuldade em prestar atenção à fala dos outros. Numa conversa com outra pessoa tende a captar apenas “pedaços” soltos do assunto.
3. Desorganização cotidiana. Tende a perder objetos (chaves, celular, canetas, papéis), atrasar-se ou faltar a compromissos, esquecer o dia de pagamento das contas (luz, gás, telefone, seguro).
4. Frequentemente apresenta “brancos” durante uma conversa. A pessoa está explicando um assunto e no meio da fala esquece o que ia dizer.
5. Tendência a interromper a fala do outro. No meio de uma conversa lembra de algo e fala sem esperar o outro completar seu raciocínio.
6. Costuma cometer erros de fala, leitura ou escrita. Esquece uma palavra no meio de uma frase ou pronuncia errado palavras longas como “cineangiocoronariografia”.
7. Presença de hiperfoco (concentração intensa em um único assunto num determinado período). Um DDA pode ficar horas a fio no computador sem se dar conta do que acontece ao seu redor.
8. Dificuldade de permanecer em atividades obrigatórias de longa duração. Participar como ouvinte de uma palestra em que o tema não seja motivo de grande interesse e não o faça entrar em hiperfoco.
9. Interrompe tarefas no meio. Um DDA frequentemente não lê um artigo de revista até o fim, ou ouve um CD inteiro.

2º Grupo: Hiperatividade física e/ou mental.

10. Dificuldade em permanecer sentado por muito tempo. Durante uma palestra ou sessão de cinema costuma mexer-se o tempo todo na tentativa de permanecer em seu lugar.

11. Está sempre mexendo com os pés ou as mãos. São os indivíduos que têm os pés “nervosos”, girando suas cadeiras de trabalho, ou que estão sempre com suas mãos ocupadas, pegando objetos, desenhando em papéis ou ainda ajeitando suas roupas ou seus cabelos.
12. Constante sensação de inquietação ou ansiedade. Um DDA sempre tem a sensação de que tem algo a fazer ou pensar, de que alguma coisa está faltando.
13. Tendência a estar sempre ocupado com alguma problemática em relação a si ou com os outros. São as pessoas que ficam “remoendo” sobre suas falhas cometidas, ou ainda sobre os problemas de amigos ou conhecidos.
14. Costuma fazer várias coisas ao mesmo tempo. É a pessoa que lê e vê TV ou ouve música simultaneamente.
15. Envolve-se em vários projetos ao mesmo tempo. Um exemplo é a pessoa que tem várias idéias simultaneamente e acaba por não levar a cabo nenhuma delas em função desta dispersão.
16. Às vezes se envolve em situações de alto risco em busca de estímulos fortes, como dirigir em alta velocidade.
17. Frequentemente fala sem parar, monopolizando as conversas em grupo. É a pessoa que fala sem se dar conta de que as outras estão tentando emitir suas opiniões (além de não se dar conta do impacto que o conteúdo do seu discurso pode estar causando a outras pessoas).

3º Grupo: impulsividade

18. Baixa tolerância à frustração. Quando quer algo não consegue esperar, se lança impulsivamente numa tarefa, mas, como tudo na vida requer tempo, tende a se frustrar e desanimar facilmente.
19. Costuma responder a alguém antes que este complete a pergunta. Não consegue conter o impulso de responder ao primeiro estímulo criado pelo início de uma pergunta.
20. Costuma provocar situações constrangedoras, por falar o que vem à mente sem filtrar o que vai ser dito. Durante uma discussão, um DDA pode deixar escapar ofensas impulsivas.

21. Impaciência marcante no ato de esperar ou aguardar por algo. Filas, telefonemas, atendimento em lojas ou restaurantes poder ser um tortura.
22. Impulsividade para comprar, sair de empregos, romper relacionamentos, praticar esportes radicais, comer, jogar etc. É aquela pessoa que rompe um relacionamento várias vezes e volta logo depois, arrependida.
23. Reage irrefletidamente às provocações, críticas ou rejeição. É o tipo de pessoa que explode de raiva ao sentir-se rejeitada.
24. Tendência a não seguir regras ou normas preestabelecidas. Um exemplo seria o trabalhador que teima em não usar equipamentos de segurança, apesar de saber da importância destes.
25. Compulsividade. Na realidade a compulsão ocorre pela repetição constante dos impulsos, os quais, com o tempo, passam a fazer parte da vida dessas pessoas, como as compulsões por compras, jogos, alimentação etc.
26. Sexualidade instável. Tende a apresentar períodos de grande impulsividade sexual alternados com fases de baixo desejo.
27. Ações contraditórias. U, DDA é capaz de ter uma explosão de raiva por causa de um pequeno detalhe (por mexerem em sua mesa de trabalho, por exemplo) numa hora, e poucos momentos mais tarde, ser capaz de uma grande demonstração de afeto, através de um belo cartão, flores ou um carinho explícito. Ou ainda ser um homem arrojado e moderno no trabalho e, ao mesmo tempo, tradicional e conservador no âmbito familiar e afetivo.
28. Hipersensibilidade. O DDA costuma melindrar-se facilmente. Uma simples observação desfavorável sobre a cor de seus sapatos é suficiente para deixá-lo internamente arrasado, sentindo-se inadequado.
29. Hiper-reatividade. Essa é uma característica que faz com que o DDA se contagie facilmente com os sentimentos dos outros. Pode ficar profundamente triste ao ver alguém chorar, mesmo sem saber o motivo, ao mesmo tempo que pode ficar muito agitado ou irritado em ambientes barulhentos ou em presença de multidão.
30. Tendência a culpar os outros. Um DDA muitas vezes poderá culpar outra pessoa por seus fracassos e erros, como o aluno que culpa o colega de turma por ter errado em uma questão da prova, já que este colega estava cantarolando baixinho na hora.

31. Mudanças bruscas e repentinas de humor (instabilidade de humor). O DDA costuma mudar de humor rapidamente, várias vezes no mesmo dia, dependendo dos acontecimentos externos ou ainda de seu estado cerebral, uma vez que o cérebro do DDA pode entrar em exaustão, prejudicando a modulação do seu estado de humor.
32. Tendência a ser muito criativo e intuitivo. O impulso criativo do DDA é talvez a maior de suas virtudes. Pode se manifestar nas mais diversas áreas do conhecimento humano.
33. Tendência ao “desespero”. quando um DDA se vê diante de uma dificuldade seja ela de qualquer ordem, ele tende a vê-la como algo impossível de ser transposto e com isso sente-se tomado por uma grande sensação de incapacidade. Sua primeira reação é o “desespero”. Só mais tarde consegue raciocinar e constatar o verdadeiro “peso” que o problema tem. Isso ocorre porque seu cérebro apresenta dificuldades em acionar uma parte da memória chamada funcional, cujo objetivo é trazer à mente situações vividas no passado e utiliza-las como instrumentos capazes de ajudar a encontrar saídas para as mais diversas problemáticas. Essa memória funcional parece ser bloqueada pela ativação precoce da impulsividade que, nesse tipo de pessoa, encontra-se hiperacionada.

1º Grupo: Sintomas secundários

34. Tendência a ter um desempenho profissional abaixo do esperado para sua real capacidade.
35. Baixa auto-estima. Em geral o DDA sofre desde muito cedo uma grande carga de repreensões e críticas negativas. Sem compreender o porquê disso, ele tende, com o passar do tempo, a ver-se de maneira depreciativa e passa a ter como referência pessoas externas e não ele próprio.
36. Dependência química. Pode ocorrer como consequência do uso abusivo e impulsivo de drogas durante vários anos.
37. depressões freqüentes. Ocorrem em geral por uma exaustão cerebral associada às frustrações provenientes de relacionamentos malsucedidos e fracassos profissionais e sociais.

38. Intensa dificuldade em manter relacionamentos afetivos, conforme será visto na parte referente à dificuldade afetiva dos DDAs.
39. Demora excessiva para iniciar ou executar algum trabalho. Tais fatos ocorrem pela combinação nada produtiva de desorganização aliada a uma grande insegurança pessoal.
40. Baixa tolerância ao estresse. Toda situação de estresse leva a um desgaste intenso da atividade cerebral. No caso de um cérebro DDA, esse desgaste apresentar-se-á de maneira mais marcante.
41. Tendência a apresentar um lado “criança” que aparecerá, por toda a vida, na forma de brincadeiras, humor refinado, caprichos, pensamentos mágicos e imensa capacidade de fantasiar fatos e histórias.
42. Tendência a tropeçar, cair ou derrubar objetos, isso ocorre em função da dificuldade do DDA de concentrar-se nos atos e de controlar ou coordenar a intensidade de seus movimentos.
43. Tendência a apresentar uma caligrafia de difícil entendimento.
44. Tensão pré-menstrual muito marcada. Ao que indica, em função das alterações hormonais durante esse período, que intensificam os sintomas do DDA; a retenção de líquido que ocorre durante os dias que antecedem a menstruação parece ser um dos fatores mais importantes.
45. Dificuldade em orientação espacial. Encontrar o carro no estacionamento do *Shopping* quase sempre é um desafio para um DDA.
46. Avaliação temporal prejudicada. Esperar por um DDA pode ser algo muito desagradável, pois em geral sua noção de tempo nunca corresponde ao tempo real.
47. Tendência à inversão dos horários de dormir. Em geral adormece e desperta tardiamente, por isso alguns deles acabam viciando-se em algum tipo de hipnótico.
48. Hipersensibilidade a ruídos, principalmente se repetitivos.
49. Tendência a exercer mais de uma atividade profissional, simultânea ou não.

E, finalmente, o último critério, que não se enquadra em nenhum dos quatro grupos de sintomas, mas tem sua relevância confirmada pelos estudos que apontam participação genética na gênese do DDA:

50. História familiar positiva para DDA.

4. HISTÓRICO/DIAGNÓSTICO

São inúmeras as manifestações comportamentais da criança e grande a dificuldade de se associar a TDAH com qualquer sintoma, por isto a observação do comportamento da criança, relatada por pessoas de fora como babás, grupo social, professores, amigos, são de grande valia para o diagnóstico do transtorno.

Na concepção de SILVA (2003, p. 53) “o principal instrumento de um médico, de um psicólogo ou de outro profissional habilitado que queira avaliar a possibilidade de uma criança ser DDA é pura e simplesmente a observação. Mas, claro, uma observação muito especial. Um observador que deve estar treinado a captar as nuances, não no comportamento manifesto da criança, como também “pescar”, nos relatos de pais e/ou cuidadores, professores e de outras pessoas que convivam com a criança, os fatos e acontecimentos que caracterizariam uma criança com DDA. além, disso, deve saber utilizar critérios de comparação . uma criança pode ser DDA, se aquela tríade de funcionamento for muito mais intensa e freqüente, quando comparada com crianças de mesma idade. Portanto, deve-se conhecer profundamente o comportamento e as características infantis de uma forma geral, e não somente daquelas que apresentam algum tipo de transtorno. E, além de tudo, precisa desenvolver a fina sensibilidade de um investigador aliada ao pensamento lógico do cientista.

“De forma resumida, seguem algumas dicas ou itens que podem auxiliar, no sentido de dar o primeiro passo rumo ao diagnóstico de DDA em uma criança (um resumo mais específico das características já descritas para o DDA em geral):

1. Com freqüência mexe ou sacode pés e mãos, se remexe no assento, se levanta da carteira. Não consegue manter-se quieta, mesmo em situações em que se espera que o faça. É tal “bicho-carpinteiro”, o “prego na carteira”, o “motorzinho nas pernas” etc.

2. É facilmente distraída por estímulos externos. A criança DDA tem a atenção tão dispersa que qualquer estímulo, um barulho, um movimento, a impede de concentrar-se em alguma tarefa por muito tempo. Principalmente se a tarefa for obrigatória e não despertar nenhum interesse especial. É muito difícil para ela fixar a atenção no que o professor diz se pela janela vê pessoas passando ou mesmo ouve sons produzidos por seus

coleguinhas. Sua mente é um radar girando o tempo todo em busca de novidades. Pode ser apelidada por seus coleguinhas de “ouvido tuberculoso”.

3. Tem dificuldade de esperar sua vez em brincadeiras ou em situações de grupo. Esperar em filas é um suplício para uma criança DDA, assim como esperar sua vez em brincadeiras; freqüentemente interrompe os coleguinhas e fala excessivamente. Por isso, é muito comum ser considerada uma criança encenqueira por supervisores do colégio (que não conhecem o DDA) e ter dificuldades de relacionamento com os coleguinhas. Aqui, ela assume a figura do “furão”, “entrão”, “abelhudo”, entre outras.

4. Com freqüência dispara respostas para perguntas que ainda não foram completadas. Isso acontece porque, tão logo venha algo à mente de uma criança DDA (e de grande parte dos adultos também!), ela coloca em palavras, muitas vezes atropeladamente – afinal, a velocidade de sua língua não consegue se equiparar à de seu cérebro. Isso é uma consequência da impulsividade. A criança DDA não consegue parar ou filtrar o fluxo de idéias que eclodem em sua mente. E lá vai ela ser apelidada de “linguaruda” ou algo do gênero.

5. Tem dificuldade em seguir instruções e ordens. A criança DDA não quer se insurgir contra a autoridade, ou seja, não é exatamente rebelde. Faz as coisas ao seu jeitinho e insiste nisso. É quase sempre considerada muito teimosa. A “mula empacada” da família e da turma. É praticamente certo que ela irá levar essa característica para a vida adulta.

6. Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou mesmo atividades lúdicas. A criança DDA se entedia rapidamente. Sua atenção é fluida e escorregadia. Metaforicamente, muda de estado físico repentinamente. Lembra das aulas no primário, das mudanças súbitas no estado físico das substâncias? Sua atenção pode ser vaporosa durante atividades prolongadas e encadeadas de caráter obrigatório ou mesmo em brincadeiras de grupo que envolva regras. No entanto, pode subitamente solidificar-se e tornar-se dura como gelo, se determinada atividade a estimula ou encanta. Assim como pode sublimar-se repentinamente, se algo mais interessante a distrair ou enfastiar-se simplesmente da atividade atual. Um exemplo como é o *video game*. Tais jogos unem estímulos de diversos tipos, de forma sincrônica e simultânea, comumente em grande velocidade. São imagens vivas, coloridas e dinâmicas acompanhadas por sons vibrantes

que correspondem às ações empreendidas pela criança no jogo. Muitos pais e/ou cuidadores, ao observarem seus filhos entretidos profundamente nesses jogos, sem se lembrar de comer ou de quaisquer outras atividades, seguramente tenderão a concluir que seus filhos são preguiçosos e irresponsáveis. Mas o fato é que as características desses jogos conseguem ativar o cérebro de uma criança DDA de tal forma que atividades rotineiras e encadeadas não podem, pois não possuem as características dinâmicas necessárias. O grande “clique” seria unir atividades educativas com meios multimídia, e já estão sendo feitos vários desenvolvimentos nesse sentido.

7. Frequentemente muda de uma atividade inacabada para outra. Esta característica está intimamente encadeada com a anterior. Quando estão entretidos em uma tarefa ou projeto, crianças DDA acabam pensando em “n” outras coisas diferentes para fazer. E fazem! Da mesma forma que uma idéia que vem à mente dessa criança é imediatamente traduzida em palavras, muitas destas idéias também são imediatamente postas em prática. Novamente o filtro falha e a impulsividade sobrepuja. Como acabam fazendo (e pensando) muitas coisas ao mesmo, deixam passar detalhes e cometem erros bobos, somente explicados pela desatenção. E a ansiedade acarretada pelo fato de ter muitas coisas a fazer contribui para diminuir mais ainda sua capacidade de concentração. Precisam de muito incentivo e estruturação para levar a cabo suas tarefas.

8. Tem dificuldade em brincar em silêncio ou tranquilamente. Imagine uma bola voando entre móveis e peças decorativas da sala. Objetos sendo derrubados durante uma corrida. Gritos e imprecações. Imaginou? É isso mesmo. Esta assertiva é auto-explicável.

9. Às vezes fala excessivamente. É bastante comum que uma criança DDA dê voltas em torno de um assunto antes de conseguir chegar ao ponto. Ou pode ser que no meio da fala esqueça o ponto e acabe falando de outras coisas. Pode ser vista como “enrolona” por pessoas menos compreensivas. Esta característica está diretamente relacionada ao item 4. como a criança DDA é assaltada por um fluxo incessante de idéias e imagens, ela tem dificuldade de ser concisa e objetiva ao falar. É comum que um assunto puxe outro, que puxa outro e no instante seguinte já não sabe mais por que está falando aquilo ou mesmo o que estava falando antes. É importante que pais e/ou cuidadores e professores tentem ser compreensivos e mesmo aprendam a enxergar o lado divertido

dessas características e brincar com a criança sem fazê-la se sentir inadequada, ajudando-a a se concentrar no assunto em questão.

10. Vive perdendo itens necessários para tarefas ou atividades escolares.

Se a criança é “avoadinha” e frequentemente esquece de fazer o trabalho de casa ou de levar o lanche para a escola, fique atento. Podem ser sinais de desatenção e lapsos de memória típicos do DDA, e não necessariamente irresponsabilidade ou imaturidade.

O histórico pode mostrar dificuldades de atenção, aprendizado, dificuldade de manter-se parado, dentre outros. Há casos de disfunção na coordenação motora, até mesmo para a execução de pequenas tarefas. Dificuldades na fala, linguagem. “Pode-se notar ainda, tendência a sentir-se rejeitados, devido aos problemas de comportamento, levando-o conseqüentemente ao isolamento social.”

Em sendo descartados os problemas físicos que podem apresentar semelhanças com o TDAH, o diagnóstico pode ser realizado através de testes psicológicos. No caso das crianças o mais usado é o WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children), posto que as crianças com TDAH apresentam uma diferença significativa entre os testes de atenção e memória em comparação com outros testes com de inteligência geral.

No teste gestáltico de Bender, as figuras apresentam rotação, as relações espaciais não são nitidamente copiadas e a discriminação figura-fundo é pobre (CHESS, 1982). É comum a criança com TDHA ter uma inteligência normal ou até acima da média e mesmo assim apresentar déficit escolar e dificuldades sociais ou de adaptação.

Todas estas situações levam a conclusão de como é complicado o diagnóstico da TDAH pela dificuldade de diferenciação entre problemas físicos, psicológicos ou até mesmo nenhum problema.

Para saber se uma pessoa é portadora de TDHA os profissionais especializados nesta área elaboraram um guia prático, o qual consta do Manual de Diagnóstico e Estatística - IV Edição (DSM-IV) da Associação Psiquiátrica Americana.

Conhecendo-o, você poderá ter uma idéia de como o diagnóstico é feito e poderá suspeitar do mesmo ao "aplicar" os critérios abaixo em alguém que você conhece.

Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

CRITÉRIO A: Assinale com um X na coluna correta

	Nunca ou Raramente	Pouco	Bastante	Quase Sempre
Ele presta pouca atenção em detalhes e faz erros por falta de atenção nos deveres?				
Ele mexe com as mãos e pés quando está sentado ou se mexe muito na cadeira?				
Ele tem dificuldade de ficar concentrado nos deveres e também nos jogos?				
Ele sai do lugar na sala de aula ou em outras situações (ex: mesa de jantar) quando deveria ficar sentado?				
Ele parece estar prestando atenção em outras coisas quando se fala com ele?				
Ele corre ou sobe nas coisas quando deveria ficar tranqüilo?				
Ele tem dificuldade em seguir instruções até o fim ou deixa os deveres sem terminar?				
Ele tem dificuldade de ficar em silêncio enquanto brinca?				
Ele é desorganizado com os deveres e outras atividades no dia-a-dia?				
Ele é "elétrico" e fica "a mil por hora"?				
Ele evita ou antipatiza com deveres ou atividades que exijam concentração?				
Ele fala demais?				
Ele perde material da escola ou coisas do dia-a-dia?				
Ele responde às perguntas antes dos outros terminarem de falar?				
Ele se distrai com facilidade com coisas fora daquilo que está fazendo?				
Ele tem dificuldade de esperar a vez?				
Ele se esquece de coisas que deveria fazer no dia-a-dia?				
Ele interrompe os outros ou se mete na conversa dos outros?				

CRITÉRIO B: Responda SIM ou NÃO

Alguns desses sintomas estavam presentes antes dos 7 anos de idade?

CRITÉRIO C: Responda SIM ou NÃO

Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos 2 contextos diferentes (por ex., na escola, no trabalho, na vida social e em casa)?

CRITÉRIO D: Responda SIM ou NÃO

Há problemas evidentes na vida escolar, social ou familiar por conta dos sintomas?

CRITÉRIO E: Responda SIM ou NÃO

Se existe um outro problema (tal como depressão, deficiência mental, psicose, etc.), os sintomas podem ser atribuídos a ele?

Como suspeitar do diagnóstico:

1) É necessário haver pelo menos 6 sintomas assinalados na coluna laranja ou vermelha, no CRITÉRIO A.

- Pelo menos 6 sintomas VERDES e menos que 6 sintomas ROSA: TDAH Tipo Predominantemente Desatento
- Pelo menos 6 sintomas ROSA e menos que 6 sintomas VERDES: TDAH Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo
- 6 ou mais sintomas VERDES e 6 ou mais sintomas ROSA: TDAH Tipo Combinado.

2) Os CRITÉRIOS B, C, D devem obrigatoriamente ter resposta SIM.

3) O CRITÉRIO E necessita da avaliação de um especialista, uma vez que os sintomas do Critério A ocorrem em muitos outros transtornos da infância e adolescência.

Se os critérios A, B, C, D e E estiverem atendidos de acordo com o julgamento de um especialista, o diagnóstico de TDAH é garantido.

Adultos:

1) É obrigatório ter tido TDAH na infância. Isto pode exigir consultar os pais, parentes mais velhos ou mesmo professores. O TDAH no adulto é meramente a continuação do TDAH da infância e adolescência.

2) Como é muito comum a existência de depressão, ansiedade, problemas com álcool e drogas nos adultos portadores de TDAH, é importante determinar se os sintomas não são exclusivamente secundários a estes problemas.

5. CAUSAS DO TDAH

Muito se tem discutido a respeito de quais são as causas do TDAH, todavia, o grau de conhecimento ainda é pequeno e muito limitado, chegando ser considerado especulativo. Muitas são as hipóteses e quase nenhuma certeza.

Deste modo, primeiramente devemos compreender que os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade das crianças quase sempre se apresentam em ambientes de maior necessidade de controle, dificultando sobremaneira a identificação correta das reais causas do TDAH. Porém, quando a carga emocional da criança e energia são exigidas em ambientes mais amenos, como o meio artístico, resultam quase sempre uma vantagens.

“Recentemente alguns pesquisadores, como o Prof. Russel Barkley, da Universidade de Massachusetts, têm defendido uma teoria que busca explicar uniformemente os sintomas clássicos deste transtorno. Eles acreditam que o TDAH se caracteriza por um déficit básico no comportamento inibitório. Assim, determinadas áreas do cérebro teriam a função de comandar uma espécie de “freio de inibição”. Devido ao prejuízo no funcionamento deste “freio”, as crianças e adolescentes com o transtorno apresentariam maior hiperatividade e impulsividade.

Mas como explicar, então, a desatenção característica destas crianças? Na verdade, o problema básico delas não é o prestar atenção, mas sim o de manter a atenção focalizada e por períodos mais longos, principalmente em tarefas que lhes pareçam menos interessantes. Em um estudo clássico, pesquisadores norte-americanos da Universidade de Kentucky acompanharam crianças com e sem TDAH enquanto elas assistiam à televisão. Quando nenhum brinquedo estava disponível no ambiente, as crianças com TDAH assistiam um *show* na televisão tanto quanto as sem TDAH e eram tão capazes quanto as últimas em responder a perguntas sobre o que estavam assistindo. Quando brinquedos eram colocados no ambiente, as crianças sem TDAH continuavam a assistir ao programa. Entretanto, as crianças com TDAH passavam a entreter-se mais com os brinquedos e interessavam-se menos em assistir ao programa na televisão. Passando-se de uma comédia para um programa educacional, as diferenças tornavam-se mais marcantes, ou seja: as crianças com TDAH mostravam-se menos patas a responder corretamente às perguntas sobre o conteúdo do que estavam assistindo. Fica claro, nesse exemplo, que capacidade de

manter a atenção focalizada e sustentada em uma tarefa depende de uma capacidade de inibição sustentada. Em outras palavras, é necessário que a criança mantenha em funcionamento o “freio inibitório” para os outros estímulos do ambiente. Isso é muito difícil para os indivíduos com TDAH, em especial em tarefas que não as motivem fortemente”. (ROHDE e BENCZIK, 1999-p.54).

Tudo isto, leva a conclusão de que o funcionamento do “freio inibitório” é fundamental para que a criança com TDAH mantenha o foco no primeiro evento, notadamente se isto não as motivam.

Estudos feitos em pessoas com ou sem TDAH, avaliando funções cerebral por meio de exames de neuroimagem e testes neuropsicológicos demonstraram um funcionamento deficitário nas crianças com TDAH. Traumatismo, tumores ou doenças na região orbital frontal em crianças emergiram sintomas de hiperatividade, impulsividade e dificuldade de atenção.

Pesquisadores modernos acreditam que não há uma única causa, mais sim uma conjugação de fatores, que podem influenciar no comportamento das crianças e adolescentes, até mesmo porque o desenvolvimento individual das crianças recebe a influência de sua família, embora se possa atribuir as dificuldades de aprendizagem a uma base biológica, não se pode ignorar a gravidade do impacto da dificuldade do ambiente onde vive.

Podemos enumerar algumas causas do TDAH, que certamente dificultam a aprendizagem como sendo de origem biológica: lesão cerebral, falhas no desenvolvimento cerebral e desequilíbrios neuroquímicos, hereditariedade e outras como: consumo de álcool ou drogas durante a gestação, nutrição pré-natal irregular, complicações no parto, condições físicas, nível de stress, intoxicação por certos medicamentos.

Estudos revelam que nem sempre crianças com histórico de dano cerebral apresentaram dificuldades de aprendizagem. Todavia, não existem dúvidas de que algumas crianças, de fato, apresentaram dificuldades de aprendizagem após terem sofrido lesões ao cérebro, notadamente quando das lesões resultaram em hemorragias cerebrais e tumores, meningite, transtornos glandulares não-tratados na primeira infância, encefalite.

Exposição a substâncias químicas tóxicas, como, por exemplo, o chumbo e a desnutrição também causam danos cerebrais, ocasionando dificuldade de aprendizagem.

Sem falar em crianças que receberam tratamento quimioterápico para o câncer, em especial a radiação se foi aplicada ao cérebro. Falta de oxigenação no cérebro, por igual podem ocasionar dano cerebral irreversível.

Complicações do parto podem se enquadrar nesta categoria de dano cerebral que venha a dificultar a aprendizagem, sem falar em lesões cerebrais antes do parto.

Em verdade, a intensidade dos problemas, antes citados, são causas diretas do TDAH, e a intensidade com que uma criança portadora de TDAH experimentar as causas vão determinar o grau de comprometimento que levará ao tratamento adequado.

A hereditariedade passou a ser considerada uma das causas do TDAH, a partir do momento em que se observou que crianças com TDAH tinham históricos iguais em seus familiares, sendo mais freqüente do que nas famílias que não tinha crianças com TDAH.

6. CONSEQUÊNCIAS

O distúrbio do Déficit de Atenção afeta inúmeras áreas do funcionamento individual.

No aprendizado age dificultando o foco de concentração, como na leitura, podendo ser associada a hiperatividade, impulsividade e dislexia.

Influi no rendimento profissional, por serem desatentas, ocasionando erros frequentes em seus trabalhos, estressam com facilidade, notadamente quando se vêem sobrecarregadas de trabalho. Costumam manter o ambiente de trabalho desorganizado, e com muitos papéis empilhadas, sem contar que iniciam vários trabalhos e concluem muito pouco.

No meio social e relacionamento familiar, apresentam dificuldade de relacionamentos, e estão mais propensos ao uso de drogas.

Indivíduo com hiperatividade apresentam grande dificuldade em manter sua atenção em apenas um único foco, distraem-se com facilidade, isto porque se saturam com facilidade. Tem o hábito de abreviar o processo de uma determinada tarefa, ou seja, enquanto um indivíduo considerado norma, realizado uma tarefa em varias etapas, o indivíduo hiperativo, abrevia, para começo e fim.

A Impulsividade caracteriza-se pela falta de controle nos seus impulsos, ao agirem sem pensar, podendo causar sérios problemas. Outro aspecto da impulsividade é a impaciência. A impulsividade esta diretamente relacionada com ocultar a verdade, mentir, pois dizem o que vem a mente, perdem facilmente o controle, a medida que não processam o pensamento. Em muitas vezes envolvem os familiares, colegas em situações difíceis.

Já a Dislexia, esta associada com o DDA, em razão de alterações na expressão oral e escrita. A dislexia se manifesta durante a alfabetização, ocasionando frequentes erros na escrita e na leitura com substituição de palavras, inversões, omissões na leitura. Geralmente cometem muitos erros no ditado e na cópia. A dificuldade de coordenação motora reflete na disgrafia, que nada mais é do que problema em que a letra da criança é incompreensível. Não raras as vezes que indivíduos com distúrbio são taxadas erroneamente de preguiçosas e desleixadas.

São características de indivíduos portadoras de Dislexia:

Desatentas;

Distraem-se durante a leitura chegando a desistir;

Ficam desmotivadas;

Apresentam cansaço com maior rapidez durante suas atividades;

Demotivam-se com facilidade;

Tendem a conversar muito.

Para corrigir e tratar a Dislexia, geralmente são aplicados exercícios constantes por profissionais especialistas.

7. TRATAMENTO

Orientação aos pais e professores, aliada a um esforço integrado entre profissionais das diversas áreas médicas, saúde mental e pedagógica, com uma combinação de medicamentos podem levar a normalização do comportamento da criança, porém deve ter em mente que, ainda não há “cura”.

De acordo com SILVA (2003, p. 193). No caso dos adultos, a auto-avaliação torna-se mais fácil por meio da própria observação advinda das sucessivas frustrações e ou limitações nos principais setores vitais: social, afetivo-familiar e profissional. Quando se depara com crianças e adolescentes DDAs tem-se que contar com a valiosa ajuda dos pais e/ou cuidadores na descrição de comportamentos que sinalizam grande inadaptação e sofrimento por parte desses pequenos e inquietos seres. Não se pode esquecer que todo sofrimento tem sua expressão consciente ou não. Não ter consciência de estar sofrendo não minimiza em nada o sofrimento e as conseqüências advindas desta maneira de viver.

Costuma-se dividir o tratamento do TDAH em etapas: informação, conhecimento e apoio técnico, medicamentosa, psicoterapêutica e intervenção psicopedagógica.

Informação e conhecimento: A compreensão e absorção de informação aos pais é um ingrediente primordial que certamente facilitará a elaboração de um programa de tratamento mais eficiente e eficaz, para o portador de TDAH. É fundamental que se estude, pesquise, colete idéias de outras pessoas e suas experiências, veja publicações e sites pertinentes ao assunto, bem como se conheça os remédios e terapias associadas aos esportes e alimentação que venha a contribuir para melhorar a condição de vida do portador de TDAH.

Apoio Técnico: em verdade, trata-se de um equacionamento da rotina pessoal para facilitar toda a vida de um TDAH, de tal maneira que compense sua desorganização. Estabelecer critérios para todas suas atividades rotineiras, tais como; horários regulares, de descanso, das refeições, de lazer, etc., tornando sua rotina mais amena e segura eliminando o desconforto e insegurança, evitando, assim, que venha a se dispersar de seus objetivos.

Medicamentosa: grande tem sido a polêmica em torno do uso de medicamentos no tratamento de um TDAH, pois implica quase que invariavelmente em

modificações comportamentais, uma vez que atuam diretamente no cérebro provocando alterações das funções cerebrais. Porém, a utilização de medicamentos não pode ser excluída do tratamento de um TDAH, mas devem ser tomados como um coadjuvante sempre utilizados com parcimônia. Mas, nem todos os indivíduos com TDAH necessitam de tratamento com medicação, pois há aqueles apresentam sintomas leves e capacidades cognitivas satisfatórias, precisam apenas de intervenções psicoterápicas e estratégias de manejo cognitivo-comportamentais em casa e na escola. Dentre o mais utilizados encontram-se os psicoestimulantes como o metilfenidato (Ritalina), quase sempre ingerido no período vespertino. Seus efeitos colaterais relatados são a diminuição do apetite e do sono, implicando em acompanhamento do peso, insônia, labilidade emocional, ritmo do crescimento e precipitação de tiques. Como outra alternativa tem-se o tratamento com antidepressivos tricíclicos como imipramina (Tofranil) ou amitripfilina (Tryptanol), também são utilizados, até mesmo devido ao seu menor custo, mas que devem ser ministrados após diagnóstico cardíaco.

Psicoterapia: A psicoterapia que é indicada para o tratamento do TDAH chama-se **Terapia Cognitivo Comportamental** e são largamente utilizadas para auto valorizar a criança e facilitar a encontrar-se socialmente. Esta técnica é utilizada, em face da constatação de problemas de fundo emocional como: ansiedade, depressão, baixo auto-estima. Sobremais, é grande o número de crianças/adolescentes que ficam isoladas, com uma conseqüente exclusão do meio de seus colegas, são consideradas burras por todos ao seu redor. Tudo isto leva a uma sensação de desespero, ansiedade e de depressão podendo chegar ao uso de drogas ou provocar, até mesmo o suicídio em situações mais graves.

É neste ponto que entra o profissional de saúde mental, para criar estratégias de apoio e de compreensão das maiores dificuldades apresentadas pela criança/adolescente.

Todos estes esforços certamente envolvidos por treinamento aos pais, orientando-os quanto ao TDAH, com acompanhamento psicológico individual e familiar, certamente evitarão conflitos familiares.

Intervenção psicopedagógica. Segundo Rohde e Benczik (1999, p.65), cerca de 25 a 30% das crianças e adolescentes com TDAH apresentam problemas de aprendizagem secundários ou associados ao transtorno. Nesses casos, a intervenção psicopedagógica é fundamental. É importante ressaltar que a maioria dos adolescentes com

o transtorno são diagnosticadas tardiamente. Logo, já existem lacunas de aprendizagem que necessitam ser abordadas por meio de um trabalho de reconstrução das habilidades e conteúdos. Tal reconstrução deve ser feita por um profissional especializado (psicopedagogo ou fonoaudiólogo), pois o tratamento sintomatológico ou de reforço de conteúdo não resolve as seqüelas de aprendizagem que ficaram para trás. Em conjunto ou após o atendimento psicopedagógico, às vezes, é necessário um acompanhamento pedagógico, feito pelo professor, que ajude a prevenir novas lacunas na aprendizagem.

7.1 Apoio as crianças com TDAH

O tratamento com fonoaudiólogo está recomendado nos casos onde existe simultaneamente Transtorno de Leitura (Dislexia) ou Transtorno da Expressão Escrita (Disortografia). O TDAH não é um problema de aprendizado, como a Dislexia e a Disortografia, mas as dificuldades em manter a atenção, a desorganização e a inquietude atrapalham bastante o rendimento dos estudos. É necessário que os professores conheçam técnicas que auxiliem os alunos com TDAH a ter melhor desempenho.

Em alguns casos é necessário ensinar ao aluno técnicas específicas para minimizar as suas dificuldades.

8. ORIENTAÇÃO OS PAIS

O apoio e informação aos pais é de vital importância na ajuda a uma criança portadora de TDAH. Reclamações de mães nos dão conta que quer a ansiedade quer sua própria auto-estima foram salvas por grupos de apoio e boletins especializados, planejados especificamente para pais de crianças com TDAH.

Para Smith e Strick (2001, p.42). “A identificação e intervenção precoces são críticas para crianças com TDAH. Quanto antes o problema é reconhecido, menos provavelmente o comportamento anti-social ou os problemas emocionais irão desenvolver-se. Também será menos provável que os pais culpem a si mesmos pelo comportamento difícil da criança. Como recorda uma mãe:

Durante sete anos pareceu que todos achavam que eu deveria controlar este menino. Meu marido, minha mãe, meus amigos, todos pareciam pensar que eu deveria ser capaz de controlá-lo, porque eu era a mãe. As pessoas davam sugestões “úteis”, mais ou menos indicando onde achavam que eu errava: “Você não dá a ele alimentos processados em excesso? Ele dorme adequadamente? Talvez se você não trabalhasse e pudesse passar mais tempo com ele...”. Sentia-me como se carregasse um cartaz: “Sou uma boa mãe! Amamenteei-o no peito! Leio para ele todos os dias.” Mas o principal era que eu me sentia responsável. Scott estava repetindo a primeira série, quando eu soube que ele tinha TDAH. A primeira coisa que pensei, quando me contaram foi: “Graças a Deus, Não é tudo culpa minha!”. O TDAH não é a coisa mais fácil com a qual precisamos conviver, mas acho que posso lidar com isso muito mais eficientemente, desde que soube sobre o transtorno e deixei de culpar-me por tudo”.

Observações no seio familiar nos dão conta que, em teoria, se uma criança parece estar deprimida, aborrecida ou demonstra um grau elevado de negatividade adquirida dentro da família, uma orientação familiar normalmente é útil e representam uma consciência crítica.

Aulas adequadas aos pais aliado a publicações podem vir a ajudá-los a determinar a melhor maneira de usar um comportamento desejável, e como ignorar

estrategicamente o mau comportamento, para assim desenvolver métodos adequados e efetivos de disciplina. Quanto antes o problema é identificado, melhor será o comportamento social ou os problemas emocionais serão eliminados.

Não são raras as queixas dos pais que apresentam indicativos de dificuldades de relacionamento com seus filhos portadores de TDAH. Não há receitas prontas para a solução do problema, porém alguns indicativos podem ser úteis que certamente minimizarão esta tensão.

Os pais devem sempre que possível dirigir-se à criança em um tom de voz audível para elas e dar ênfase às palavras mais importantes, sempre delimitando o tempo, espaço e modo;

Não seja prolixo, em sua exposição e evite dar várias ordens ao mesmo tempo;

Não grite para evitar irritação e quando se dirigir a elas esteja o mais perto possível, caso contrário não vão atendê-lo;

Mantenha sempre um local de estudo adequado, com rotinas claras e pré-estabelecidas para a execução das tarefas escolares.

Pense antes de agir, já que o comportamento impulsivo da criança portadora de TDAH conduz os pais a reagir de forma rápida.

Rohde e Benczik (1999, p. 75), apresentaram a seguinte situação: “Tomemos como exemplo uma criança que na hora da refeição não pára quieta, levanta-se várias vezes da mesa e derruba as coisas frequentemente. Nessa situação, antes de agir, pensa nas alternativas de manejo:

- (a) bater na criança;
- (b) ameaçar com castigo;
- (c) xingar;
- (d) pedir para ela parar quieta;
- (e) retirar as garrafas e os talheres desnecessários de perto da criança;
- (f) propor uma recompensa se ela conseguir terminar de comer sentada (por exemplo, você irá assistir televisão ou jogar *videogame* com ele por alguns minutos).

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

Sempre que possível utilize-se de reforço positivo antes da punição, pois experiência clínica em portadores de TDAH, revelou que elas respondem positivamente quando utilizamos estratégias não punitivas.

Por igual procure manter constância em sua estratégias, haja visto que crianças com TDAH, respondem melhor quando o ambiente apresenta situações previsíveis. Em situações de desafios novos, demoram mais para aceitar e dificultam o relacionamento com os pais.

Os pais devem proporcionar uma situação de rotina diária, mantendo horários fixos para cada tarefa (almoço, jantar, laser e demais tarefas). Lembre-se que qualquer alteração que altere a sua rotina diária, poderá quebrar seu ambiente de segurança e desestruturá-las por completo.

A escolha de atividades físicas e extracurricular deve ser proporcionada de tal maneira que possa levar a criança a apreender e convier com regras e limites.

Qualquer programação de atividades futuras deve contemplar um planejamento como, por exemplo, um calendário semanal que apresente todos os dias da semana. Tudo deve ser estabelecido previamente, mesmo que uma determinada atividade mude deve ser contemplada antecipadamente. Deixe sempre a criança escolher o horário para suas atividades, não tente modificá-los, pois isto desenvolverá um planejamento previsível de atividades ajudando no desenvolvimento do portador de TDAH.

Lembre-se, não há como mantermos ausentes e querermos superar as dificuldades de uma criança portadora de TDAH.

9. ORIENTAÇÃO AOS PROFESSORES

De um modo geral os professores estão acostumados a receber em sala de aula apenas alunos considerados “normais”, que normalmente não apresentam nenhum desvio de conduta e suas notas são regulares. Embora, estejam capacitados para trabalhar com crianças com TDAH, quando um ou mais alunos com este tipo de problema é inserido em sala de aula, passa-se de uma situação regular para uma situação de problema. Rompe-se a harmonia até então existente, há grande interferência nos trabalhos escolares. Há uma sucessão de fatos provocados por este (s) aluno (s) que passam a interferir diretamente no rendimento escolar de todos. São necessárias algumas atitudes corretas a serem implementadas pelos professores para que volte a normalidade ou sequer venha se alterar a harmonia da classe.

Segundo Hallowell (1999, p. 259). “Dizer a verdade à criança e à escola ajuda a desfazer o estigma que paira sobre o DDA. Ajuda a normalizar a síndrome. Dizer a verdade desobriga a pessoa de pular certos pontos ou inventar eufemismos infantis, e assim permite que a informação seja transmitida de forma mais simples e clara. Em vez de recorrer a alguma versão disfarçada da verdade – através da qual a criança em geral consegue entrever, e que carrega uma mensagem de segredo e perigo -, dizer a verdade significa que não há o que esconder, nada a temer, nada de que se envergonhar”.

Sugere-se:

Primordialmente procure obter o máximo de informações a respeito do transtorno;

Utilize-se de literatura a respeito do assunto;

Mantenha contato constante com os pais das crianças com transtorno;

Faça a adequação do programa pedagógico para as crianças que certamente aumentará o sucesso em sala de aula;

Deve-se trazer a criança com TDAH, mais para o centro da classe e perto do professor, afastando-o das portas, janelas;

Fale sempre de frente para a criança, e esteja sempre no seu campo visual;

Deixe-o sempre perto da luz, para que possa enxergá-las bem;

Nunca passar tarefas que não possa realizá-las, deve estar dentro da capacidade demonstrada pela criança, aos poucos incluir algo mais;

Procure dividir as tarefas, pois exigências exageradas terão respostas incompletas e desestimularão a criança, levando-as ao fracasso;

Evitar fazer comentários que venham a desestimular-las, ou de que seja depreciativo;

A rotina escolar deve ser clara e previsível, para não criar obstáculos;

Manter a classe sempre organizada;

O diálogo com o médico e outros terapeutas deve ser constante;

Elogiar sempre que possível a criança com TDAH, isto criará estímulos positivos;

As salas de aulas não devem ter um número elevado de aluno.

Rohde e Benczik (1999, p.85), assim manifestou-se a respeito do assunto:

“Vamos listar algumas sugestões que poderão tornar mais fácil e agradável o seu trabalho com estas crianças e adolescentes. Sempre que necessário, procuramos explicar a lógica por trás das sugestões feitas.

- 1) Sente com a criança ou adolescente a sós e pergunte como ela acha que aprende melhor. Frequentemente, ela terá sugestões valiosas.
- 2) Lance mão de estratégias e recursos de ensino flexíveis até descobrir o estilo de aprendizado do aluno. Isso irá ajudá-lo a atingir um nível de desempenho escolar mais satisfatório.
- 3) encoraje uma estrutura para auto-informação e monitorização. A cada semana, sente com a criança alguns minutos e dê-lhe um retorno sobre como ela está se saindo em sala de aula. Ouça a opinião dela sobre os progressos e dificuldades. É necessário que ela seja um agente ativo do processo de aprendizagem.
- 4) Crie um caderno “casa-escola-casa”. Isso é fundamental para melhorar a comunicação entre os pais e você.
- 5) Assinale e elogie os sucessos da criança tanto quanto for possível. Ela já convive com tantos fracassos que precisa de toda a estimulação positiva que puder obter.

- 6) Procure afixar as regras de funcionamento em sala de aula em lugar visível. As crianças sentem-se reasseguradas sabendo o que é esperado delas.
- 7) Lembre-se de que as regras e instruções devem ser breves e claras. Use uma linguagem adequada para o nível de desenvolvimento da criança. Evite sentenças muito compridas.
- 8) Sempre que possível, transforme as tarefas em jogos. A motivação para a aprendizagem certamente aumentará.
- 9) Com um adolescente, estimule que ele tome nota dos pontos mais importantes do conteúdo e do que estão pensando. Isso irá ajudá-lo a organizar-se melhor.
- 10) Escrever a mão é difícil para muitas destas crianças. Considere a possibilidade de uso de alternativas, como a digitação no computador.
- 11) Elimine ou reduza a frequência de testes cronometrados. Dificilmente, na vida real, a criança terá que tomar decisões tão rápidas. Estes testes apenas reforçam a impulsividade destes alunos.
- 12) Avalie mais pela qualidade e menos pela quantidade das tarefas executadas. O importante é que os conceitos estejam sendo aprendidos.”

A Psicóloga Clínica e Educacional, Pedagoga e Psicopedagoga, Marina S. R. Almeida, em sua monografia sobre Hiperatividade propôs técnicas para ajudar a criança hiperativa:

“Olhe sempre nos olhos - Você consegue "trazer de volta" uma criança TDAH através dos olhos nos olhos. Isso ajuda a evitar a distração que prejudica tanto estas crianças.

Organizar as carteiras em círculos, ou em forma de U, ao invés de fileiras - facilita o contato e particularmente o com os demais membros da classe, uma vez que esse tipo de aluno costuma estar " na turma do fundo ", não podendo visualizar os olhos dos companheiros de estudo, o que o torna ainda mais disperso.

Cuidado com as cores - O estímulo multicolorido costuma deixá-los mais excitados e menos atentos ainda, devendo ser evitadas cores fortes no ambiente (do espectro vermelho e amarelo), inclusive na vestimenta da criança.

Adotar um ritmo dinâmico de aula - de tal forma a criar oportunidade para que todos os alunos participem, sempre com o cuidado de não permitir que o aluno com TDAH se empolgue demais.

Usar recursos e formas de apresentação não habituais - crianças com TDAH adoram novidades; explorar o seu cotidiano e fazer disso motivo para uma aula posterior ou mesmo criando um "gancho" na aula atual costuma ser muito proveitoso.

Utilizar metodologia preferencialmente visual - As crianças TDAH aprendem melhor visualmente que por outros métodos, portanto escreva palavras-chave ao mesmo tempo que fala sobre o assunto .

Estimular a criatividade - Propor tarefas que exijam a criatividade do aluno (explorar, construir, criar) e não passivas (questionários com respostas tipo x).

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

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

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

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

A memória é um grave problema para eles - Ensine mnemônicos, quadrinhas, dicas, rimas, pois eles tem problemas com a Memória de Trabalho Ativa e esses processos ajudam sobremaneira a aumentar essa memória.

O desafio costuma motivar o portador de TDAH - Deve então o professor estabelecer de antemão com o aluno qual a tarefa a ser feita, quando será considerada concluída e quais os pontos para isso (check-list a ser verificado no final da mesma). Isso dará aos poucos ao portador de TDAH formas de lidar com sua ansiedade, e falhas de terminar as tarefas a que se propõe, pois em geral ele concebe projetos grandiosos demais, os quais não conseguem finalizar.

Elogiar o aluno com constância - NÃO APENAS QUANDO ELE TERMINA A TAREFA, mas DURANTE o transcorrer da mesma, INCENTIVANDO o seu término, uma vez que para o aluno com TDAH o CONCLUIR a tarefa é bastante difícil, exigindo quase o triplo de concentração (praticamente inexistente) que os demais...

Estabelecer para o aluno com TDAH tarefas de conclusão rápida - Inicialmente, para que este comece a finalizar adequadamente as tarefas, e, aos poucos, ir inserindo maior complexidade e maior duração as tarefas dele exigidas, visto que o aprendizado de organização para essas pessoas é extremamente penoso .

Divida as grandes tarefas em tarefas menores - Isso possibilita a criança a vislumbrar que a tarefa PODE ser terminada, algo que é extremamente difícil para os portadores de TDAH, possibilitando ao professor trabalhar a capacidade da criança, geralmente minimizada por ela (baixa auto-estima...) além do que evita acessos de fúria pela frustração antecipada de não terminar a tarefa em crianças menores, e as atitudes provocadoras dos maiores.

Utilize uma agenda de contato com a família - Isso facilita a troca de informações.

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

Lembre-se, “Os pais que consideramos problemáticos são aqueles que não se envolvem com seus filhos – aqueles que nunca vemos”, *in Smith e Strick, p. 102.*

De tudo isto, tira-se uma lição no sentido de que não há uma única maneira de tratar uma criança portadora de TDAH. O que fica evidente é que os professores devem estar atentos e em constante aperfeiçoamento para que possam adequar-se as necessidades dos alunos com transtornos, de tal maneira que possam escolher a melhor dica ou técnica que se adaptem a realidade de seus alunos e sejam possíveis de implementação.

De há muito, que se sabe da necessidade de uma parceria e espírito de grande colaboração entre os professores e pais. De um modo geral os professores não costumam a fazer visitas regulares aos familiares dos portadores de TDAH, isto porque não possuem treinamento adequado para executar esta tarefa, muito menos estão preparados psicologicamente a ponto de sentirem-se desconfortáveis.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quantas vezes ouvimos relatos de professores a respeito de crianças com TDAH, no período do ensino fundamental e no ensino médio, afirmando que estavam sonhando acordadas, quietas demais, ou eram espertas, mas não conseguiam melhorar suas notas. Inúmeras vezes falhavam nas provas, muito embora soubessem a maioria das respostas, isto porque não podiam manter-se “ligada” na prova. A reação dos pais era imediata, repreendiam e cortavam privilégios.

Conhecer as diferenças entre as diversas crianças com transtornos e enumerar situações que possam vir a ajudar a família e os professores, bem como ajudar a identificar quando uma criança possui TDAH, e a possibilidade de elencar situações concretas que possam, ajudar no dia a dia, pais e educadores para socializá-las são os objetivos deste estudo.

Uma criança com TDAH, apresenta uma grande variedade de necessidades. Estudos demonstram que se as crianças receberem treinamento em habilidades sociais, por meio de técnicas apropriadas de aprendizagem, saem-se bem na escola e no trabalho. Mostram com frequência uma grande melhora quando atingem a adolescência. Passam a ser indivíduos cheios de energia, deixando de ser descontroladas.

Treinamento de técnicas para pais e professores, oferecidos por terapeutas ou em classes especiais, fornece uma ferramenta eficaz na orientação da criança com TDAH, contribuindo, assim para uma significativa melhoria da qualidade de vida da criança com TDAH, que com a devida canalização do seu imenso potencial pode transformar-se em um adulto com muita criatividade, energia, inovação e ousadia.

G L O S Á R I O

DDA - Distúrbio do Déficit de Atenção.

ADD – Attention Déficit Disorder.

TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade.

DDAH - Distúrbio do Déficit de Atenção/Hiperatividade

REFERÊNCIAS

HALLOWELL, Edward M; RATEY, John J. **Tendência à Distração**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

ROHDE, Luís Augusto P.; BENCZIK, Edyleine B.P. **Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

SMITH, Corinne; STRICK, Lisa. **Dificuldades de Aprendizagem de A a Z**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SILVA, Ana Beatriz B. **Mentes Inquietas**. São Paulo: Gente, 2003

SITES

www.tdah.org.br/causa01.php acesso em 14.06.2004.

www.hiperatividade.com.br acesso em 14.06.2004

fonopara.tripod.com.br/dist_atencao.html acesso em 14.06.2004

www.metas.com.br/add/add.htm acesso em 14.06.2004

www.esquilamedica.hpg.ig.com.br/dda.htm acesso em 14.06.2004