VERA LUCIA RIBEIRO

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: O QUE O PROFESSOR DEVE SABER

Monografia apresentada a Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial de conclusão de Curso de Especialização em Inclusão.

Orientadora: Profa. Márcia Guimarães

PONTAL DO PARANÁ

2005

SUMÁRIO

RESUMO iv
1 INTRODUÇÃO 01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 03
2.1 A HIPERATIVIDADE E SEU HISTÓRICO 03
2.2 DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE 09
2.2.1 Dificuldade de Atenção e Concentração 10
2.2.2 Dificuldades de Aprendizado 11
2.2.3 Problemas Comportamentais 12
2.2.4 Distúrbios Motores 13
2.2.5 Retardos da Fala 14
2.3 INTERAÇÕES COM OUTROS PROBLEMAS 15
2.4 ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS PARA O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE 18
3 CONCLUSÃO 25
REFERÊNCIAS 27

RESUMO

A presente monografia procura oferecer condições de entender melhor a criança com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade-TDAH, caracterizando o transtorno no âmbito de seus sintomas. Tem-se por hipótese que o TDAH não é um transtorno somente de origem orgânica, e tampouco constitui somente um aspecto comportamental desviante, sendo, todavia, um amálgama complexa de ambas as causas. O TDAH é muitas vezes a expressão de uma disfunção orgânica, posto que envolve diversas áreas do cérebro na determinação do quadro hiperativo. O estado psicológico pode, em certas ocasiões ser o fator determinante da hiperatividade. A maioria das crianças e adolescentes que apresenta o TDAH tem associados ambos os fatores, isto é, orgânicos e psicológicos. Utilizou-se o método bibliográfico, percorrendo o assunto detalhadamente até a elaboração de uma conclusão crítica, reunindo todas as informações sobre os diversos aspectos deste transtorno, esperando que possa haver uma melhor compreensão do que seja TDAH e quais os recursos disponíveis para o tratamento além de fornecer novas alternativas para a adequada integração do indivíduo na sociedade.

1 INTRODUÇÃO

Sintomas de desatenção podem ser considerados normais em crianças que acabaram de passar por situações traumáticas, como a perda de uma pessoa querida. Nesses casos, em geral as manifestações são passageiras. O que os diferencia do transtorno de déficit de atenção é a duração do problema. Ficar atento e verificar se a "inquietude" é insistente — mais de cinco ou seis meses. Pode ser sinal de que a desatenção é provocada não por questões pontuais, mas por distúrbios mais profundos.

Segundo SOUZA e INGBERMAN (2001, p. 25),

> O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAHI) possui como características nucleares desatenção, hiperatividade e impulsividade. O DSM-IV define vários critérios para o diagnóstico de tal transtorno, que englobam diferentes sintomas de relativas características, em dois módulos sendo um referente à desatenção e outro, à hiperatividade e impulsividade, além de critérios com relação ao tempo de existência de sintomas e idade de início (sendo necessário que o aparecimento dos sintomas seja anterior aos sete anos). Desta forma, considera-se que um adulto apresenta TDAHI se tiverem sido observados sintomas na infância. Existem características adicionais que podem ser encontrados em indivíduos com TDAHI, dentre elas a desorganização, dificuldade no relacionamento interpessoal, relacionamento pobre com pares e irmãos.

Portanto, o TDAHI leva a grandes e sérias implicações nos diferentes contextos: social, familiar, acadêmico e/ou profissional. Sendo assim, visualiza-se como de fundamental importância o diagnóstico e o início de tratamentos precoces para o TDAHI, evitando-se maiores consequências psicológicas, que os distúrbios comórbidos ocorram e que surjam grandes prejuízos na vida adulta.

A principal característica dos alunos que possuem transtorno de déficit de atenção é a dificuldade de se concentrar, de manter o foco. *Eles não param quietos e são confusos na organização das ideias e dos trabalhos. Fogem das tarefas que exigem esforço mental e se esquecem de cumprir atividades diárias. Em sala de aula, causam a impressão de que não escutam uma palavra do que é dito, pois estão sempre dispersos, 'no mundo da lua'. Em geral passam de uma atividade a outra sem se concentrar em nenhuma delas - e sem terminá-las."* (SILVA, 2001, p. 73).

Alunos que apresentam essa síndrome distraem-se com qualquer estímulo, como uma buzina de automóvel ou uma pessoa que passa. Em brincadeiras e

jogos, não dão atenção às regras, se remexem na cadeira, falam demais e interrompem quem está falando. Enfim, estão sempre "a mil". É comum esses estudantes serem excluídos do grupo e os professores perderem a paciência com eles. Por isso, é necessária a ajuda dos pais, de um psicólogo ou psiquiatra e de colegas mais experientes.

O objetivo do presente trabalho é investigar, através de revisão bibliográfica, características de comportamentos de hiperatividade e déficit de atenção, além de formas utilizadas para diagnóstico e tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção TDA), visando fornecer um panorama geral de comportamentos que acompanham tal transtorno e/ou decorrem dele, e desta forma ajudar o professor na busca de informações que sirvam de subsídios para saber lidar com esse alunos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A HIPERATIVIDADE E SEU HISTÓRICO

Historicamente se sabe que o médico Galen foi um dos primeiros profissionais a prescrever o ópio para a impaciência, inquietação e cólicas infantis. Em 1890, sintomas de desatenção, impaciência e inquietação, assim como também um modelo similar de conduta, exibido por indivíduos retardados, sem história de trauma, já eram trabalhados por médicos da época (BENCZIK, 2000, p. 15)

Segundo BASTOS (2003), problemas com comportamentos de agitação e falta de atenção em crianças e até adultos estão longe de ser uma novidade, e trabalhos científicos sobre o assunto estão sendo feitos desde o começo do século XX, como os trabalhos do médico George Frederic Still em 1902. Ele descreveu um problema verificado em crianças por ele tratadas, denominado como um defeito na conduta moral. Ele entendeu que este problema resultava em uma inabilidade da criança para internalizar regras e limites, assim como apresentavam inquietação, desatenção e impaciência. Para ele esses comportamentos poderiam ser resultado de danos cerebrais, hereditariedade, disfunção ou problemas ambientais. Assim como também não acreditava que estas crianças poderiam ser ajudadas, e que elas deveriam ser institucionalizadas, já em idade bastante precoce.

STRAUSS (1918), citado por SOUZA (1999, p. 49), levanta a hipótese de que os distúrbios de aprendizagem e os de comportamento, poderiam ter como base, uma lesão cerebral mínima. Partindo-se apenas de dados do "raciocínio clínico tradicional", sem qualquer evidência empírica.

Segundo GOLDSTEIN (2004), pesquisas sugerem que a hiperatividade pode ser problema mais persistente e comum na infância. É persistente ou crônico porque não há cura e muitos problemas apresentados pela criança hiperativa devem ser administrados, dia a dia, durante a infância e a adolescência.

Still, citado por HALLOWELL; RATLEY. (1999, p. 271), descreveu um grupo de 20 crianças que se comportavam de maneira excessivamente

emocional, desafiadora, passional e agressiva e que mostravam resistentes à qualquer tipo de ação com o objetivo de tornar o comportamento delas mais aceitável. O grupo tinha uma proporção de 3 meninos para cada menina e era composto de crianças que não tinham indícios de maus tratos pelos pais. Still especulou que devido à ausência de maus tratos, o problema destas crianças deveria ser de origem biológica. A hipótese ganhou mais força ainda quando Still notou que alguns membros das famílias das crianças eram portadoras de problemas psiquiátricos como depressão, alcoolismo, problemas de conduta, etc.

O simples fato que Still propôs uma base biológica para o problema, embora a evidência definitiva ainda demorou mais algumas décadas para chegar, já foi um grande passo. Antes disso, as crianças e os pais eram considerados responsáveis pela "falha moral" e o tratamento era freqüentemente feito através do uso de castigos e punições físicas. Os manuais de pediatria da época eram repletos de explicações de como bater em crianças e afirmavam necessidade deste tipo de tratamento.

As observações e deduções de Still influenciaram o "pai" da psicologia Norte-Americana, Willian James que especulou que estes distúrbios de comportamento seriam devido à problemas na função inibitória do cérebro em relação à estímulos ou à algum problema no córtex cerebral onde o intelecto acabava se dissociando da "vontade" ou conduta social.

Foi por volta dos anos 1917 e 1918, que HOHMAN, citado por GOLDSTEIN; GOLDSTEIN (1997, p. 64) e também por BENCZIK (2000, p. 21), descreve que a partir de uma erupção de encefalites, observou-se que havia um grupo de crianças fisicamente recuperadas das encefalites que apresentavam inquietação, desatenção, eram impacientes e hiperativas, sendo que não apresentavam estes comportamentos antes da doença. Aventou-se que resultaria de um mesmo nível de prejuízo cerebral, causado pelo processo de doença, descrito como uma desordem pós-encefalítica.

Também, em 1934, Eugene Kahn e Louis H. Cohen publicaram um artigo no famoso **The New England Journal of Medicine** afirmando que havia uma base biológica para a hiperatividade baseado em um estudo feito com pacientes vítimas da epidemia de encefalite de 1917-1918. Os autores deste artigo foram os primeiros à mostrar uma relação entre uma doença e os sintomas da ADD

(Attention Déficit Disorder – Distúrbios do Déficit de Atenção) (falta de atenção, impulsividade e hiperatividade) (TOPCZEWSKY, 1999).

Em 1937, Charles Bradley mostrou mais uma linha de relação da ADD com o biológico através da descoberta acidental de que alguns estimulantes, as anfetaminas ajudavam crianças hiperativas a se concentrar melhor. Esta descoberta foi contrária à lógica tradicional, pois os estimulantes em adultos produziam um aumento de atividade no sistema nervoso central enquanto o inverso acontecia em crianças com ADD. O porquê deste fenômeno ainda iria ficar mais algumas décadas sem resposta.

Foi na Segunda Guerra Mundial, que pesquisadores tiveram a oportunidade de estudar uma ampla variedade de prejuízos da guerra, incluindo os traumas cerebrais. O estudo neurológico das lesões locais do cérebro pode ser considerado como a principal origem dos conceitos modernos da organização funcional do cérebro (LURIA, 1999, p. 42). Nessa época, descobriu-se que o prejuízo de qualquer parte do cérebro, freqüentemente, resultava em comportamentos de desatenção, inquietação e impaciência. E apoiou-se na noção de que crianças com estes sintomas foram vítimas, de alguma forma, de prejuízos e disfunção cerebral. STRAUSS; LEHTINEM, citado por SOUZA (1999, p. 62), fizeram distinção entre retardos exógenos e endógenos, sendo a causa dos primeiros, uma lesão cerebral e, dos segundos, uma degeneração hereditária. Foi por volta da década de 40 que surgiu a designação de Lesão Cerebral Mínima (LCM). Apoiando-se nas evidências que demonstravam associações de alterações comportamentais, principalmente hiperatividade, com lesões do sistema nervoso central, ocorreu uma mudança nos focos das pesquisas, em função das dificuldades para objetivar a existência desta lesão, surgindo a partir de então, outras inúmeras denominações.

Em pouco tempo as pessoas com este problema receberam uma nova e obscura descrição: "Disfunção Cerebral Mínima" e começavam a serem tratadas com dois estimulantes que tinham se demonstrado muito eficazes no tratamento do problema Ritalina e Cyclert (TOPCZEWSKY, 1999).

Em 1957, Maurice Laufer tentou associar os problemas da "síndrome hipercinética" com o tálamo, estrutura cerebral responsável pela filtragem de sinais somáticos provenientes do resto do corpo. Embora esta hipótese não

pudesse ser provada, era o começo da ligação entre a ADD e alguma estrutura cerebral.

Nos anos 60 as observações clínicas se tornaram mais apuradas e ficou cada vez mais aparente que a síndrome tinha alguma origem biológica e talvez até genética, absolvendo os pais da culpa pelo problema definitivamente na comunidade científica. A população em geral continuou culpando os pais, como ainda acontece até hoje em populações menos informadas.

Ainda segundo HALLOWELL; RATLEY (1999), no final dos anos 60 muito já era sabido sobre ADD, mas a falta de novas evidências ligando-o à bases biológicas começou a criar discussões sobre a existência da síndrome. Muitos acreditavam que o transtorno era uma tentativa de livrar os pais da culpa por seus filhos mimados e mal comportados. Depois deste período de incerteza, novas descobertas começaram a ser feitas ligando os problemas associados com o ADD com certos tipos de neurotransmissores.

Em 1970, KORNETSKY, citado por MARCONDES e coord. (1998), propôs a hipótese de que o ADD poderia estar ligada à problemas com certos neurotransmissores como a Dopamina e a Noroepinefrina. Embora a hipótese seja coerente, as pesquisas realizadas desde então na tentativa de comprovar o efeito destes neurotransmissores no ADD ainda não obtiveram sucesso. Embora não se saiba qual é o neurotramissor específico ligado ao ADD, muitos pesquisadores acreditam que é um problema de desequilíbrio químico no cérebro e estudos recentes somados à aparente melhora obtida através da psicofarmacologia parecem confirmar esta hipótese.

Na década de 1980, vários autores como MATTES; GUALTIERI; CHELUNE (In: HALLOWELL; RATLEY, 1999), especularam sobre o envolvimento dos lobos frontais no ADD devido à semelhança de sintomas apresentadas por pacientes com ADD e aqueles que sofreram danos aos lobos frontais e no hemisfério esquerdo de pessoas portadoras de ADD. Todos estes achados foram confirmados em 1990 por ZAMETKIN (In: HALLOWELL & RATLEY, 1999), graças ao desenvolvimento de novas tecnologias como o PET (tomografia por emissão de positróns), que mostravam o funcionamento do cérebro *in vivo.* Através de exame de PET comparativos entre pessoas diagnosticadas com ADD e controles, Zametkin notou que os cérebros de pessoas com ADD tinham um consumo de

energia cerca de 8% menor do que o normal e que as áreas mais afetadas eram os 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 o ADD estava realmente associadas à alterações do metabolismo cerebral, acabando definitivamente com a dúvida sobre a real existência da síndrome e sua ligação biológica.

Em 1982, o National Institute of Children Health and Human Development, através de conferências apresentadas, procurou um consenso interdisciplinar sobre hiperativiade. Assim foi aceita como "síndrome, considerada como problema médico complexo, que abrange inúmeros aspectos neuroimunendocrinológicos, pediátricos, psicológicos, sócio-escolares e, até mesmo legais (envenenamento por drogas" (GORODSCY, 1999, p. 8).

São diversos os fatores que podem estar relacionados à síndrome, tendo como variáveis dependentes a atividade motora excessiva, ou a hipercinesia, a dificuldade em atenção concentrada e o comportamento impulsivo. Como fatores predisponentes à síndrome, foram considerados na conferência:

1. prematuridade, anormalidades do sistema nervoso central, trauma de crânio, lesão cerebral e infecções;
2. doenças da tireóide;
3. deficiência vitamínica;
4. envenenamento por chumbo;
5. vazamento de radiação.

Não existe evidência empírica na literatura médica para algumas teorias que associam o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), com intoxicação por determinadas substâncias, como chumbo, aditivos alimentares, açúcar ou com teorias ortomoleculares de necessidade de vitaminas ou nutrientes (SHAYWITZ et. al., 1994, p. 109).

Crianças cujos diagnósticos estão associados a esses fatores, constituem o grupo de hiperatividade prevalecente. Apresentam, geralmente, movimentos grosseiros, defeitos de visão, audição e quociente intelectual baixo, caracterizando retardamento mental. São relacionados como correlatos a

hiperatividade das crianças estudadas, distúrbios de atenção e desarmonia específica do desenvolvimento.

Tem aumentado muito, nas últimas décadas, o conhecimento científico das causas e suas influências sobre o cérebro e o comportamento humano. Mesmo assim, ainda é incipiente esse conhecimento, tendo-se mais hipóteses do que certeza sobre o assunto.

Foi em 1994, que o Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais, o DSM-IV, denominou como TDAH, utilizando como critério dois grupos de sintomas: a) desatenção, e b) hiperatividade/impulsiva.

O CID-10 classifica a atenção comprometida e hiperatividade como transtornos hipercinéticos, tendo por característica uma combinação de um comportamento hiperativo e pobremente modulado, com desatenção marcante e falta de persistência, em atividades que requeiram envolvimento cognitivo. Tendência a mudar de uma atividade para outra sem completar nenhuma, junto com uma atividade excessiva, desorganizada e mal-controlada.

Nos meios psiquiátricos europeus e norte-americanos o comportamento hiperativo de crianças tem recebido atenção especial pelo peso que lhes é atribuído como fator de risco, de distúrbios psicopatológicos de clínica de adultos, tais como: esquizofrenia, alcoolismo e toxicomanias, a partir de estudos longitudinais epistemológicos.

Estudos realizados por TARTER (1983) e por GITTELMANN (1985), citado por GORODSCY (1999, p. 13), constataram que adolescentes e adultos hiperativos na infância continuam buscando clínica psiquiátrica por apresentarem sintomas evidentes dessa síndrome, acrescidos ou transformados em outras patologias, tais como distúrbios de conduta, comportamento anti-social, toxicomania e dependência alcoólica.

Existe ainda outra linha de pesquisa que nega a existência de uma síndrome de hiperatividade, como também, toda visão psicopatológica em relação às crianças que expressam movimentação excessiva e desatenção. Enfatizando outros aspectos, tais como: o controle rígido de instituições sócio-educacionais e a pouca continência intraindividual de crianças, sendo incompreendidas por serem menos passivas e mais travessas em classe.

Para ROSS (1979), citado por GORODOSCY (1999, p. 17), crianças com distúrbios de aprendizagem são muitas vezes descritas como hiperativas. Para o autor, esta correlação não revela a respeito da direção de relação; se é a hiperatividade que causa distúrbios de aprendizagem, se os distúrbios tornam as crianças hiperativas, ou, se os dois fenômenos têm fator comum que contribui para que ambos continuem desconhecidos, pois não existem evidências que corroborem para argumentar-se que tanto o distúrbio de aprendizagem, quanto a hiperatividade, sejam causadas por anormalidades identificáveis no cérebro. Para o autor, a hiperatividade é apenas uma palavra que descreve comportamentos observados, revelando apenas que a criança assim designada movimenta-se muito.

2.2 DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE.

O sistema americano (DSM-IV) define critérios diagnósticos para tal transtorno em dois módulos, sendo um relativo à desatenção e outro, à hiperatividade e impulsividade.

Módulo 1: Seis ou mais dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos seis meses em grau de-sadaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento da criança.

a)Frequentemente não presta atenção a detalhes e comete erros por descuido nas tarefas escolares, trabalhos ou outras atividades;

b) Frequentemente tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou jogos;

c) Frequentemente parece não escutar quando lhe falam diretamente;

d)Frequentemente não segue as instruções até o final e não termina as tarefas escolares, atribuições domésticas ou deveres no trabalho (que não seja devido a um comportamento opositivo ou incapacidade de entender as instruções);

e) Frequentemente tem dificuldades em organizar tarefas e atividades;

f) Frequentemente evita, desgosta ou é relutante em se engajar em tarefas que exigem esforço mental mantido (tais como tarefas escolares ou domésticas);

g)Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas e atividades, tais como brinquedos, obrigações escolares, lápis, livros ou ferramentas;

h) É, com frequência, facilmente distraído por estímulos externos;

i) É frequentemente esquecido em atividades diárias.

Módulo 2. Seis ou mais dos seguintes sintomas de hiperatividade e impulsividade persistiram por pelo menos seis meses em grau desadaptativo e inconsciente com o nível de desenvolvimento da criança (BASTOS, 2003).

- Hiperatividade

a) Frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;

b) Frequentemente não permanece em sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;

c)Frequentemente corre ou escala obstáculos em demasia, nas situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode ser sensação subjetiva de inquietude);

d)Com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;

e) Frequentemente está "a mil" ou "a todo vapor";

f) Frequentemente fala em demasia.

- Impulsividade

a)Frequentemente responde precipitadamente, antes de as perguntas terem sido completadas;

b)Com frequência tem dificuldades para aguardar a sua vez;

c)Frequentemente se intromete ou interrompe os outros.

Conforme a prevalência de sintomas nos módulos, o DSM-IV propõe tipos:

• Predominantemente desatento: se o módulo 1 é satisfeito e o módulo 2 não;

•Predominantemente hiperativo/impulsivo: se o módulo 2 é satisfeito e o módulo 1 não;

• Tipo misto: se os dois módulos são satisfeitos.

O aparecimento dos sintomas deve ser anterior aos sete anos de idade; eles precisam estar presentes em dois ou mais contextos, causar prejuízo na

função social ou académica e não serem mais bem explicados por alguma desordem mental.

Para a avaliação de sintomas numa criança é necessário que se avalie a história de desenvolvimento a partir de informações com os pais, professores e com a própria criança (ERICKSON, 1998; FLICK, 1998). Estas informações podem ser obtidas por entrevistas ou por métodos de avaliação tais como testes, que buscam compreender como a criança se comporta nos diferentes contextos em que atua. Muitas vezes o diagnóstico deve ser validado por uma equipe multiprofissional (médicos, psicólogos, fonoaudiólogos e psicopedagogos), onde possam ser avaliados os sintomas em relação ao que se espera para determinada faixa etária.

Cabe avaliar ainda todo o contexto do qual a criança diagnosticada como hiperativa faz parte. Isto porque, muitas vezes, o diagnóstico na criança vem apenas refletir um padrão disfuncional de relações em toda uma família ou em todo um grupo. Deste modo, é importante ter em vista que a hiperatividade não pode ser tratada de modo simplista ou da forma como se trata uma enfermidade orgânica.

2.2.1 Dificuldade de Atenção e Concentração

Talvez o fator que mais caracteriza do TDAH é a falta de capacidade do indivíduo se concentrar e prestar atenção no que está sendo apresentado à ele sem se distrair com qualquer outro estímulo. Aparentemente a pessoa com TDAH sente uma necessidade extrema de prestar atenção em estímulos novos e muitas vezes irrelevantes. Pessoas com TDAH passam a impressão que nunca conseguem completar nenhuma tarefa iniciada, pois assim que começam uma nova empreitada facilmente se distraem e passam a fazer outra coisa e assim sucessivamente deixando um rol de tarefas incompletas assim que elas vão passando de uma para outra. Estas pessoas também apresentam uma dificuldade de memorizar coisas e se lembrar de compromissos, encontros, onde deixou certos objetos (como chaves).

Esta falta de atenção leva muitas vezes a problemas profissionais devido a falta de produtividade e também a problemas de relacionamento pois a falta de atenção causa a impressão em outras pessoas de que elas são sem importância.

2.2.2 Dificuldades de Aprendizado

Segundo BASTOS (2003), o indivíduo com TDAH costuma apresentar problemas com o aprendizado seja através da dificuldade em prestar atenção e manter a concentração como já foi mencionado ou por outros problemas como a dislexia, disgrafia e discalculia além de problemas sociais no ambiente escolar por causa dos problemas de comportamentos e isolamento social conseqüente.

Freqüentemente estas dificuldades acabam levando a pessoa a assumir uma atitude negativa perante o estudo e à escola devido as dificuldades que encontra. A falta de compreensão do círculo social do indivíduo com TDAH leva a uma condição onde a pessoa passa a ser acusada de preguiçosa, burra, etc. o que só piora ainda mais a situação abrindo caminho para comportamentos patológicos e anti-sociais.

Muitas vezes estes problemas podem ser compensados ou pela vontade do indivíduo ou pela atitude perante o problema das instituições de ensino. O indivíduo muitas vezes, até mesmo sem perceber, desenvolve técnicas para poder superar as suas deficiências. Entre estas técnicas estão o uso de acessórios de estudo coloridos e chamativos para não dispersar a atenção com outros estímulos, uso de lembretes, chaves coloridas, etc. Em relação as instituições de ensino, muitas delas estão desenvolvendo salas de aula especialmente planejadas para estes alunos e programas especiais para o reforço do estudo. As salas de aula para pessoas com TDAH são projetadas de forma a ter o menor número possível de estímulos distrativos e os programas especiais tentam sanar as deficiências e dar suporte psicológico ao aluno com TDAH.

2.2.3 Problemas Comportamentais

KANDEL et. al. (1998), citam que quando se fala do TDAH é muito difícil separar os problemas comportamentais primários dos secundários. O indivíduo com TDAH tende a exibir um comportamento irrequieto que faz com que as pessoas à sua volta o tratem de uma forma diferenciada. Na maioria das vezes esta diferenciação é negativa, se manifestando através da exclusão social do indivíduo por causa da sua inabilidade de se manter quieto, de praticar esportes ou a sua tendência de quebrar coisas.

Muitas vezes os indivíduos com TDAH têm a tendência de se sentirem excluídos, pois o seu comportamento leva outras pessoas a lhe chamarem de preguiçosos, problemáticos, estranhos e até mesmo loucos. Este tipo de exclusão vai levar o indivíduo a desenvolver problemas psicológicos que podem seguir duas direções opostas dependendo da estrutura pessoal do indivíduo: A introversão ou o comportamento anti-social.

A introversão ocorre quando o indivíduo resolve submeter-se às regras que lhe são impostas, escondendo o seu verdadeiro comportamento, se separando das relações sociais por ser achar demasiadamente incompetente para tal coisa e muitas vezes acaba entrando em depressão por sentir que não é aceito pelo seu jeito de ser.

O comportamento exibicionista pode aparecer quando o indivíduo mostra a sua ira através de agressividade. Este tipo de comportamento tende a ser o principal motivo pelo qual os pais acabam levando a criança para uma consulta com um especialista de saúde mental.

Não são raros também os casos de comportamento anti-sociais ligados ao TDAH como vício em drogas (causado pela vontade de resolver o problema), alcoolismo, destrutividade, agressões sexuais, etc... Este tipo de comportamento tende a ocorrer quando o TDAH não é diagnosticado e tratado a tempo, pois é uma forma do paciente expressar a sua desesperança com o seu problema, acreditando que nada pode ser feito para resolve-lo, ele resolve mostrar a sua desesperança com este tipo de comportamento.

2.2.4 Distúrbios Motores

KANDEL et. al. (1998, p. 249) citam que pessoas, especialmente crianças com TDAH, apresentam distúrbios como a incordenação e a hiperatividade. "A incordenação se manifesta através de dificuldades ou atraso em atividade como andar de bicicleta, amarrar os sapatos e escrever". Pode se manifestar também pelo jeito desajeitado que a criança mostra ao interagir com o mundo, ou "clumsiness" como este comportamento é expressado na língua inglesa.

Alguns autores fazem uma comparação deste comportamento afirmando que ele se aparenta à aquele que supostamente seria exibido por um "King Kong" tal é o modo grosseiro e desajeitados destes movimentos. "Os objetos ao seu

redor correm permanente perigo: as pontas dos lápis, os copos, os botões das camisas, as cadeiras que são colocadas à prova quando sobre elas se atiram para sentar, os brinquedos, o aparelho de TV, enfim, tudo que esteja ao seu alcance" (LEFREVE,In: MARCONDES, 1998, p. 798).

A hiperatividade se apresenta através da dificuldade do indivíduo em controlar os seus movimentos. O indivíduo é incapaz de ficar mais do que alguns segundos parados sem realizar um movimento inútil. Mesmo quando as condições exigem dele não é capaz de ficar parado, quando por exemplo esta pessoa tem que ficar sentada, ela começa a apresentar movimentos nos membros. A hiperatividade se apresentada na grande maioria dos casos de TDAH embora, em alguns casos, este problema pode não estar presente, dando uma subdivisão do TDAH sem hiperatividade (HALLOWELL; RATLEY, 1999).

Estes distúrbios motores são um dos principais motivos de queixas de professores e pessoas em geral que lidam com o indivíduo com TDAH. Um dado interessante é que os pais parecem se tornar acostumados com estes distúrbios nos seus filhos, pois dados levantados por LEFEVRE (In: MARCONDES,1998) apontavam que embora só uma pequena parcela dos pais se queixassem da hiperatividade dos seus filhos (cerca de 15%), os exames clínicos posteriores demonstraram que quase cerca de 65% das crianças estudadas apresentavam hiperatividade.

2.2.5 Retardos da Fala

Segundo DEL NERO (1997), os indivíduos com TDAH apresentam em alguns casos retardos na fala que pode se apresentar em 3 tipos diferentes, por ordem de freqüência: 1-Retardo da aquisição, 2- Dislalias, 3 - Distúrbios de Ritmo.

Os retardos na aquisição se caracterizam pela diferença apresentada pela criança entre o que seria esperado dela em termos de produção verbal em relações ao seu desenvolvimento neuropsicológico e o que realmente ela consegue produzir. Os testes de desenvolvimento psicomotor são apropriados para medir esta diferença, já que a criança apresenta uma discrepância entre o setor da fala e os demais. Não são raros casos de crianças com TDAH que chegam à idade de alfabetização com a fala ainda não totalmente desenvolvida.

As dislalias, ou seja a troca de fonemas também pode ser apresentado por criança com TDAH em uma idade muito superior ao que normalmente seria esperado. É importante salientar que este problema deve ser corrigido o mais cedo possível, pois com o tempo a criança pode acabar incorporando a dislalia como parte da sua linguagem normal, tornando a correção do problema muito mais difícil.

Os distúrbios de ritmo se apresentam através do "clutter", ou seja, a falta de separação nítida entre uma palavra e outra tornando difícil a compreensão do que está sendo dito. Muitas vezes este problema é confundido por leigos como sendo uma espécie de gagueira, mas é importante diferenciar o diagnóstico para evitar problemas e facilitar o tratamento do problema (LEFEVRE, In: MARCONDES, 1998).

2.3 INTERAÇÕES COM OUTROS PROBLEMAS

HALLOWELL; RATLEY (1999), descrevem de que há outras manifestações combinando com o TDAH. As classificações propostas por estes autores são:

- TDAH sem Hiperatividade

Os autores acima alertam que, um dos enganos mais freqüentes sobre o TDAH é que se a criança não apresenta comportamento hiperativo, automaticamente a possibilidade de TDAH está descartada. Isto é mais freqüente ainda por causa do TDAH ser conhecido pelo público leigo apenas como hiperatividade.

Esta concepção de que TDAH é sempre acompanhada de hiperatividade não é verdade, pois existem casos, especialmente no sexo feminino em que o TDAH se manifesta através apenas da falta de atenção. São pessoas que tem uma característica sonhadora, que não são capazes de prestar atenção. Tem dificuldades em terminar tarefas já começadas e freqüentemente são taxadas de preguiçosas, desorganizadas ou não motivadas injustamente.

- TDAH com Ansiedade

Os mesmos autores citam que, devido ao esquecimento freqüente e dificuldade de organização, é natural que pessoas com TDAH sintam uma certa ansiedade em saber se não estão se esquecendo de alguma coisa. Mas esta ansiedade natural pode acabar se tornando patológica. A pessoa com TDAH pode começar a procurar algo para se preocupar durante o tempo todo. Passam a procurar sempre por alguma coisa que esqueceram, algum problema, etc. Acabam se tornando sempre preocupados com alguma coisa.

- TDAH com outros Problemas de Aprendizado

Conforme já foi mencionado anteriormente por HALLOWELL; RATLEY (1999), o TDAH pode vir acompanhado de outros problemas de aprendizagem:

- Dislexia: é uma perturbação constitucional, primária, geneticamente transmitida, dificuldade de adquirir a capacidade de leitura (LEFEVRE, In: MARCONDES, 1998). A dislexia se manifesta por dificuldade em trocas de letras com formatos parecidos (d b, p q, b q, etc.) ou sons parecidos (d, t, f, m, n, etc.), deficiências de percepção visual e auditiva. Em alguns casos, os alunos são conseguem entender o conteúdo do texto, mas sim tentam "adivinhar" este conteúdo na tentativa de negar o problema.
- Disgrafia: dificuldade de escrita, manifesta como uma dificuldade motora na execução da escrita. A criança não consegue realizar os traços necessários para escrever corretamente, muitas vezes as letras ficam ilegíveis e muitas professoras acusam o aluno de não ser caprichoso, gerando ainda mais problemas.
- Discalculia: problemas em realizar operações aritméticas e até a escrita de números como foi demonstrado em um exemplo de LEFEVRE (In: MARCONDES, 1998), quando foi pedido para a criança calcular 367 + 51 sua conta foi a seguinte:

30067

<u>+ 51</u>

81067

Todos estes problemas levam a uma necessidade de cuidados especiais na educação da criança e de um preparo especial dos professores para que estes

não acusem a criança de ter algum problema, baixando ainda mais a sua auto-estima e causando problemas quanto à concepção que ela vai ter da escola. É necessário que estes professores compreendem antes de acusar.

- TDAH com Agitação ou Mania

HALLOWELL; RATLEY (1999), citam alguns casos onde o TDAH pode se assemelhar ao distúrbio bipolar e o inverso também pode conter no caso de um episódio de mania. A diferença está na intensidade da crise, já que os episódios de mania tendem a ser muito mais intensos que os de TDAH.

No entanto, não é raro de acontecer de pessoas com TDAH, especialmente em casos onde existem comportamentos muito energéticos, serem diagnosticado com distúrbio bipolar. A mudança de diagnóstico normalmente vem quando o paciente não mostra resposta à terapêutica utilizada no transtorno bipolar, por lítio, que não só não causa efeito em pessoas com TDAH como pode em certos casos até piorar o problema e começa a mostrar melhoras quando Ritalina ou outro medicamento para TDAH lhe é dado.

- TDAH em Pessoas Criativas

Uma das características positivas em TDAH é a capacidade criativa que normalmente está presente junto com o problema. Devido a sua capacidade de não conseguir manter as idéias em ordem, pessoas com TDAH tendem a ser muito criativas e muitas vezes é em ramos onde a criatividade é importante que estas pessoas acabam encontrando um trabalho que conseguem fazem (HALLOWELL; RATLEY (1999).

- TDAH com Problemas de Conduta

Os problemas de conduta são comportamentos que ocorrem em algumas crianças caracterizadas por comportamento agressivo, dificuldade de convivência com regras e sociedade. Embora já há evidências de uma genética deste problema, segundo HALLOWELL; RATLEY (1999), é importante lembrar que crianças com este problema normalmente apresentam uma história comum, procedendo de famílias com sérios problemas como pais ausentes, abusivos, uso de drogas, pobreza, falta de educação, comida, etc.

Estes comportamentos podem ser facilmente confundidos com a hiperatividade presente no TDAH, e freqüentemente isto acaba acontecendo. É importante para os profissionais estarem atentos a pequenas diferenças existentes entre os dois problemas. Uma criança com TDAH, quando tem um problema pode ficar frustrada, porém uma criança com problemas de conduta geralmente procura imediatamente alguém para culpar pelo seu problema. As explosões emocionais de crianças com TDAH tendem a ser impulsivas e espontâneas enquanto a de uma criança com problemas de conduta tendem a ser planejados, esperando por algum ataque ou insulto externo para acontecer. Além disso, crianças com distúrbio de conduta não apresentam os problemas de atenção e concentração, característicos das crianças com TDAH.

2.4 ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS PARA O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

Crianças com TDAH geralmente são caracterizadas como desatentas, impulsivas e hiperativas, e podem exibir uma variedade de problemas dentro do contexto escolar (BARKLEY, 1999). Esses estudantes geralmente apresentam dificuldades em manter a atenção, seguir ordens, ficar sentados e trabalhar, independentemente na sala de aula.

Estudos feitos nos EUA mostram que é possível amenizar os sintomas do TDAH através de estratégias de intervenção no comportamento, com *feed-back* freqüente e supervisão individual ajuda a manter a atenção da criança. Tarefas repetitivas e pouco retorno, por outro lado, favorecem o aparecimento dos sintomas. O comportamento inadequado mostrado pelos pacientes com TDAH freqüentemente interrompe a concentração de seus colegas e geralmente resulta em relações pobres com os demais alunos. Adicionalmente, esses problemas geralmente são acompanhados por outros associados (por exemplo, baixa auto-estima, depressão) que pode afetar significativamente a performance desses estudantes.

A seguir, apresentar-se-á algumas sugestões bastante resumidas para trabalhar com pacientes que apresentam esse tipo de distúrbio, lembrando sempre que todo comportamento considerado inadequado deverá ser encaminhado para orientação específica, pois pode estar contido em um espectro mais amplo, talvez até precisando de ajuda profissional especializada, como nos casos de pautas autistas, transtorno (ou síndrome) de Tourette, síndrome de Asperger, e outras contidas nos transtornos invasivos do desenvolvimento, conforme DSM-IV.

- Olhe sempre nos olhos – consegue-se "trazer de volta" uma criança TDAH através dos olhos nos olhos. Isso ajuda a evitar a distração que prejudica tanto estas crianças (BARKLEY, 1999);
- Organizar as carteiras em círculos ou em forma de U, ao invés de fileiras - facilita o contato e particularmente o "contato de olhos" com os demais membros da classe, uma vez que esse tipo de aluno costuma estar "na turma do fundão",

não podendo visualizar os olhos dos companheiros de estudo, o que o torna ainda mais disperso (BARKLEY, 1999);

- Cuidado com as cores – o estímulo multi-colorido costuma deixa-lo mais excitado e menos atento ainda, devendo ser evitadas cores fortes no ambiente (do espectro vermelho e amarelo), inclusive na vestimenta da criança (TANGANELLI, 1999);
- Adotar um ritmo dinâmico de aula – de tal forma a criar oportunidade para todos os alunos participem, sempre, com cuidado de não permitir que o paciente 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 com TDAH aprendem melhor visualmente que por outros métodos, portanto escreve-se palavras-chave ao mesmo tempo em que se fala sobre o assunto;
- Estimular a criatividade – propor tarefas que exijam a criatividade do paciente (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 pacientes, um código de conduta (simples, com poucas palavras, para facilitar a memorização) e escrever em uma tabela sempre visível, afixada na parede;
- Repetir e repetir as diretrizes – as pessoas com TDAH 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 (DUPAUL; STONER, 1994);
- As crianças com TDAH necessitam de um ambiente estruturado – fazer listas, tabelas, lembretes, apresentar o programa das aulas do dia no final do dia anterior, pelo menos informar 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 (elas fixam melhor o que conseguem ver);

- Ao dar instruções para a classe, solicitar que o portador de TDAH repita para toda a classe – isso dar-lhe-á duas oportunidades, de que tenha certeza de ter atendido 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 – ensinar mnemônicos, quadrinhas, dicas, rimas, pois eles tem problemas com a memória de trabalho ativa (LEVIN, 2001) e esses processos ajudam sobremaneira a aumentar essa memória;
- O desafio costuma motivar o portador de TDAH – deve então o psicopedagogo estabelecer de antemão com o paciente 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 fator 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 consegue finalizar;
- Elogiar a criança com constância – não apenas quando ele termina a tarefa, mas durante o transcorrer da mesma, incentivando o seu término, uma vez que para o paciente com TDAH o concluir é tarefa bastante difícil, exigindo quase o triplo de concentração (praticamente inexistente) que os demais;
- Estabelecer para o paciente 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;
- Dividir as grandes tarefas em tarefas menores – isso possibilita à criança a vislumbrar que a tarefa pode ser terminada, algo que é extremamente difícil para o portadores de TDAH, possibilitando ao professor trabalhar a capacidade da criança, geralmente minimizada por ela, além do que evita acessos de fúria pela frustração antecipada de não terminar a tarefa em crianças menores, e as atitudes provocadoras dos maiores;
- Utilizar exercícios físicos – exercícios (até um enforque 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, estimular a fabricação de endorfina, além de ser muito divertido;

- Propiciar uma válvula de escape como, por exemplo, sair da sala de aula por alguns instantes (isso se for permitido pela direção da escola), indo buscar algo na classe vizinha, dar um recado para alguém que se encontra fora da sala de aula (inicialmente entregar um bilhete a uma pessoas, pois eles esquecem o recado a ser dado), ir ao banheiro, pois isso fará com que ele deixe (sob controle), a sala e não fuja dela, além de começar a aprender meios de auto-observação e auto-monitoramento.

Sabe-se que a atenção de crianças com TDAH é menor frente a estímulos. Menor no que se refere ao tempo em que a criança fixa sua atenção aos estímulos.

Trata-se nesta etapa do trabalho sobre os aspectos que a atenção pode tomar na vida da criança. Aqui vão algumas dicas levantadas por HALLOWELL & BARKLEY, 1999).

Ao lidar com atenção, aborda-se a via de entrada de informações na vida intelectual da criança. Psicopedagogicamente falando, sabe-se que o caminho que essa atenção faz nos primeiros anos de vida da criança é do concreto para o abstrato. A criança vislumbra o concreto percorrendo o caminho do seu desenvolvimento até chegar no abstrato. Essa abstração é tão cobrada e valorizada pelos educadores que por si só é fonte de grande poder intelectual e de criatividade. Entendendo melhor o processo de pensamento de uma criança com TDAH, sabe-se que ela ao não dirigir sua atenção somente à um objeto devido à sua sensibilidade a estímulos externos, traça um emaranhado de associações que se acercam muito à abstração. Pode-se dizer então, que uma criança hiperativa possui uma capacidade de abstração muito grande que leva à um potencial intelectual e criativo muito elevado.

Da mesma maneira que isolando essa criança do ambiente escolar, com os estímulos existentes nele, é prejudicial, pode-se dizer que o oposto pode tornar-se complicado. Geralmente o trabalho de um educador visa igualmente o individual e junto com isto uma concepção do que é o grupo. Essa criança carece de uma

atenção especial, mais cuidadosa, um trabalho amplo, fazendo uma ponte entre sua casa-escola-clínica terapêutica.

Levando em conta a realidade do ensino que hoje está em decadência, carente de profissionais e amparo governamental, insiste-se no conhecimento e interesse nas síndromes que afetam a educação. Sabe-se que existem classes de quase 40 alunos, onde uma atenção especial torna-se inviável. Por isso defende-se a existência de uma ponte entre o meio que a criança vive, ampliando a rede social, fazendo com isto que a criança conviva com mais pessoas, permitindo, desta forma, um melhor desenvolvimento das suas habilidades.

Busca-se na presente monografia, não só divulgar informações sobre uma condição que é tão pouco conhecida e, no entanto afeta tantas pessoas, como também discutir as possíveis alternativas para a educação da criança com TDAH, propondo orientações que permitam uma integração social mais ampla.

A principal questão é como se pode dar para uma criança com TDAH a atenção e o apoio que ela necessita quando nem crianças sem TDAH e com necessidades menores, conseguem ter este tipo de atenção? Como desenvolver a atenção da criança aproveitando o potencial criativo e sensível dela?

Primeiramente, deve-se ter a consciência que o TDAH limita a capacidade de aquisição de atenção rápida da criança. Deve-se trabalhar então nestas crianças o seu lado sensível, tanto emocional como criativo, pois as crianças com TDAH têm um potencial enorme para desenvolver estas capacidades. Antes de iniciar o trabalho deve-se saber como realizar a estimulação nelas.

As condições do mundo atual, levam à uma ansiedade pela alfabetização que em alguns casos tem se realizado à partir dos 3 anos de idade, fazendo com que as crianças deixem de desenvolver algumas outras atividades fundamentais que serviriam como suporte para um alfabetização futura, ampliando a base para a aquisição de atenção. Entre estas características está o esquema corporal, pois sabe-se que o corpo de uma criança pode lhe proporcionar prazer além de ser uma fonte receptiva e transmissora de informações externas e internas. A criança vai desenvolvendo o seu esquema corporal através da superação de obstáculos e treinamento dos movimentos indo de movimentos grosseiros até a coordenação motora fina.

O corpo sensivelmente capta e percebe sensorialmente o mundo. Essa porta de entrada possibilitará para a criança criar critérios qualitativos e discriminativos que serão fundamentais para a sua percepção espacial, social e corporal.

Nas escolas de hoje, o trabalho corporal resume-se às aulas de educação física que podem levar estas crianças à fadiga e conseqüente desinteresse em desenvolver estas habilidades. O trabalho corporal não deve ser limitado apenas à atividade esportiva, trabalhos em grupos, introdução de regras, etc. Ele é sensível, é dramático, é o processo criativo, que se apresenta como um facilitador para obter a atenção da criança com TDAH. Através do corpo sensibiliza-se outras áreas. O esquema corporal de uma criança com TDAH se vê comprometido por disfunções de inibição e controle (LEVINE, 2001).

Uma intervenção por parte do educador pode ser levada para o lado do experimento sensorial. Sabe-se que através do corpo pode-se sensibilizar outras áreas. Um exemplo de trabalho com o corpo e que busca através de outro estímulo mais concreto, fazer com que a criança experimente sensações corpóreas. Um trabalho com argila pode não buscar apenas a concretização de algo pensado. Existe uma parte sensível que se utiliza do tato, fazendo a criança perceber o material com que trabalha. O professor ao estimular, valoriza suas descobertas, pode introduzir conceitos discriminativos entre outros devido à sensibilização (que pode ser chamada de aquecimento), que a criança experienciou. Com isto abre-se novos caminhos para a introdução e estimulação de outras áreas (LEVINE, 2001).

Todo este universo é precioso para a criança, pois nele terá liberdade para criar. A criança com TDAH tem aí um recurso que seguramente terá sua atenção durante algum tempo. Muitas vezes questiona-se se o processo é a segurança da atenção ou o produto é que mostra o grau de atenção que a criança designou para a atividade.

Como tudo, o processo pedagógico é progressivo. Ao valorizar o processo gerador de um produto, abre-se caminho para uma evolução que exige paciência por parte do professor. A criança com TDAH ao trabalhar com suas habilidades sensíveis pode usar a sua percepção à estímulos para desenvolver um produto do processo criativo. Como se sabe, o mais difícil para uma criança com TDAH é

finalizar uma tarefa, pois assim que começa uma já está prestando atenção em outra. A preponderância da necessidade de um produto na escola estanca ou diminui a importância do processo criativo, sem levar em conta que a cada pensamento, forma, gesto ou ação, precisa-se focar no todo e principalmente no processo e não somente no fim.

Ao valorizar-se este processo enriquece-se o intelecto da criança e assim cada vez mais está disposta a criar. A título de exemplo, imagine se fosse criada uma sala especial para uma criança com TDAH, branca, sem interferências ou estímulos senão aqueles já planejados pelo professor. Estar-se-ía afastando a possibilidade da criança de entrar em contato com o mundo real, composto de estímulos que ajudariam essa criança a formar conceitos grupais desenvolvendo o seu intelecto capacitado para interagir com o meio.

Acredita-se que lidando com a criança com TDAH de uma maneira que a atitude criativa possa ser estimulada e transmitida esta-se fazendo com que a criança se integre melhor ao meio e evite as decepções causadas pela desinformação alheia. É preciso conscientização, não só sobre a problemática em si, mas sobre a predisposição que cada criança tem em cada área do conhecimento. Para isto deve-se tornar mais sensíveis com visão ampla para um mundo dinâmico e mutável que é mundo infantil.

3 CONCLUSÃO

Através da elaboração deste trabalho, pode-se notar que embora o TDAH afete uma parcela grande da população, especialmente infantil e pelo que deduzimos, este problema não deve ser algo novo, pois acredita-se que o TDAH tenha acompanhado a espécie humana desde sempre, mas foi apenas neste século que começaram a ocorrer alguns avanços nesta área. Outros avanços na neuropsicologia e na psicofarmacologia permitiram que o tratamento químico do TDAH fosse possível, permitindo que o indivíduo possa ter uma vida praticamente normal, especialmente se este diagnóstico for feito cedo.

É grande a busca do homem em desvendar os mistérios da mente. Algum dia os mistérios do funcionamento do cérebro serão desvendados. Quando obtivermos êxito nesta busca, pode ser que conquistemos uma importante compreensão de muitos distúrbios, inclusive o TDAH, mas enquanto este feito não ocorre, pais e profissionais deverão trabalhar juntos para observar, avaliar, definir o TDAH.

O professor desempenha papel muito importante, tanto no processo de identificação como no processo reeducativo. Ele precisa observar que o aluno é um ser biopsicossocial e que sua individualidade deve ser respeitada. Se o professor tiver a noção de como se processa o funcionamento do cérebro vai ter mais facilidade no processo de aprendizagem.

Tendo em vista os múltiplos problemas de comportamento das crianças com TDAH e, que estes comportamentos podem facilmente ser mal definidos, pais e professores precisam compreender a questão da incapacidade versus má vontade e desinteresse no trato com tais problemas.

O cérebro é o responsável pelos diversos e múltiplos estímulos que provêm de nosso próprio corpo e do meio ambiente, por isso torna-se necessário considerar as vias através das quais os estímulos chegam às diversas zonas cerebrais. Sabemos que, à medida que os estímulos chegam ao cérebro, deixam sua inevitável marca. Esta marca tomará significados diferentes conforme as estruturas sobre que atua.

Nossa ação sobre o cérebro refere-se não só aos estímulos que circulam por receptores específicos e áreas centrais correspondentes, mas também sobre

outras estruturas cuja ativação é determinada por estímulos de ordem simbólica, principalmente mediante a linguagem.

Quando uma criança apresenta dificuldades para aprender, é comum que pais e professores esperem por um "clic" ou que está dê um "estalo" e passe acompanhar a classe. Mas este momento mágico de superação das dificuldades partindo da própria criança, raramente acontece.

O processo ensino-aprendizagem, seus desvios e o tão indesejado fracasso escolar, transformaram-se em grandes desafios. O professor como interventor deste processo, a fim de acompanhar e corresponder às demandas do mundo moderno, deve buscar elucidação da relação entre os processos mentais e os sistemas neurofuncionais envolvidos na aprendizagem e um dos caminhos é a neuropsicologia. O professor desempenha um papel muito importante no processo de identificação como no processo reeducativo. Na identificação cabe a ele o reconhecimento da criança que apresenta distúrbios de aprendizagem; a nível reeducativo, ele também possui um papel de destaque. Dificilmente um psicopedagogo ou neuropsicólogo pode ter sucesso em seu trabalho reeducativo se não houver a colaboração deste educador.

Nos traz FONSECA (1995, p. 94): "só uma pequena percentagem de crianças não tem problemas de aprendizagem. A escola e os professores têm de se preparar para nova realidade".

Através da elaboração deste trabalho, pode-se notar que embora o TDAH afete uma parcela grande da população, especialmente infantil e pelo que se deduz, este problema não deve ser algo novo, pois acredita-se que o TDAH tenha acompanhado a espécie humana desde sempre, mas foi apenas neste século que começaram a ocorrer alguns avanços nesta área.

Finalmente deixa-se a mensagem para que os professores olhem o problema de vários pontos de vista. Talvez se faça necessário dar à avaliação contínua e à avaliação terminal, caracteres diferentes para que se complementem, e permitam, diminuindo a angustia traumatizante que pode provocar, em certos alunos, particularmente os altamente ansiosos, portadores de TDAH, a aproximação de um exame, avaliar um campo, o mais vasto possível, da ação educativa.

Em síntese, no caso de crianças com TDAH, pode-se, com efeito, obter-se quer um diagnóstico individual, quer um diagnóstico de grupo, se o professor tiver o cuidado de analisar em profundidade os resultados dos alunos e não simplesmente preocupar-se com a atribuição de uma nota.

Concluindo, tem-se uma visão otimista que os progressos atuais nos levarão a conhecer melhor os aspectos biológicos e ambientais, ajudando o ser humano a se compreender melhor, trazendo benefícios para a nossa sociedade e quem sabe, melhorando o mundo que anda tão carente de amor, otimismo, compreensão e esperança neste início de século.

REFERÊNCIAS

BARKLEY, R. A . **Attention-deficit hyperacitivity disorder:** a handbook for diagnosis and treatment. New Yor: Guilford, 1999.

BASTOS, F. J. **Diabinhos:** tudo sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. http://www.neurociencias.nu. Acessado em 03.11.2003

BENCZIK, E. B. P. **Transtorno de deficit de atenção/hiperatividade:** atualização diagnóstica e terapêutica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

DEL NERO, H. S. **O sitio da mente:** pensamento, emoção e vontade no cérebro humano. São Paulo: Collegium Cógnito, 1997

DUPAUL, G. J.; STONER, G. **ADHD in the schools:** assessment and intervention strategies. New York: Guilford, 1994

FONSECA, V. **Introdução às dificuldades de aprendizagem.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995

GOLDSTEIN, S.; GOLDSTEIN, M. **Hiperatividade:** como desenvolver a capacidade de atenção da criança. Rio de Janeiro: Papirus, 1997

GORODSCY, C. R. **A criança hiperativa e seu corpo:** um estudo compreensivo da hiperatividade em crianças. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado em Psicologia) Área da Concentração em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo.

HALLOWELL, E. M.; RATLEY, J. J. **Tendência à distração:** identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção da infância à vida adulta. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

_____. 50 dicas para administração do déficit de atenção em sala de aula. http://www.chadd.org. Acessado em 29 de dez. 2000

KANDEL, E, R.; SCHWARTZ, J. H.; JESSEL, T. M. **Fundamentos da neurociência e do comportamento.** Rio de Janeiro: Pretince-Hall, 1998.

LEVIN, E. **A clínica psicomotora:** o corpo na linguagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001

LEVINE, M. **Memória do trabalho ativo.** http://www.aprendiz.com.br. Acessado em 3 de jan. 2001.

LURIA, A . R. **El celebro en acción.** 5. ed. Barcelona: Fontanella, 1999

MARCONDES, E. coord. **Pediatria básica.** 6. ed. São Paulo: Sarvier, 1998.

SHAYWITZ, S. E. et al. *Current status of the neuromaturational examination as an Index off learning disability.* **The Journal of Pediatrics,** v. 104, n. 6, p. 819-31, jun., 1994

SILVA, R. da. **Qual a diferença entre a agitação natural das crianças e o transtorno de deficit de atenção?** São Paulo: Artemd, 2001.

SOUZA, V. H. P. **Contribuições ao estudo de hiperatividade:** determinação de índices para avaliação de comportamento irrequieto e alternativa de tratamento através da música. São Paulo, 1999 Tese (Doutorado em Psicologia) Área de Concentração em Psicologia Experimental, Universidade de São Paulo.

SOUZA, E. M. L.; INGBERMAN, Y. K. **Transtôrno de déficit de atenção e hiperatividade**: características, diagnóstico e formas de tratamento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

SPITZER, R. L. et. al. **DSM-II, III, IV:** casos clínicos. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

TANGANELLI, M. S. L. A criança hiperativa. **Jornal O Liberal,** 23 de jan., 1999

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