

SUZI MARIA NUNES CORDEIRO

**AS IMPLICAÇÕES DO TDA/H NA APRENDIZAGEM ESCOLAR E NO
DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS DE 6 A 12 ANOS**

MARINGÁ
2011

SUZI MARIA NUNES CORDEIRO

**AS IMPLICAÇÕES DO TDA/H NA APRENDIZAGEM ESCOLAR E NO
DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS DE 6 A 12 ANOS**

Artigo apresentado à Universidade Estadual de Maringá- UEM, como parte da exigência para a conclusão do curso em Pedagogia, sob a orientação da Prof^a Dr^a Solange Franci Raimundo Yaegashi.

MARINGÁ
2011

SUZI MARIA NUNES CORDEIRO

**AS IMPLICAÇÕES DO TDA/H NA APRENDIZAGEM ESCOLAR E NO
DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS DE 6 A 12 ANOS**

Artigo apresentado à Universidade Estadual de Maringá como requisito parcial para obtenção do Título de Pedagoga, sob a orientação da Professora Doutora Solange Franci Raimundo Yaegashi.

Aprovado em: 17 de Novembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Solange Franci Raimundo Yaegashi
(Universidade Estadual de Maringá)

Profª Drª Tânia dos Santos Alvarez da Silva
(Universidade Estadual de Maringá)

Profª Drª Heloisa Toshie Saito
(Universidade Estadual de Maringá)

DEDICATÓRIA

À todas as crianças intituladas equivocadamente como TDA/H e às que realmente possuem este transtorno; aos seus familiares, professores e médicos.

AGRADECIMENTOS

Muitos estiveram ao meu lado durante a realização do curso e no desenvolvimento deste artigo, tanto de modo direto como indiretamente. A realização de um curso superior não é um privilégio de todos, tão pouco é fácil para quem consegue estar neste *locus* de saberes sistematizados, cheio de obstáculos para concluí-lo com qualidade e que proporciona diferentes emoções. Para que isto seja possível, contamos com o suporte emocional, o apoio e compreensão de quem nos cerca; por isso agradeço:

A minha família, em especial à minha mãe Maria Helena que me compreendeu quando precisei;

Ao meu irmão James que me apoiou e deu-me forças para realizar o presente artigo;

A Deus, sem o qual eu nada seria;

As amigas da universidade Vilma, Angela e Olivia que torceram por mim, em especial à Ana Paula que sempre esteve presente nos momentos difíceis da vida acadêmica e à Suzana que inúmeras vezes me ajudou quando precisei;

Aos amigos que me deram forças, mesmo que indiretamente, para continuar a realizar o curso;

Aos professores que tive ao longo de minha vida acadêmica, em especial à Edilaine, do ensino fundamental, que ajudou a despertar em minha pessoa a vontade de ser professora;

A professora orientadora Solange, que me guiou na realização deste artigo;

A todos os alunos que conheci que foram intitulados equivocadamente como TDA/H, aos que possuem o mesmo e aos pais/responsáveis por estas crianças, assim como seus professores e médicos;

A você que lê este artigo.

AS IMPLICAÇÕES DO TDA/H NA APRENDIZAGEM ESCOLAR E NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS DE 6 A 12 ANOS

Suzi Maria Nunes Cordeiro¹
Solange Franci Raimundo Yaegashi²

Resumo: Este estudo tem como objetivo investigar as implicações do Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDA/H) na aprendizagem e no desenvolvimento de crianças que possuem entre seis e doze anos. A pesquisa justifica-se pela necessidade de os professores compreenderem o TDA/H para lidar com seus alunos e saberem diferenciar as características desse transtorno de comportamentos antissociais como indisciplina e falta de limites. Além disso, pretendemos fornecer elementos importantes sobre como intervir nos casos em que os alunos possuem esse diagnóstico. Constatamos que muitas vezes os médicos prescrevem a medicação sem um diagnóstico preciso, deixando de recorrer a outros profissionais da saúde, como o psicopedagogo e o psicólogo, que possam auxiliá-lo nessa tarefa. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de cunho bibliográfico, por meio da análise de livros, dissertações, teses e artigos científicos que tratam do tema em questão. Os resultados do estudo revelam que os alunos com TDA/H apresentam dificuldades para conseguir aprender e desenvolver-se em todos os aspectos (cognitivo, afetivo, social) em virtude da falta de conhecimento sobre as características do transtorno por parte dos professores, os quais atuam como mediadores no processo ensino-aprendizagem desses alunos. Diante da situação, concluímos que os pais, bem como os professores e todos aqueles que atuam no contexto escolar, têm de tomar conhecimento sobre o TDA/H e as formas de intervenção necessárias, a fim de minimizar o sofrimento apresentado por essas crianças.

Palavras-chave: TDA/H; aprendizagem; desenvolvimento; ensino fundamental.

THE IMPLICATIONS OF ADHA IN SCHOOL AND LEARNING DEVELOPMENT OF CHILDREN 6 TO 12 YEARS

Abstract. The implications of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in learning and in the development of children within the 6-12 year bracket are provided. Current research is foregrounded on the requirement that teachers understand ADHD to deal with students and to differentiate between the disorder's characteristics and antisocial behavior such as indiscipline and lack of behavioral limits. Important factors on interventions in cases

¹ Acadêmica do Curso de Pedagogia da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: suzynunes_@hotmail.com

² Psicóloga, Prof.^a Dr.^a do Departamento de Teoria e Prática da Educação da UEM. E-mail: solangefry@gmail.com

implying students will be provided. A bibliographic review, comprising, books, dissertations, theses and scientific articles, was undertaken on the theme. Results show that ADHD students have learning difficulties and are impaired in their development in their physical, cognitive, affective and social aspects, owing to the teachers' lack of understanding of the disorder's characteristics. In fact, teachers are the mediators in the teaching-learning process of these students. Parents, teachers and all people involved in education should have a knowledge on ADHD and on the required intervention forms so that the sufferings experienced by these children could be minimized.

Keywords: ADHD; learning; development; primary school teaching.

Introdução

As primeiras notícias sobre o TDA/H começaram a surgir no século XIX, porém, em toda sociedade, independentemente de sua época e lugar, era comum verificar a existência de crianças desatentas, hiperativas, que manifestavam comportamentos impulsivos, embora não houvesse a compreensão de que isso ocorria em decorrência de um transtorno. De acordo com Silva (2003), George Fredrick Still³ realizou palestras em 1902, nas quais falou sobre crianças que, dentre outros aspectos, apresentavam-se agressivas, desafiadoras e hiperativas. Ele realizou pesquisas em que rotulou os pais destas como portadores de “defeito de controle moral”, atribuindo-lhes a responsabilidade pelo comportamento dos filhos.

Em 1937, Charles Bradley, neuropediatra americano, descobriu que as anfetaminas ajudavam crianças hiperativas a se concentrar melhor. Com esse medicamento, ele observou que tais crianças reduziram seus comportamentos “perturbadores”, entretanto, o termo “hiperatividade” só passou a ser usado com Laufer, em 1957, e Stella Chess⁴, em 1960. Nesse

³ Pediatra inglês, o primeiro a descrever os sintomas de TDAH.

⁴ Stella Chess, psiquiatra infantil americana, que dedicou-se à contestar a noção de que problemas de personalidade das crianças hiperativas são causadas por “maus pais”.

período, a Associação de Psiquiatria Americana (APA) usou a expressão “Reação Hiperkinética da Infância”, ao publicar o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-II), em 1968, (SILVA, 2003), para referir-se ao mau que atingia crianças hiperativas.

De acordo com Hallowell e Ratey (1999), na década de 60 do século passado começaram a aumentar as preocupações com a população que esses autores chamavam de “hipercinéticos”, outra designação utilizada para fazer referência àqueles que sofriam com o TDA/H. No início da década de 70, a definição da síndrome passou a incluir a hiperatividade, isto é, sintomas sutis de distração e impulsividade. Nessa época, já se sabia que o TDA/H se ramificava nas famílias e não era oriundo de maus tratos, como se pensava.

Nos últimos anos, segundo Phelan (2005), o TDA/H vem sendo bastante divulgado, diferentemente da década de 1980, em que apenas pais e médicos de crianças que o apresentavam tinham acesso a informações sobre o assunto. O autor comenta que, atualmente, com publicações na internet e frequentes discussões a respeito desse problema, o número de pessoas que têm conhecimento sobre o transtorno aumentou, por outro lado, a ampla conscientização sobre o TDA/H possui alguns aspectos negativos. Há casos em que pais/responsáveis e/ou professores solicitam ao médico que indique um medicamento (geralmente Ritalina) para “acalmar” a criança. O médico, por sua vez, acaba prescrevendo a medicação sem um diagnóstico preciso, deixando de recorrer a outros profissionais da saúde, como o psicopedagogo e o psicólogo, que possam auxiliá-lo nessa tarefa.

Há quem diga, ainda, que o Transtorno de Déficit de Atenção, com ou sem Hiperatividade, não existe, acredita-se, nesse caso, que ele se configure apenas como uma desculpa para livrar as crianças de suas responsabilidades ou que foi uma invenção da indústria farmacêutica para

vender remédios utilizados em seu tratamento. Entretanto, o TDA/H já está catalogado pela Organização Nacional de Saúde (ONS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A Associação Médica Americana (*apud* MATTOS, 2005, p. 17), por sua vez, diz que: “O TDAH é um dos transtornos mais bem estudados na medicina e os dados gerais sobre sua validade são muito mais convincentes que a maioria dos transtornos mentais e até mesmo que muitas condições médicas.”, o que comprova a existência dessa enfermidade.

Vários profissionais da saúde e da área da educação realizam pesquisas acerca do tema, nesse contexto, já foram feitas muitas descobertas que ajudaram a melhorar a vida de quem possui esse transtorno, o qual, de acordo com Phelan (2005), constitui uma disfunção neurológica que pode influenciar o aprendizado da criança devido ao trio base que o compõe: desatenção, impulsividade e, em determinados casos, hiperatividade.

Segundo o autor, a ciência continua fazendo sua parte, “[...] estudos de ressonância magnética estão sugerindo possíveis diferenças na estrutura de partes do cérebro de pessoas com TDA⁵.” (PHELAN, 2005, p. 5). Na área da genética, por exemplo, são realizados estudos nos cromossomos e genes para encontrar elos de identificação do problema. Mas o fato é que, por enquanto, os conhecimentos mais difundidos a respeito do assunto referem-se aos efeitos das medicações estimulantes na transmissão de dopamina.

Hallowell e Ratey (1999) ressaltam que é pouco provável que se descubra a “pílula mágica” para livrar um indivíduo do Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA)⁶, porém, faz-se de tudo para melhorar a vida de quem possui o problema. Silva (2003), por sua vez, enfatiza que,

⁵ A sigla TDA é utilizada por Phelan (2005) para designar o Transtorno de Déficit de Atenção sem hiperatividade.

⁶ A sigla DDA (Distúrbio de Déficit de Atenção) também tem sido utilizada na literatura para designar os casos de Transtorno de Déficit de Atenção.

apesar de toda essa evolução sobre o DDA, o Brasil possui muitas crianças que ainda não foram diagnosticadas e, em virtude disso, são chamadas de agressivas, indisciplinadas, dentre outros rótulos pejorativos.

Segundo Hallowell e Ratey (1999), muitos professores não têm conhecimentos a respeito do Transtorno de Déficit de Atenção, com ou sem hiperatividade, o que acaba prejudicando o aluno, uma vez que esses profissionais não sabem como fazer a mediação durante o processo ensino-aprendizagem. Silva (2003) afirma ser nítida a dificuldade que crianças com TDA/H possuem para aprender, pois elas têm uma instabilidade de atenção e a mente funciona “a mil por hora”, visto que pensam em muitas coisas ao mesmo tempo. Assim, o que o professor pode fazer para ajudar o seu aluno a aprender é ter dedicação para fazer com que este se interesse pela matéria e tenha vontade de aprender, o que só é possível por meio de intervenções adequadas.

Nessa perspectiva, a problemática que pretendemos abordar neste estudo pode ser sintetizada na seguinte questão: Quais as implicações do TDA/H na aprendizagem escolar e no desenvolvimento da criança? O que os professores podem fazer para ajudar esses alunos a aprenderem?

Visando alcançar uma resposta a tais questionamentos, o presente artigo propõe um estudo acerca do Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDA/H), a fim de investigar as implicações dessa patologia na aprendizagem escolar e no desenvolvimento de crianças que possuem entre seis e doze anos. A escolha dessa faixa etária foi motivada pelo fato de que as crianças que possuem TDA/H demonstram claramente as características desse transtorno principalmente em idade escolar, durante o ensino fundamental, que se inicia aos seis anos, conforme prevê a Lei de Diretrizes e Bases

da Educação Nacional – LDB 9.394/96 – (BRASIL, 1996).

O estudo justifica-se pela necessidade de os professores compreenderem o TDA/H para lidar com seus alunos e saberem diferenciar esse transtorno de indisciplina, bem como pela urgência de se fornecer elementos importantes sobre como intervir nos casos em que os alunos possuem esse problema. Para alcançar esse intento, o artigo foi subdividido em três partes. Na primeira, enfocamos o conceito de Transtorno de Déficit de Atenção, com ou sem Hiperatividade, apresentamos informações sobre como funciona o cérebro de um portador do TDA/H, sobre o que causa esse transtorno, assim como seus sintomas, características, subtipos e as comorbidades que podem acompanhá-lo, conteúdos trabalhados em articulação às relações existentes entre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e o rendimento escolar. Na segunda, abordamos algumas possíveis intervenções pedagógicas nos casos de TDA/H, isto é, discorreremos sobre como o professor pode ajudar o aluno que possui esse transtorno a aprender melhor os conteúdos escolares. Por fim, na terceira parte, discorreremos sobre o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, apontando como é feito seu diagnóstico e os tipos de tratamento disponíveis para cada caso.

1. Conceituando o TDA/H

Desde que existem crianças, existe o transtorno, porém, nem sempre existiu consciência sobre essa enfermidade. O conhecimento a respeito do assunto é recente, há algumas décadas, o TDA/H poderia ocultar-se em meio aos maus comportamentos ou misturar-se a outros transtornos, distúrbios e dificuldades, porém, segundo Hallowell e Ratey (1999), não se tem, até hoje, relatos anteriores ao século XIX sobre a constatação de casos de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

As crianças que apresentavam condutas relacionadas ao TDA/H, na década de 30 do século XX, eram diagnosticadas como “Cérebro Danificado ou Lesionado”. Mais à frente, passou-se a usar a designação “Disfunção Cerebral Mínima” para fazer referência ao transtorno, uma vez que não havia evidências que relacionassem os desvios de conduta a lesões cerebrais. Laufer, em 1957, e Stella Chess, em 1960, foram os primeiros a usar o termo “hiperatividade”. Laufer acreditava que esse problema era uma patologia exclusiva dos meninos e teria sua remissão ao longo do crescimento natural do indivíduo. Chess, por sua vez, encarava os sintomas como parte de uma “hiperatividade fisiológica”, como se a hiperatividade fosse um sintoma fisiológico de origem somente genética ou causada por danos provocados pelo ambiente, como é o caso de acidentes com lesões cerebrais, o que a impulsionou a utilizar a expressão “Síndrome da Criança Hiperativa” para referir-se ao transtorno (SILVA, 2003).

Segundo Benczik (2010), em 1994 a Associação Americana de Pesquisa publicou o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), em que a classificação do DDA era dividida em três segmentos: 1- Déficit de Atenção: DA (predominantemente desatento); 2- Déficit de Atenção: DA/HI (predominantemente hiperativo/impulsivo); e 3- Déficit de Atenção: DA/C (misto).

De acordo com a autora, as crianças que se enquadram no primeiro grupo, Déficit de Atenção: DA (predominantemente desatento), costumam apresentar seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção sem hiperatividade e impulsividade:

- a) Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
- b) Com frequência

tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; c) Com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra; d) Com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções); e) Com frequência tem dificuldades para organizar tarefas e atividades; f) Com frequência evita, antipatiza ou reluta a se envolver em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa); g) Com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais); h) É facilmente distraído por estímulos alheios a tarefa; i) Com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias (BENCZIK, 2010, p. 58).

Já o Déficit de Atenção: DA/HI (predominantemente hiperativo/impulsivo) é diagnosticado quando seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade e impulsividade estão presentes por mais de seis meses na vida da criança:

a) Frequentemente agita as mãos ou os pés e se remexe na cadeira; b) Frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; c) Frequentemente corre em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado; d) Frequentemente tem dificuldades para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer; e) Está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”; f) Frequentemente fala em demasia; Impulsividade; g) Frequentemente dá respostas precipitadas antes das perguntas terem sido completadas; h) Com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez; i) Frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo: intromete-se em conversas ou brincadeiras) (BENCZIK, 2010, p. 58-59).

Por fim, no que diz respeito ao Déficit de Atenção: DA/C (misto), a criança normalmente apresenta seis (ou mais) sintomas de desatenção junto com seis (ou mais) sintomas de hiperatividade e impulsividade; traços já citados acima.

Quando as pesquisas sobre o TDA/H tiveram início, utilizavam-se nomes totalmente

diferentes do que temos hoje para fazer referência a esse transtorno (tanto na nomenclatura quanto em seu significado). O TDA/H já foi chamado de Transtorno Hipercinético, Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA), Déficit de Atenção com Hiperatividade e Impulsividade (DA/HI), Transtorno de Déficit de Atenção sem hiperatividade (TDA) e Transtorno de Déficit de Atenção com hiperatividade (TDA/H). Entretanto, até hoje, dependendo da visão de cada autor e das fontes pesquisadas, podemos encontrar diferentes nomenclaturas. Neste artigo, faremos uso predominantemente da sigla TDA/H, que corresponde ao Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade, já que trabalharemos com a possibilidade de possuir ou não a Hiperatividade, tal qual a concepção de Silva (2003).

Acredita-se que de 3% a 7% das crianças em idade escolar possuem esse transtorno, esta informação deve estar bem clara para os profissionais pois o que vemos normalmente é quase 50% dessas crianças como suspeitas. Estudos recentes apontam para a genética as causas do TDA/H. Phelan (2005) é um dos que abordam a questão dos genes, ele comenta sobre gêmeos homozigóticos, em que se um dos gêmeos possui TDA/H a chance do outro também ter é de 2 em 3. Em dizigóticos a chance do outro gêmeo também ter cai para 1 em 3. Porém, de acordo com Silva (2003) não há probabilidade estatística exata que comprove que adultos TDA/H tenham filhos com este transtorno, o que pode se afirmar é que tal síndrome possui um caráter hereditário, sem um grau de probabilidade determinado. Para chegar a essa conclusão, foi realizado um estudo com gêmeos univitelinos, parecido com o que Phelan (2005) fez. O resultado desta pesquisa apontou uma concordância entre os gêmeos de 50% e não 100%. (PHELAN, 2005; SILVA, 2003)

Outro fator considerado pelos especialistas com relação a causa do TDA/H são os fatores ambientais (externos). Acredita-se também em hipóteses como a complicação durante a gravidez e no parto, como exemplos: hipóxia (privação de oxigenação suficiente) pré e pós

natal, traumas obstétricos, rubéola intra-uteriana e outras infecções, encefalite e meningite pós-natal, traumatismo cranioencefálico (CTE), deficiência nutricional e outras exposição a toxinas (SILVA, 2003).

O TDA/H é considerado uma doença de base neurobiológica com repercussão comportamental. Assim, “[...] a clássica tríade que a define inclui impulsividade, falta de concentração e hiperatividade ou excesso de energia” (HALLOWELL; RATEY, 1999, p. 18). Trata-se de uma síndrome comum, mas controversa, uma vez que possui

[...] uma forma extrema de tipos de comportamentos comuns mais que uma doença. Contudo, quando esse comportamento se encontra no extremo irá interferir com a funcionalidade acadêmica, social e/ou familiar [...]. (ARGOLLO, 2003, p. 197).

Rotta (2006) apresenta uma rápida definição de TDA/H que inclui especificidades sobre o cérebro de uma pessoa que sofre com esse transtorno. Para o autor, nos casos de TDA/H há

[...] a presença de disfunção em uma área frontal do cérebro conhecida como região orbital frontal localizado logo atrás da testa. Constitui-se uma das regiões cerebrais mais desenvolvidas no ser humano e é responsável pela inibição de comportamentos, pelo controle da atenção, pelo planejamento futuro e pelo autocontrole. Nos sujeitos que apresentam sintomas de TDA/H, há uma alteração no funcionamento dos neurotransmissores, substâncias que permitem a comunicação entre os neurônios. A causa mais aceita no momento é uma vulnerabilidade herdada do transtorno, que irá se manifestar de acordo com as interações e condições do ambiente físico, afetivo, social e cultural (ROTTA, 2006, *apud* CRUZ, 2008, p. 330).

Segundo Silva (2003), o lobo frontal exerce uma função de caráter inibitório no cérebro humano, visto que cabe a ele puxar o “freio de mão” no que diz respeito aos pensamentos, impulsos e velocidade das atividades físicas e mentais das pessoas, e é justamente isso que

falha no cérebro TDA/H, pois o filtro perde a eficácia reguladora por não receber glicose.

Pesquisas revelam que crianças com DDA são mais propensas a desenvolver distúrbios sociais, emocionais, comportamentais e manifestam mais problemas escolares do que as que não o possuem. Os sujeitos com TDA/H normalmente têm dificuldades para planejar atividades com antecedência, ficar em silêncio (seja em sala, em casa, brincando...), permanecer sentado, focalizar a atenção seletivamente, terminar tarefas escolares, seguir instruções, além de organizar tarefas e respostas rápidas. Suas maiores dificuldades, de modo geral, se encontram nas atividades lúdicas. Conforme comentam Goldstein e Goldstein (1996), quando se dirige a palavra a essas crianças, elas parecem não ouvir; perdem materiais, atividades, livros etc.; esquecem as tarefas e atividades diárias e se distraem com estímulos externos.

Como se não bastassem todas as características e sintomas que variam de um indivíduo para o outro e todos os desconfortos que o transtorno causa para quem tem e para quem convive com um portador de TDA/H, é preciso considerar ainda as comorbidades, isto é, outros transtornos que podem acompanhar o Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade. Incluem-se nessa lista o TDA/H com Distúrbio de Conduta ou Distúrbio de Oposição Desafiante (em crianças), que ocorre, em média, entre 30% e 50% dos casos; o TDA/H com Depressão, que se manifesta entre 15% e 20% dos casos; o TDA/H com Ansiedade, comum em 25 % dos casos; o TDA/H e Distúrbios de Aprendizagem, presente entre 10% e 25% dos casos; o TDA/H com Agitação ou Mania; o TDA/H com Estímulos Fortes; o TDA/H com Características de Personalidade Limítrofe; e o TDA/H com Abuso de Substâncias, que ocorre entre 9% e 40% dos casos (PHELAN, 2005).

Geralmente as crianças TDA/H aparentam ser mais imaturas do que realmente são. Os

pais/responsáveis têm o hábito de criar regras e normas para que as crianças tenham um bom comportamento; no decorrer do tempo, esse controle externo é internalizado pelos pequenos, dando lugar ao autocontrole. Porém, nas crianças TDA/H isso parece não ocorrer, pois a conduta impulsiva faz com que elas tentem buscar a satisfação imediata de seus desejos, uma vez que possuem pouca tolerância à frustração. Por outro lado, como bem lembra Benczik (2010), é importante ressaltar que a criatividade é encontrada muitas vezes em pessoas com TDA/H, característica que se deve à hiperatividade, à impulsividade, ao hiperfoco e à hiperreatividade.

O que o aluno vive no seu cotidiano familiar é muito importante, pois reflete diretamente em seu desempenho escolar. Se em casa os pais têm dificuldade em estabelecer normas de conduta, podem contribuir para o aumento dos comportamentos inadequados das crianças, principalmente as que possuem TDA/H, pois elas não terão bases para norteá-las, nem consciência sobre a noção de limite e, por isso, não saberão respeitá-lo em ambientes como a escola. Para Mattos (2005), caso uma criança com TDA/H que, por natureza, tem mais dificuldades em lidar com regras e limites, não conte com uma educação familiar que norteie seu bom comportamento, esta possivelmente apresentará mais dificuldades na aprendizagem.

Na escola há cobrança de bons resultados, uma meta que a criança TDA/H “alcançará num dia e no outro, não”. Em casos assim, os professores que não possuem conhecimento sobre o transtorno concluem que se trata de uma criança irresponsável, rebelde. Essa instabilidade de atenção, juntamente com a hiperatividade, pode acarretar uma dificuldade de conquistar e manter amizades, o que também aumenta as chances de a criança com TDA/H ter um desempenho escolar insatisfatório, pois ela percebe que não agrada as demais crianças e se sente rejeitada, o que pode lhe causar depressão (MATTOS, 2005).

Segundo Cruz (2008, p. 133), durante décadas o TDA/H e as dificuldades de aprendizagem têm sido abordados separadamente: nessa perspectiva, o primeiro corresponderia a um problema de comportamento e o segundo, de ensino. Contudo, para a autora, “Déficits de Atenção, com ou sem Hiperatividade implicam consequências na aprendizagem, especialmente na aprendizagem escolar e, com frequência, comprometem o rendimento escolar das crianças e adolescentes”.

A falha em direcionar a atenção por um tempo prolongado faz com que haja dificuldades em selecionar informações relevantes, o que interfere na aprendizagem de habilidades como a leitura e a escrita, e de conhecimentos matemáticos; quando se exige atenção às regras como na ortografia, isso fica ainda mais evidente. Já em casos em que a inteligência compensa as dificuldades de atenção, o interesse pelo saber e o emprego de estratégias de ensino adequadas podem ajudar o aluno TDA/H a ir além do que poderia devido ao transtorno. Nesse sentido, não podemos excluir alunos com dificuldades de aprendizagem, já que eles podem sempre superar os obstáculos que aparecem em seu cotidiano (CRUZ, 2008).

As crianças com TDA/H, na maioria das vezes, caracterizam a escola como chata porque a instituição possui regras, muitas atividades desinteressantes, dentre outros aspectos, entretanto, isso não impede que elas tenham um bom desempenho escolar. Para tanto, o conhecimento sobre o TDA/H e, principalmente, o afeto do professor são extremamente importantes. De acordo com Hallowell e Ratey (1999), na maior parte dos casos, aqueles que possuem esse transtorno querem começar outra atividade sem terminar a anterior, então deixam exercícios pela metade, na ansiedade de resolvê-los de uma só vez. Com isso acabam, também, não retendo informações e conteúdos, o que as deixa frustradas no fim do dia, pois elas percebem que não conseguem acompanhar os demais alunos, mas não compreendem por que.

2.As intervenções pedagógicas nos casos de TDA/H

Em sala de aula, o papel do professor é fazer a mediação entre o ensino e a aprendizagem escolar. Para realizar essa função com uma criança que possui TDA/H, o professor deverá ter conhecimento sobre o transtorno para que compreenda as dificuldades que a criança pode apresentar e, assim, intervir de modo eficiente em seu aprendizado. No entanto, para que a intervenção surta efeitos positivos, será necessário trabalhar com outros profissionais: trata-se de um trabalho coletivo entre o professor e todo o corpo docente, a criança com TDA/H, seus pais/responsáveis, um especialista da saúde que trate da questão neurológica e, se necessário, apoio psicológico e psicopedagógico (MATTOS, 2005).

Existem muitos questionamentos acerca do tipo de postura que o professor deve adotar em relação aos alunos com TDA/H. A esse respeito, Mattos (2005, p.111) explica que é necessário proporcionar uma chance para que o indivíduo que sofre com o transtorno seja bem sucedido, apesar de seu déficit. Nas palavras do autor, “[...] justiça não é dar a todo mundo a mesma coisa, mas dar a qualquer um o que cada um precisa”.

Por meio de um conhecimento capaz de distinguir certos tipos de comportamento, o professor tem a oportunidade de ajudar naquilo que é fundamental para a criança que possui TDA/H, ou seja, contribuir para o diagnóstico e o tratamento, sem forçar um diagnóstico que não exista, tentando achar em um aluno com problemas de indisciplina (ou outros semelhantes ao transtorno) o TDA/H. Com esse trabalho de colaboração da escola, é possível diminuir o risco de a criança desenvolver um problema psicológico decorrente do TDA/H. Esses alunos podem ser ótimos acadêmicos e profissionais futuramente, como também podem não se sair tão bem quanto se imagina, pois, além das comorbidades e dificuldades no convívio familiar e

social, há possibilidade de o transtorno influenciar o desempenho acadêmico desses alunos (ROHDE e cols., 2000).

Mattos (2005) nos lembra que é preciso saber como, por que, e em quais situações as crianças com TDA/H se comportam de determinada maneira, pois assim o professor saberá quando estão agindo com ou sem intenção, o que lhe permitirá agir de forma preventiva. Saber identificar desobediência de inabilidade é fundamental. A criança com TDA/H ouve várias vezes o que não deve fazer, mas não compreende por que não pode realizar tal atividade, sendo assim, é punida por algo que fez, mas não tem consciência do erro que cometeu, em virtude disso, como destaca Silva (2003), é importante que se dêem sempre ordens positivas, para que a criança saiba o que é certo.

Mattos (2005) salienta que geralmente, os erros apresentados por crianças com TDA/H são oriundos da desatenção, porém, quando são utilizadas perguntas orientadoras a respeito dos erros, elas conseguem encontrá-los e consertá-los rapidamente. Entretanto, quando elas não conseguem, mesmo com a intervenção do professor, interpretar um texto ou armar contas, é um sinal de que há outro problema associado.

Muitas vezes ouvimos dizer que o aluno com TDA/H não gosta de estudar, não se esforça e, por isso, não tira notas boas, dependendo do caso. No entanto, o que acontece algumas vezes é que o aluno se esforça, mas não consegue bons resultados, nesses casos, se o professor não souber interpretar a aprendizagem de um aluno com TDA/H, pode deixá-lo com nota baixa. Não se deve comparar o aprendizado que o aluno, com o transtorno, adquiriu com o dos demais, visto que isso pode desestimulá-lo, fazendo-o não gostar da escola por saber que, mesmo que se esforce, não conseguirá acompanhar os colegas (MATTOS, 2005).

É muito importante que a família do aluno com TDA/H e a escola se relacionem bem e diretamente. Assim, torna-se fundamental para o professor saber como o aluno se comporta em casa, assim como é essencial à família saber de que maneira este se porta na escola. Esse diálogo pode ocorrer frequentemente por telefone, recados ou por reuniões. Mattos (2005) menciona que a relação família-criança com TDA/H também é de extrema relevância para que esta tenha um suporte emocional que a permita aprender os conteúdos escolares.

Ao tratar sobre o assunto em questão, não podemos nos esquecer de mencionar o diálogo que precisa existir entre a escola e os profissionais da saúde que atendem a criança com TDA/H, os quais deverão ser realizados a fim de que o professor aprenda sobre os aspectos biológicos, neurológicos e psicológicos da criança, com o intuito de que possa realizar atividades para desenvolver suas capacidades cognitivas. Da mesma maneira, é importante que os profissionais da saúde saibam como a criança está se saindo na escola com o tratamento, com o(s) remédio(s), dentre outros fatores (MATTOS, 2005).

Para Rohde e cols. (2000), ao receber um aluno com TDA/H, a primeira providência que a escola deve tomar é colocá-lo em uma sala que tenha a menor quantidade de alunos possível, pois isso facilita o trabalho do professor de conciliar a aprendizagem deste e de todos os demais estudantes. É fundamental que o portador do transtorno ocupe uma carteira na primeira fileira da sala, perto da mesa do professor, onde ele não tenha acesso à vista de fora do recinto (seja pela porta ou pela janela).

A tarefa de casa, segundo os autores, é uma das maiores dificuldades dos alunos com TDA/H, por isso o professor precisa lembrar de que essas crianças levam de 3 a 4 vezes mais tempo para fazer as lições do que as demais, assim, a quantidade de dever de casa deve ser dosada adequadamente para não superar o limite suportável pela criança, uma vez que seu objetivo é

revisar e praticar o conteúdo da aula, e não castigá-la. Para que os alunos com TDA/H consigam estudar, vale ressaltar, é preciso, ainda, um ambiente silencioso, sem estímulos visuais (balões, desenhos, ambiente colorido) ou auditivos (com ruídos, passagem de várias pessoas).

Quando se convive com uma criança TDA/H é preciso tentar identificar os problemas de aprendizagem que ela apresenta, ou seja, é preciso observar em quais conteúdos o aluno não está conseguindo executar as tarefas ou consegue executá-las apenas parcialmente. Sob essa perspectiva, Phelan (2005) comenta que as perguntas que devem ser feitas são as seguintes: são todos os trabalhos que o aluno tem dificuldade para desenvolver ou só alguns? Quais trabalhos geralmente são deixados incompletos e com que frequência isso ocorre? Por que isso acontece?

De acordo com o autor, há vários motivos que levam o aluno com TDA/H a não completar seus afazeres escolares, dentre eles destacam-se o fato de não saber fazê-los (por vezes o conteúdo não está adequadamente inserido), de não saber aproveitar o tempo para realizar as tarefas, as atividades podem estar extensas demais para ele, a sala pode ter muitos estímulos (visuais, sonoros...), ou simplesmente a criança está brincando nas horas em que deveria fazer as tarefas.

Após o diagnóstico do TDA/H, é recomendável que a escola receba um relatório do médico da criança, a partir disso, a equipe pedagógica juntamente com o professor deverá decidir o melhor para ela, em termos de educação. O pesquisador ainda aponta que, entre as crianças portadoras de TDA que necessitam de educação especial, 85% podem ser mantidas com sucesso em salas de aula “normais” por uma parte significativa de seu dia escolar. Como esses trabalhos envolvem todo o corpo docente, faz-se necessário uma organização de tarefas que

cada um deve desenvolver. Após a implementação das intervenções, vale lembrar, é necessário avaliar continuamente sua eficácia.

Phelan (2005) e Mattos (2005) concordam que o professor deve elaborar o máximo de soluções possíveis para os problemas que afetam a aprendizagem escolar do aluno com TDA/H, as quais devem ser registradas em papel. Após, os autores sugerem que se discutam essas estratégias com os demais integrantes da escola (pedagogos, diretores, pais/responsáveis pela criança TDA/H...) para escolher as mais eficazes, isto é, aquelas que podem apresentar melhores resultados em cada caso. Além disso, também é papel do professor atentar para o modo como o aluno aprende melhor os conteúdos, por exemplo, se um TDA/H tem muita dificuldade em se concentrar em aulas de matemática, mas, por outro lado, se concentra em jogos, o professor pode criar jogos matemáticos que despertarão a atenção e o interesse desse aluno para o conteúdo.

Outro método de trabalho alternativo é entregar as atividades em pequenas etapas para o aluno com TDA/H, seguindo uma metodologia contrária à que se mantém na escola, que cultiva o hábito de distribuir uma folha com cinco ou mais atividades para as crianças resolverem, assim elas se cansam na primeira atividade só de olhar as demais que terão de fazer, entretanto, se dividirmos a folha e entregarmos uma de cada vez, elas demorarão mais a demonstrar cansaço. É preciso, ainda, que se estabeleça em sala de aula uma rotina clara para que a criança entenda quais são as regras que ela deve obedecer e que há limites a seguir. A rotina é importante pois permite que a criança aprenda o que deve fazer, nesse contexto, Mattos (2005) sugere ainda que sejam fixadas na parede as regras da sala, assim, a criança com esse transtorno estará o tempo todo em contato com elas.

Para Phelan (2005), de forma semelhante a Rohde e cols. (2000), quando possui um aluno

portador do TDA/H, o professor pode prevenir certos problemas adotando medidas simples referentes a questões como: 1) *Colocação das Carteiras* - é importante colocar a carteira do aluno com TDA/H perto do professor, pois ele ficará longe das janelas e da porta, que tiram sua atenção; 2) *Trabalho em grupo* - crianças com TDA/H, na maioria das vezes, não se saem bem em trabalho em grupo, pois exercícios dessa natureza costumam proporcionar muitos momentos de distração, o que dificulta o processo de concentração, nesse sentido, é conveniente evitar esse tipo de atividade; 3) *Pontos fortes do aluno TDA/H* - é bom para o professor saber em quais matérias e em que tipos de atividade o aluno com TDA/H se sai bem a fim de ampliar as habilidades deste aluno e não só focar em suas dificuldades, assim, podemos dizer que é bom para o desenvolvimento dessa criança e sua autoestima.

Além das regras da sala, o professor deve deixar bem claro o que espera do aluno, o que ele deve fazer em cada atividade, a cada dia, e o que o espera no fim do ano letivo. Devido à dificuldade que a criança com TDA/H tem de prestar atenção (principalmente naquilo que está em forma oral), o professor pode fazer uso de recursos visuais para explicar o que está dizendo, como é o caso de slides, quadro-negro, pôsteres, cartazes, dentre outros materiais. Por mais que a rotina seja necessária, ela também é cansativa, traço que pode ser amenizado por meio da introdução de novidades planejadas previamente. Os alunos que possuem o transtorno também têm dificuldades para lidar com mudanças, portanto, quando houver uma em sala de aula, Mattos (2005) lembra que é fundamental avisá-los com antecedência; e, caso haja condições, pedir sua ajuda para promover a mudança que se pretende realizar.

Outra importante medida que pode ser adotada é conversar com a criança sobre suas dificuldades e ouvi-la, pois ela pode apresentar sugestões que melhorem sua aprendizagem. Faz-se necessário que essas crianças sejam envolvidas nos assuntos da sala, chamadas para as discussões e decisões, de modo que fiquem a par das mudanças e de tudo o que está

acontecendo na turma. Conversar sobre o mau comportamento desses alunos também é fundamental para que eles tentem melhorar, entretanto, isso deve ser feito gradualmente, oferecendo ao aluno com TDA/H, dia após dia, uma chance de corrigir o erro que cometeu. Além disso, pelo fato de serem inquietos e necessitarem andar mais que os demais, pode-se confiar-lhes atividades como a de ser o ajudante do professor, para que eles se levantem, saiam, andem, sem que os outros alunos se incomodem por não poderem fazer o mesmo (MATTOS, 2005).

As crianças com TDA/H respondem muito bem a elogios, incentivos e recompensas, mais até do que as outras, além disso, elas precisam destes para acreditar que o dever vale a pena. Porém, não encaram muito bem as críticas excessivas e a falta de compreensão, isso normalmente as deixa cabisbaixas, faz com que se recolham ou até apresentem comportamentos agressivos para expressar o que sentem. Nesse sentido, Phelan (2005) destaca que os reforços devem vir primeiro (e em maior quantidade) do que as punições.

Os *feedbacks* são bons para lembrar conteúdos, falas e ações já realizadas em sala e, assim, atualizar o aluno com TDA/H. Para permanecerem concentrados, esses alunos devem receber lembretes amigáveis constantemente. Tarefas monótonas e repetitivas normalmente não surtem efeitos positivos, por isso, sempre que possível, é preciso usar o lúdico, bem como estimulá-los com perguntas de auto observação como: “O que você fez de legal hoje?” Ou pedir para que descrevam uma cena, contem o que fizeram no fim de semana, ou seja, é necessário empregar “estratégias de ensino ativo que incorporem a atividade física com o processo de aprendizagem” (ROHDE e cols., 2000, p. 9). Por isso, é importante incentivá-los a praticar esportes para que possam se deparar com novas regras e gastar energia, além de interagir com os colegas.

Cabe também ao professor incentivar a criança com TDA/H a dar o melhor de si: ajudá-la a limpar sua carteira para poder estudar; estabelecer um contato visual com a criança sempre a chamando pelo nome a fim de conquistá-la; verificar se esta entendeu a lição de casa para que possa desenvolvê-la e ajudá-la a se organizar para não perder a tarefa (para casa e de sala) etc. (PHELAN, 2005).

Cruz (2008), em seu estudo, apresenta algumas atividades que trabalham o desenvolvimento da produção escrita e de sua representação ortográfica, com o objetivo de estimular a prática da escrita fluente, rápida e legível; de produzir textos planejados, organizando ideias, revisando-as e editando-as, atividades que ajudam o aluno TDA/H a se desenvolver. Tudo isso engloba, evidentemente, a elaboração de textos a partir de atividades lúdicas; a escrita de gibis; saladas de histórias; fábrica de contos; textos malucos; histórias lacunadas; história de vida; diário de bordo do tratamento e inspiração em textos de outros autores, ou seja, exige que o professor não poupe esforços para elaborar atividades diferenciadas.

Próximo ao fim do ano escolar, sugere Phelan (2005), é recomendável ainda realizar uma reunião com a equipe pedagógica e os pais/responsáveis para rever os progressos, os métodos, enfim, tudo que funcionou e o que não deu certo com o aluno que possui o transtorno, de modo que se possa planejar para o ano seguinte o que será feito com a criança. Como esse é um processo cíclico, no início do outro ano letivo os pais/responsáveis devem se comunicar com o novo professor para estabelecer um bom relacionamento e zelar pelo bem estar do aluno com TDA/H.

3.As formas de tratamento do TDA/H

Na criança com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade tudo é mais intenso, elas são mais agitadas, mais impulsivas, mais distraídas, dentre outros aspectos. De acordo com Rohde e cols. (2000), o diagnóstico de um TDA/H só pode ser feito por profissionais da saúde (psicólogos, psicopedagogos e neuropediatras com especialidade na área), a partir do momento em que se detectam o início dos sintomas que causam prejuízo, que, conforme a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), ocorre antes dos sete anos.

Segundo Silva (2003), na avaliação de uma criança com sintomas de TDA/H devem ser analisados os seguintes aspectos: a) História familiar; b) História da gestação e parto do sujeito; c) Fatores médicos e físicos; d) História do desenvolvimento do indivíduo; e) Habilidades de vida diária; f) Dinâmica familiar; g) Desempenho acadêmico; g) História interpessoal.

O que está em jogo num tratamento de TDA/H é o conforto x desconforto. No caso das crianças, faz-se necessária a ajuda dos pais/responsáveis para que eles relatem os comportamentos que sinalizem inaptações e o sofrimento apresentado pelos pequenos. Tal sofrimento pode ou não ser expresso de forma clara, por isso, o fato de uma criança não demonstrar desconforto devido ao Transtorno e, conseqüentemente, os pais/responsáveis não notarem que essa situação é uma realidade, não significa que a criança não está sofrendo.

Silva (2003, p.193) considera que “[...] o tratamento do DDA é dividido em quatro etapas: informação, conhecimento e apoio técnico, medicamentosa e psicoterapêutica”. Na primeira etapa, o profissional deve buscar informações e se apropriar do assunto o quanto puder. Isso

vale para todos que convivem com aluno que apresenta TDA/H. A segunda etapa diz respeito ao apoio técnico que se deve oferecer à criança, o qual tem como objetivo criar uma rotina pessoal para ela, a fim de facilitar sua vida e compensar a “desorganização interna”. Em pouco tempo a rotina torna-se hábito, isso lhe transmite conforto e segurança, impedindo que ela se perca em devaneios. Desse modo, é possível que todos os seus talentos sejam desenvolvidos, aperfeiçoados e expressados de forma concreta.

A terceira etapa refere-se à utilização do medicamento pela criança com TDA/H, o qual pode ser uma ferramenta na busca de qualidade de vida. A quarta etapa, por sua vez, é a Psicoterapia. Conforme destaca Silva (2003), devemos lembrar que as causas ou origens das dificuldades de uma criança com TDA/H têm um substrato biológico, mas o trabalho psicoterapêutico contribuirá para sua melhor adaptação ao ambiente escolar e social.

A autora ainda esclarece que problemas como falta de autoestima em crianças com TDA/H pode ser consequência de anos de críticas e incompreensões por parte de pessoas que convivem com ela. As técnicas psicoterápicas empregadas, nesse caso, precisam ser diretivas, objetivas, estruturadas e orientadas para o alcance de metas. Portanto, a abordagem psicoterápica mais adequada para os casos de crianças com TDA/H é a terapia cognitivo-comportamental (TCC), que se caracteriza pela busca de mudanças nos afetos e comportamentos por meio da reestruturação cognitiva (baseadas na realidade).

A indicação de medicamentos para TDA/H é pertinente quando o médico se depara com ansiedade, depressão e outros quadros de comorbidade associados ao transtorno. Os estimulantes são os medicamentos mais utilizados no tratamento e não são perigosos, desde que haja acompanhamento médico. Para Mattos (2005), esses medicamentos não curam o TDA/H, mas ajudam a controlá-lo, visto que eles normatizam os neurotransmissores enquanto estão sendo tomados; interrompido o uso, a criança volta a ser como antes.

Há alguns casos em que se opta pela suspensão do medicamento para o paciente TDA/H. Isso ocorre quando ele apresenta um período (cerca de um ano) assintomático, ou quando há uma melhora importante da sintomatologia, então se suspende a medicação para avaliar a necessidade de continuar a usá-lo. Algumas pessoas acreditam que a ingestão de medicamentos como a Ritalina pode provocar o vício em “drogas” (dependência do remédio ou até de drogas sérias) e retardo no crescimento, entretanto, Phelan (2005) e Silva (2003) destacam que, até o momento, o uso desse medicamento, caso seja feito de maneira correta, oferece, em alguns casos, apenas um pequeno ganho de peso ou outros efeitos colaterais discretos, uma vez que se trabalha com doses baixas. No entanto, quando temos casos em que não se precisa do uso desses medicamentos ou que a dose não foi devidamente acertada, podemos nos deparar com crianças totalmente prejudicadas pelo uso dos mesmos, como exemplo, crianças dormindo em sala de aula, em condições deploráveis, parecendo estar em um estado vegetativo.

Embora o uso de qualquer medicação deva ter a orientação e o acompanhamento de um médico especializado, há quem diga que a prescrição de medicamentos como a Ritalina é uma maneira de se vender remédio e ter lucro, isto é, não passa de um interesse farmacêutico. Entretanto, como bem lembra Mattos (2005), o uso de medicamento para o TDA/H é consenso entre especialistas e pesquisadores, tanto que os estudos sobre TDA/H que mais crescem no mundo são os referentes aos medicamentos que possam indicar melhores opções para o tratamento. Estes estudos apontam a eficácia dos medicamentos quando utilizados de modo correto entre outros aspectos, no entanto, isso não significa que não haja um interesse capitalista por trás.

Considerações finais

O objetivo deste artigo foi explicitar as implicações que o Transtorno de Déficit de Atenção, com ou sem Hiperatividade, causa na aprendizagem escolar e no desenvolvimento das crianças que apresentam tal transtorno, apontando suas características, sintomas, subtipos e comorbidades, a fim de colaborar com a compreensão do professor sobre esse assunto para que ele possa realizar intervenções buscando melhorar a aprendizagem de seu aluno com TDA/H.

Ao longo do estudo, observamos que a compreensão a respeito do Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade vem melhorando nos últimos vinte anos com as descobertas realizadas no campo da neuropsicologia, as quais revelam que a educação de uma criança com TDA/H é possível, mas, para que surta efeitos positivos, o professor precisa ter conhecimento sobre o assunto, de modo que consiga fazer uma mediação eficiente no processo ensino-aprendizagem, a fim de que o aluno se desenvolva em todos os aspectos (físico, cognitivo, afetivo e social).

O professor que sabe distinguir o TDA/H de comportamentos inadequados como indisciplina, falta de limites, entre outros, é capaz de trabalhar com esse aluno de modo a possibilitar sua aprendizagem enfrentando de forma mais tranquila a impulsividade, a instabilidade de atenção e a hiperatividade, aspectos comuns nesse transtorno. Como apresentado neste artigo, o TDA/H é uma doença de base neurológica com repercussão comportamental que afeta a aprendizagem e a vida social de quem o tem, por isso, a escola deve estar preparada para lidar com as inúmeras consequências que o transtorno traz para a vida da criança que o possui.

O sujeito que sofre com essa patologia pode apresentar outras comorbidades associadas que

complicam ainda mais seu desenvolvimento. Quando isso acontece, é necessário o trabalho interdisciplinar envolvendo o médico da criança, o psicopedagogo, o psicólogo, os familiares e a escola, a fim de que o tratamento seja eficaz e o professor tenha suporte para desenvolver seu papel de maneira satisfatória no tratamento da criança.

Conforme comentam Cruz (2008) e Mattos (2005), os fatores neurológicos comuns nos casos de TDA/H (hiperatividade, impulsividade, instabilidade de atenção e comorbidades que possam acompanhar o transtorno) contribuem para a ocorrência de defasagens na aprendizagem dos conteúdos escolares, o que traz muitas consequências negativas para as crianças, visto que elas se frustram com sua falta de habilidade para se relacionar com as demais, por tentarem, sem sucesso, aprender os conteúdos, e por não compreenderem porque isso acontece.

Antes de finalizar, gostaríamos de ressaltar que esta pesquisa não esgota o tema em questão, é preciso investigar as causas do TDA/H, que ainda não estão muito claras. É necessário também que sejam realizados mais estudos sobre intervenções no contexto escolar, no sentido de que se desenvolvam atividades que trabalhem com as necessidades dos alunos que possuem o transtorno abordado, mas, para isso, os professores e demais membros da equipe pedagógica precisam ter, no mínimo, conhecimentos básicos sobre o assunto.

Referências

ARGOLLO, Nayara. Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade: aspectos neuropsicológicos. *Revista Psicologia Escolar e Educacional*, 2003. Vol. 7, nº. 2, p. 197-201. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v7n2/n2a10.pdf>>. Acesso em 7 mar. 2011.

BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni. *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade:*

Atualizações Diagnósticas e Terapêuticas: um guia de orientação para profissionais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. De 23 de dezembro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm> . Acesso em 7 mar. 2011.

CRUZ, Michelle Brugnera. *Um olhar psicopedagógico sobre o TDAH e o sintoma na aprendizagem da escrita*. 2008. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Psicopedagogia) – Faculdade Porto-Alegrense (FAPA), Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://www1.fapa.com.br/monographia/artigos/4edicao/17%5B1%5D.ARTIGO.26.pg.MICHELLE.CRUZ.pdf>> . Acesso em 7 mar. 2011.

GOLDSTEIN, Sam; GOLDSTEIN, Michael. *Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança*. Trad. Maria Celeste Marcondes. Campinas, SP: Papyrus, 1996.

HALLOWEL, Edward M.; RATEY, John J. *Tendência à Distração: identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção da infância à vida adulta*. Trad. André Carvalho. Rio de Janeiro, RJ: Rocco, 1999.

MATTOS, Paulo. *No mundo da lua: perguntas e respostas sobre Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos*. 4. ed. São Paulo, SP: Lemas Editorial, 2005.

PHELAN, Thomas W. *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade- Sintomas, diagnósticos e tratamentos: crianças e adultos*. Trad. Tatiana Kassner. São Paulo, SP: M. Books do Brasil, 2005.

ROHDE, Luis Augusto; BARBOSA, Genário; TRAMONTINA, Silzá; POLANCZYK, Guilherme. Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 22. s.2. São Paulo, Dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462000000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 abr. 2011.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. *Mentes Inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas impulsivas e hiperativas*. São Paulo: Editora Gente, 2003.