

O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (TDAH) E SUAS REPERCUSSÕES SOBRE A APRENDIZAGEM

Michelli Richter¹
Solange Franci Raimundo Yaegashi²

Resumo: O presente trabalho teve como objetivo investigar o Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH) e as comorbidades associadas a este transtorno, que influenciam na aprendizagem e no desempenho escolar de crianças e adolescentes. O transtorno atualmente é considerado um dos mais estudados pela medicina e ainda assim há tanto desconhecimento por parte de professores e toda equipe escolar. Assim foi feita uma pesquisa de cunho bibliográfico, em que foram analisados livros, dissertações, teses, artigos científicos, que enfocam o processo de aprendizagem e o desenvolvimento de crianças com TDAH. Verificou-se que esse transtorno ainda é bastante confundido com a indisciplina. A falta de conhecimento por parte de educadores acaba dificultando a aprendizagem e o desenvolvimento (físico, cognitivo, social entre outros) dos alunos. Chegou-se à conclusão que a participação do professor é fundamental, devendo, estar preparado para ensinar e ajudar as crianças com problemas de aprendizagem decorrentes do TDAH, por meio de uma prática pedagógica que beneficie todas as crianças. É também bastante importante que os pais e todos que atuam no contexto escolar tenham conhecimento a respeito do assunto e das formas de intervir, minimizando assim o sofrimento apresentado por essas crianças.

Palavra-chave: Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH); aprendizagem; comorbidades; educação.

ATTENTION DEFICIT-HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) AND ITS IMPACT ON THE LEARNING PROCESS

Abstract: The present study aimed at investigating the attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and the comorbidities associated to it; they have influence on children and adolescents' learning and school performance. This disorder is currently considered one of the most commonly studied by medicine, and even so many teachers and other members of school community do not know much about it. In this work, we carried out bibliographical research on books, dissertations, theses and papers focusing on the learning process and the development of children with ADHD. It could be verified that this disorder is still

¹ Acadêmica do Curso de Pedagogia.

² Psicóloga e Prof^a Dr^a do Departamento de Teoria e Prática da UEM, Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso.

often confused with lack of discipline; we could also notice the lack of knowledge about it from the educators. This makes the learning process and the (physical, cognitive, social, among others) development more difficult to be reached and worsen the disorder, which can be controlled by means of adequate treatment. We got to the conclusion that the teacher's participation is extremely important; they should be prepared to teach and to help children with learning problems due to ADHD, by using pedagogical practices which may benefit every child. It is also very important that parents and all the others acting in school community know about this topic and ways of interfering, minimizing the suffering those children have.

Key-words: Attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD); learning; comorbidities; education.

Introdução

Professores enfrentam muitos desafios em sua rotina escolar diária. Dentre eles, o que tem chamado mais atenção dos educadores é que crianças apresentem alguma dificuldade de aprendizagem. Quanto aos professores são requeridos contatos com muitas situações subjetivas, o que concorre para torná-los capazes de criar novas formas de lidar com cada classe, cada aluno em especial.

Segundo Funayama (2000), para que aconteça uma aprendizagem adequada é necessário que a criança tenha suas bases neurológicas íntegras. Assim, para se aquilatar o que está interferindo no processo de aprendizagem, deve-se avaliar ponderadamente múltiplos fatores, tais como os de natureza social, biológica, sociológica e psicológica. Podemos destacar entre as dificuldades de aprendizagem uma que está na ordem do dia e causando bastante polêmica: crianças que apresentam diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDAH).

Contrariamente à afirmação acima, alguns autores afirmam que o Transtorno de Déficit de Atenção, com ou sem Hiperatividade, não existe. Acredita-se, nesse caso, que é apenas uma desculpa para livrar as crianças de suas responsabilidades ou uma invenção da indústria farmacêutica para vender remédios utilizados em seu tratamento. Há estudos que afirmam que o TDAH é

um dos mais estudados pela Medicina, o que comprova a existência de controvérsias sobre esta questão.

No século XIX iniciaram-se as primeiras discussões sobre TDAH. À época, alguns autores buscavam compreensão para comportamentos impulsivos, crianças desatentas e hiperativas, chegando assim a atribuir que estes comportamentos aconteciam em decorrência de um transtorno. Segundo Silva (2003), George Fredrick Still defendia que, dentre outros aspectos, as crianças apresentavam-se agressivas e desafiadoras. Por isso realizou pesquisas, em que criticou pais, que rotulavam seus filhos de portadores de “defeito de controle moral”, e por isso responsáveis pelo comportamento dos filhos.

Há muitos anos, portanto, são realizadas pesquisas sobre o TDAH, o que envolveu a mobilização de vários profissionais da saúde. Nesta perspectiva, a partir de Phelan (2005), o TDAH passou a ser compreendido como uma disfunção neurológica, que pode influenciar o aprendizado da criança, devido ao trio base que o compõe: desatenção, impulsividade e, em determinados casos, hiperatividade.

Hallowell e Ratey (1999 apud CORDEIRO, 2011), ressaltam que é pouco provável que se descubra a “pílula mágica” para livrar um indivíduo do Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA), porém, deve-se fazer de tudo para melhorar a vida de quem possui o problema. Já Silva (2003) enfatiza que, apesar de toda essa evolução sobre o DDA, no Brasil muitas crianças não foram diagnosticadas e, em virtude disso, são chamadas de agressivas, indisciplinadas, dentre outros rótulos pejorativos. Assim podemos destacar que, em nosso contexto escolar atual, a grande maioria dos docentes não está preparada para lidar com algumas dificuldades encontradas em sala de aula, como é o caso das crianças com TDAH. Muitos também não se utilizam de alguma estratégia pedagógica diferenciada para trabalhar com alunos diagnosticados com esse Transtorno. Além disso, geralmente, a proposta educacional da escola prevê um único tipo de enquadramento dos alunos no processo pedagógico. Em virtude de não se adequarem ao padrão pedagógico convencional, é comum alunos com TDAH

reagirem negativamente ao que é proposto, passando a ser vistos como possuidores de comportamentos desajustados (REIS; CAMARGO, 2006).

Diante desse contexto, a problemática que pretendemos estudar pode ser enquadrada em duas questões centrais:

I- como o TDAH e suas comorbidades influenciam no desenvolvimento e aprendizagem da criança?

II- que estratégias podem ser utilizadas no planejamento de suas aulas, objetivando o envolvimento desses alunos?

A fim de responder tais questões, o presente artigo propõe um estudo acerca do Transtorno de Déficit de Atenção, com ou sem Hiperatividade, investigando as implicações dessa comorbidades na aprendizagem de crianças que estão nas séries iniciais, justamente as mais importantes para seu desenvolvimento. Neste sentido, decidimos focar nossa pesquisa nessa relação professor-aluno com TDAH. Considerando que a prática pedagógica é extremamente importante e fundamental para a aprendizagem, podemos dizer que alunos com TDAH têm dificuldades de acompanhar o que foi planejado da mesma forma que os alunos não detentores de tal transtorno. Como os docentes possuem uma formação precária para trabalhar alunos portadores de transtorno, surgiu o interesse em realizarmos a pesquisa, a fim de saber o que realmente acontece na aprendizagem (SILVA, 2003).

1. O TDAH em questão

Na década de 30 as crianças que apresentavam condutas relacionadas ao TDAH tinham diagnósticos diferentes, como “Cérebro Danificado ou Lesionado.” Após algum tempo começou a ser utilizada a denominação “Disfunção Cerebral Mínima”. A partir de 1957 Laufer usou o termo “hiperatividade”, pois acreditava que o transtorno era uma patologia exclusiva de meninos, tendente a mudar ao longo do seu desenvolvimento. Por outro lado Chess (1960) encarava os sintomas enquanto parte de uma “hiperatividade fisiológica”, como se ela fosse de origem

puramente genética ou causada por danos provocados pelo ambiente, consequentes de acidentes com lesões cerebrais. Diante disto, passou-se a utilizar a expressão “Síndrome da Criança Hiperativa,” para se referir ao transtorno (SILVA, 2003).

Já Gusmão (2009, p.29) afirma que, desde a década de 1940, varias denominações já foram dadas, tais como “Disfunção Cerebral mínima”, “Lesão Cerebral Mínima”, “Reação Hiperkinética da Infância”, “Hiperkinesia”, “Síndrome da Criança Hiperativa” e “Síndrome do Déficit de Atenção”. Esta nomenclatura foi sendo alterada em decorrência de pesquisas na área, referentes aos sintomas que abrangiam essa disfunção. De acordo com a mesma autora, a partir de continuadas observações o transtorno passou a ser denominado “Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade”. Estas diferentes denominações indicam o esforço de pesquisa nessa área, porém demonstram a dificuldade para o estabelecimento de um diagnóstico preciso. Atualmente, a depender da visão de cada autor e das fontes pesquisadas, podemos encontrar diferentes nomenclaturas.

Neste artigo, faremos uso predominante da sigla TDAH, que corresponde ao Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade, já que trabalharemos com a possibilidade de ocorrer ou não a Hiperatividade, tal qual a concepção de Silva (2003).

O transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDAH) é um dos mais comuns na infância, estimando que de 3% a 6% das crianças no Brasil o possuem (ROHDE et al, 1999). De acordo com Barkley (2002), é um transtorno no desenvolvimento do autocontrole, marcado por déficits referentes aos períodos de atenção, ao manejo de impulsos e ao nível de atividade. Por isso o TDAH é uma doença crônica, cujo diagnóstico clínico pode indicar sua origem de natureza ambiental ou genética (ARGOLLO, 2003, p. 200).

Este transtorno pode ser caracterizado por uma série de distúrbios comportamentais, interligados por uma tríade composta de falta de atenção, hiperatividade e impulsividade, podendo também aparecer com ou sem a hiperatividade e/ou impulsividade (GUSMAO, 2009, p. 29). Alguns pesquisadores

afirmam que estas alterações de comportamentos são resultantes de um desenvolvimento inadequado do sistema nervoso e de um distúrbio biopsicossocial, que acaba por provocar dificuldades na vida diária das crianças.

Para 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 à 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).

Como o TDAH pode acontecer ou se apresentar em diferentes hipóteses, é importante um conhecimento detalhado sobre as teorias concernentes para se compreender de forma ampla o transtorno.

Granfinkel, Carson e Weller (1992, p.137) afirmam que as pesquisas sobre a etiologia do TDAH são desenvolvidas, principalmente, através de exames de neuroimagens (NI) como a de Ressonância Magnética Funcional (IRMF), que pode revelar alterações em estruturas cerebrais e sua relação com a existência dessa patologia. Assim a hipótese da Catecolamina como causa do TDAH não é descartada.

Autores como Granfinkel, Carson e Weller (1992) afirmam que, de acordo com este modelo, há uma baixa produção ou hipoativação do sistema de produção de Catecolaminas (adrenalina, noradrelina, dopamina). Tal sistema é composto por uma classe de neurotransmissores responsáveis pelo controle de diversos sistemas neurais envolvidos no controle da atenção, do comportamento motor e da motivação. Dessa maneira, segundo especialistas “os indivíduos afetados não podem moderar sua atenção, seus níveis de atividade, seus impulsos emocionais ou suas respostas a estímulos no ambiente, tão efetivamente quanto as pessoas com sistema nervoso normal”. O TDAH é, portanto, caracterizado por uma falha na captação do neurotransmissor dopamina pelos neurônio (GARFINKEL; CARSON; WELLER, 1992, p. 135). Podemos afirmar então que em uma pessoa normal o neurotransmissor dopamina, liberado por um neurônio, libera também outro neurônio, assim havendo uma recaptação do neurotransmissor para o neurônio original. Em um portador de TDAH, esse processo ocorre rapidamente, e assim a dopamina tem pouco tempo para ativar os neurônios vizinhos.

Rotta (2006) também apresenta uma definição bastante parecida com a de Granfinkel, Caraon e Weller (1992), na qual inclui especificidades sobre o cérebro de uma pessoa que sofre desde transtorno. Para o autor, nos casos de TDAH 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 TDAH, 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).

Gusmão (2009) apresenta em seu artigo que Antonio Lucio Teixeira Jr, observou que, à medida que o cérebro da criança se desenvolve, por ter ainda uma capacidade de plasticidade neuronal muito grande, ele pode desenvolver comportamentos desordenados. A grande quantidade de estímulos que as crianças recebem poderia promover comportamentos compulsivos, obsessivos, hiperativos, por elas estarem em uma fase de formação de diversas conexões.

Para Garfinkel, Carson e Weller (1992), o dia a dia de uma criança com TDAH é bastante movimentado, no qual são facilmente percebidos distúrbios comportamentais, tais como extrema inquietação, agressividade, dificuldades em aguardar sua vez, desatenção, esquecimentos, impulsividades, facilidades em perder as coisas, não-cumprimento de instruções, dificuldades em realizar tarefas escolares etc.

Segundo Cordeiro (2001), como se não bastassem todas as características e sintomas variantes 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 TDAH, é preciso considerar ainda as comorbidades. Isto significa que outros transtornos podem acompanhar o Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade. Incluem-se nessa lista:

I- o TDAH com Distúrbio de Conduta ou Distúrbio de Oposição Desafiante (em crianças), que ocorre, em média, entre 30% e 50% dos casos;

II- o TDAH com Depressão, que se manifesta entre 15% e 20% dos casos;

III- o TDAH com Ansiedade, comum em 25 % dos casos;

IV- o TDAH e Distúrbios de Aprendizagem, presente entre 10% e 25% dos casos;

V-DAH com Agitação ou Mania;

VI- o TDAH com Estímulos Fortes;

VII- o TDAH com Características de Personalidade Limítrofe;

VIII- o TDAH com Abuso de Substâncias, que ocorre entre 9% e 40% dos casos (PHELAN, 2005).

Ainda de acordo com Cordeiro (2011), a vivência do aluno num ambiente familiar é muito importante, pois se reflete diretamente em seu desempenho escolar. Se em casa os pais têm dificuldade em estabelecer normas de conduta, isso pode contribuir para aumento dos comportamentos inadequados das crianças, principalmente as que possuem TDAH, pois elas não terão bases para se nortear, nem consciência sobre a noção de limite e, por isso, não saberão respeitá-lo em ambiente escolar. Para Mattos (2005), uma criança com TDAH que, por natureza, tem mais dificuldades em lidar com regras e limites, possivelmente apresentará mais dificuldades na aprendizagem.

No ambiente escola crianças com TDAH devem alcançar diariamente objetivos, o que leva a escola a cobrar sempre bons resultados referentes a seu aprendizado. Conseqüentemente os professores, que não possuem conhecimento acerca do transtorno, podem concluir apressadamente que estas crianças são irresponsáveis. Essa instabilidade de atenção, juntamente com a hiperatividade, pode acarretar dificuldades em conquistar e manter amizades. Ao aumentarem as chances de a criança com TDAH ter um desempenho escolar insatisfatório, ela pode perceber que não agrada às demais crianças e assim se sentir rejeitada, o que pode causar-lhe depressão (MATTOS apud CORDEIRO, 2011).

Segundo Cordeiro (2011), a falha em direcionar a atenção por um tempo prolongado faz com que haja dificuldades em selecionar informações relevantes, o

que interfere na aprendizagem tanto de habilidades na leitura e na escrita como de conhecimentos matemáticos. Quando se exige atenção, como para regras de 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 TDAH a compensar seu transtorno. Nesse sentido, não podemos excluir alunos com dificuldades de aprendizagem, pois eles podem superar os obstáculos que aparecem em seu cotidiano (CRUZ, 2008).

As crianças com TDAH, na maioria das vezes, qualificam a escola como chata porque a instituição possui regras, muitas atividades desinteressantes, dentre outros aspectos, o que, entretanto, não impede que elas tenham um bom desempenho escolar. Para tanto, o conhecimento sobre o TDAH e, principalmente, o afeto do professor são extremamente importantes. De acordo com Hallowell e Ratey (1999), na maior parte dos casos aqueles possuidores desse transtorno querem começar outra atividade sem terminar a anterior, deixando 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 conseguiram acompanhar os demais alunos, mas não compreendem as razões para isso.

2. As formas de tratamento do TDAH

O TDAH é um dos transtornos mais comuns na infância, estimando-se que de 3% a 6% das crianças no Brasil o possuem (ROHDE et al, 1999). Diante dessa estatística vemos que o Transtorno não é tão comum e o seu tratamento também não se realiza por procedimentos simples e respostas rápidas, pois, para se ter um tratamento em que se obtenha sucesso, deve se começar com diagnósticos precisos.

Segundo Rohde (2009), em seu estudo recente de neuroimagem estrutural, a trajetória neuroevolutiva de aumento dos volumes intracerebrais das crianças com TDAH segue um curso paralelo ao daquelas sem o transtorno,

sempre com volumes significativamente menores. Isso sugere que os eventos originadores do quadro foram precoces e não progressivos. Assim, de acordo com Rohde et al (2000), o diagnóstico de um TDAH só pode ser feito por profissionais da saúde (psicólogos, psicopedagogos e neuropediatras com especialidade na área), com o auxílio de alguns testes psicológicos e neuropsicológicos. Tais testes detectam o início dos sintomas do transtorno, que, conforme a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), começa a ocorrer antes dos sete anos.

O diagnóstico do Transtorno é “repleto de armadilhas”, além de estar cheio de dificuldades em se chegar a um diagnóstico preciso. Por não haver testes específicos para determinação do transtorno, seria muito melhor que houvesse um teste físico, psicológico ou neurológico, específico, que pudesse comprovar se determinada criança é portadora ou não do transtorno (PHELAN, 2005, p.234.) Este autor afirma ainda que uma entrevista realizada com a criança em um consultório é a parte menos útil no diagnóstico, pois ali ela se encontra longe de seu contexto real. Diante disso, Silva (2003) argumenta que, na avaliação de uma criança com sintomas de TDAH, 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. Por isso,

[...] visto que não há nenhum procedimento ou teste de diagnóstico definitivo para o TDAH, a determinação final de que uma criança se enquadra ou não nesse diagnóstico precisa estar baseada na integração de todos os dados coletados... A pessoa responsável pelo diagnóstico deve ter em mente que, além de confirmar a presença ou ausência do TDAH e de outros problemas, ela está também tentando traçar um perfil dos pontos fortes daquela criança em particular (PHELAN, 2005, p. 234).

Assim podemos destacar que o TDAH é um transtorno comportamental caracterizado por desatenção, hiperatividade, impulsividade etc. Diante disso, determinar o nível de atenção normal de uma criança se torna extremamente difícil, pois a maioria dos pais tem uma certa expectativa em relação ao

comportamento de seus filhos, no qual estão incluídas certa agitação, desobediência, e bagunça, geralmente aceitas como indicativos de saúde e vivacidade infantis.

Silva (2003) considera que o *tratamento do DDA* é dividido em quatro etapas: informação, conhecimento e apoio técnico, uso de medicamentos e psicoterapia. Na primeira etapa, o profissional deve conhecer do assunto e se apropriar dele, pois isso vale para todos que estão envolvidos no caso. Uma segunda etapa se refere ao apoio técnico que deve ser oferecido, com o objetivo de se criar uma rotina pessoal, para facilitar sua vida e compensar a “desorganização interna”. Isso tende a se tornar um hábito e transmitir à criança conforto e segurança, tornando possível que todos os seus talentos sejam desenvolvidos, aperfeiçoados e expressos de forma concreta. A terceira etapa inclui a utilização do medicamento pela criança com TDAH, que pode ser usado como ferramenta na busca por uma vida com mais qualidade. Por fim, a última etapa contempla a psicoterapia, conforme destaca a autora. Para tanto, devemos lembrar que as causas ou origens das dificuldades de uma criança com TDAH têm um substrato biológico, porém o trabalho psicoterapêutico contribuirá para sua melhor adaptação ao ambiente escolar e social.

Silva (2003) nos esclarece que problemas como falta de autoestima em crianças com TDAH 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 TDAH 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).

Atualmente, a escola, a família e a sociedade têm buscado, como resolução dos problemas comportamentais infantis, o uso de medicamentos, que em casos desnecessários podem provocar efeitos colaterais preocupantes. O TDAH, em seu percurso, ainda não tem um diagnóstico bem definido, o que provoca uma grande discussão em torno de seu tratamento, quase sempre medicamentoso (ROHDE;

MATTOS et al, 2000). Apesar de toda crítica contrária ao diagnóstico de TDAH, cresce o número de crianças diagnosticadas e, conseqüentemente, cresce também o grande interesse da indústria farmacêutica em encontrar o medicamento eficaz para seu tratamento. Desta forma é cada vez maior o número de crianças que usam medicamentos para controlar o comportamento inquieto, desatento e impulso (FURMAN, 2008). Para Mattos (2005), esses medicamentos não curam o TDAH, mas ajudam a controlá-lo, visto que eles normalizam os neurotransmissores, enquanto estão sendo tomados. Interrompido o uso, a criança volta a sofrer do transtorno.

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 o retardo no crescimento. Entretanto, Phelan (2005) e Silva (2003) destacam que, até o momento, o uso desse medicamento, de maneira correta, oferece, em alguns casos, apenas um pequeno ganho de peso ou outros feitos colaterais discretos, uma vez que se trabalha com doses baixas.

Para Mattos (2005), o uso de medicamentos para o TDAH é consenso entre especialistas e pesquisadores, tanto que os estudos sobre TDAH que mais crescem no mundo são os referentes aos medicamentos que possam indicar melhores opções para o tratamento.

3. As intervenções pedagógicas nos casos de TDAH

O sucesso em sala de aula exige uma série de estratégias, tais como aquela em que a maioria das crianças com TDAH permanece em classe normal, com algumas arrumações e adaptações, contando com auxiliares e programas especiais em contra-turno escolar. Assim o professor, para conseguir cumprir sua função mediadora (com os TDAH), deverá ser portador de conhecimentos sobre o transtorno, para que compreenda as dificuldades que a criança pode apresentar e, assim, intervir de modo eficiente em seu aprendizado. Desta maneira, para que a intervenção tenha efeitos positivos, será necessário trabalhar com outros

profissionais, numa perspectiva interdisciplinar e coletiva, envolvendo o professor, todo o corpo docente, a criança com TDAH, seus pais/responsáveis e um especialista originário de uma das áreas de saúde, que trate da questão neurológica e, se necessário, do apoio psicológico e psicopedagógico (MATTOS, 2005).

Para Cordeiro (2011) existem muitos questionamentos acerca do tipo de postura que o professor deve adotar em relação aos alunos com TDAH. 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*”.

Segundo Rohde (2000), o professor deve estar sempre atento aos comportamentos e saber distingui-los, pois isso é fundamental para as crianças que possuem o transtorno. Assim, o professor estará também contribuindo para o diagnóstico e o tratamento. Se esse trabalho acontecer em sala de aula, diminuirá o risco de a criança desencadear um problema psicológico decorrente do TDAH. O referido autor afirma ainda que os alunos bem acompanhados poderão tornar-se ótimos acadêmicos e futuros profissionais.

O professor deve estar sempre atento aos comportamentos, para saber como, por que e em quais situações as crianças procedem de determinada maneira, pois assim identificará quando estão agindo com ou sem intenção, permitindo assim ao professor agir de forma preventiva, ao saber diferenciar desobediência de inabilidade. A criança com TDAH ouve diversas vezes o que não pode fazer, mas não compreende porque não pode realizar tal atividade, e assim é punida por algo que não teve consciência, ao fazê-lo (MATTOS, 2005). Por esse motivo é importante deixar tudo sempre claro para essas crianças.

Mattos (2005) salienta que geralmente os erros apresentados 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 interpretar - mesmo com a intervenção do professor - um texto ou armar contas, é um sinal de que há outro problema associado. Um

dos que sempre acontece refere-se ao aluno que não gosta de estudar e assim não tira notas boas. Mas o que realmente acontece muitas vezes é que o aluno se esforça, porém não consegue boas notas. Assim o professor terá papel fundamental em saber interpretar a aprendizagem do aluno. Outro aspecto importante é que não se deve comparar o aluno com o transtorno com os demais, pois isso pode levar o aluno a não gostar da escola, tendo em vista que talvez não conseguirá acompanhar os demais colegas (MATTOS, 2005). Para este autor, quando tratamos desse assunto, se torna indispensável o diálogo com profissionais da saúde, ligados à criança e à escola, a fim de que o professor apreenda aspectos biológicos, neurológicos e psicológicos da criança, para que possa desenvolver atividades que ajudem no seu processo cognitivo. Assim, os profissionais da saúde também devem estar inteirados desse processo psicopedagógicos.

O diálogo entre escola e família é indispensável, pois o professor precisa saber como um aluno com TDAH se comporta em casa, assim como também a família deve saber do comportamento da criança na escola. Mattos (2005) afirma que a relação entre família-criança é igualmente de extrema relevância para que esta tenha um suporte emocional que a ajude na realização de seus conteúdos escolares.

Para Rohde et al (2000), ao receber um aluno com TDAH, a primeira providência que a escola deve tomar é colocá-lo em uma sala que tenha a menor quantidade de alunos, pois isso facilita o trabalho do professor em conciliar a aprendizagem desse com 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). Dentre esses problemas, está a tarefa de casa. Daí Cordeiro afirmar que ela

[...] é uma das maiores dificuldades dos alunos com TDAH, 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 TDAH 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) (CORDEIRO, 2011, p. 18).

Phelan (2005) destaca vários motivos que levam o aluno com TDAH a não completar seus afazeres escolares. Dentre eles, há o fato de não saber fazê-los, de não saber aproveitar o tempo para realizar as tarefas, pois as atividades podem estar extensas demais para ele, bem como a sala ter muitos estímulos, ou simplesmente a criança estar brincando nas horas em que deveria fazê-las. Segundo Cordeiro (2011), logo que o aluno é diagnosticado com TDAH torna-se fundamental que a escola receba um relatório desse diagnóstico, pois assim a equipe pedagógica e o professor decidirão o que será melhor. Pesquisas realizadas na área apontam que 85% das crianças com o transtorno conseguem ser mantidas em classes “normais” com sucesso. Todavia, para que isso se concretize, se faz necessário o trabalho conjunto entre família, escola e profissionais da saúde.

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 TDAH, por isso devem ser registradas em papel. Os autores sugerem também que se discutam essas estratégias com os demais integrantes da escola (pedagogos, diretores, pais/responsáveis pela criança TDAH...) para escolher a mais eficaz, isto é, aquela que pode apresentar melhores resultados. É papel do professor também estar atento para o modo como o aluno aprende melhor os conteúdos. Por exemplo, se um aluno tem muita dificuldade ao se concentrar em algumas atividades didáticas, mas, por outro lado, se concentra em jogos, o professor pode criar jogos que, estando dentro dos conteúdos pedagógicos, despertarão a atenção e o interesse desse aluno para eles

Outro aspecto importante é se estabelecer em sala de aula uma rotina que deixe claros quais as regras e os limites a serem seguidos e conseqüentemente obedecidos. Mattos (2005) sugere que sejam fixadas na parede as regras da sala, Deste modo, a criança com esse transtorno estará o tempo todo em contato com elas. Além das regras, 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. Para o referido autor, devido à dificuldade que a criança com TDAH 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 este que pode ser amenizado por meio da introdução de novidades planejadas. Os alunos que possuem o transtorno também têm dificuldades para lidar com mudanças, portanto é necessário que haja uma rotina escolar, a fim de contribuir para o sucesso escolar da criança. Ainda segundo o autor podemos dizer que outra importante medida é conversar com a criança sobre suas dificuldades e ouvi-la, pois ela pode apresentar sugestões que melhorem sua aprendizagem. Além disso, pelo fato de serem inquietos e de necessitarem andar mais que os outros, 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).

Para Phelan (2005), quando possui um aluno portador do TDAH, 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 TDAH perto do professor, pois ele ficará longe das janelas e da porta, que tiram sua atenção; 2) *Trabalho em grupo* - crianças com TDAH, 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 TDAH* - é bom para o professor saber em quais matérias e em que tipos de atividade o aluno se sai bem, a fim de ampliar suas habilidades, em vez de só focar suas dificuldades. Com isso, pode-se estimular seu desenvolvimento e sua autoestima. De acordo com este autor, a criança responde a elogios, incentivos e recompensas, melhor que as outras, porém não encaram muito bem críticas. Assim, os reforços devem sobrepujar as punições. Cabe também ao professor incentivar a criança a dar o melhor de si:

ajudá-la a limpar sua carteira para poder estudar; estabelecer um contato visual com ela, sempre a chamando pelo nome a fim de conquistá-la; verificar 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 suas ideias, revisando-as e editando-as. 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, exigir que o professor não poupe esforços para elaborar atividades diferenciadas.

Por outro lado, segundo Phelan (2005), ao se chegar próximo do fim do ano escolar, sugere-se que se realize 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 portador do transtorno, de modo que se possa planejar para o ano seguinte o que será feito com a criança.

Considerações finais

Podemos perceber com este estudo que ainda há pouco conhecimento aprofundado a respeito desse assunto, sendo necessário que todos os envolvidos (pais, professores, alunos, equipe pedagógica e outros) tenham o mínimo conhecimento sobre o transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade. Vimos também que em sala de aula ainda ocorre bastante rotulação referente a esses alunos, muitos estereotipados de preguiçosos, desastrados, desatentos, justamente porque não foram diagnosticados no tempo certo.

Pode-se assim destacar que o professor desempenha um papel fundamental no diagnóstico e também no processo de aprendizagem do aluno,

pois quando sabe fazer a distinção entre problemas comportamentais e de indisciplina e o transtorno, o professor consegue fazer com que o mesmo aprenda de forma mais tranquila, contribuindo assim para seu desenvolvimento.

Consideramos que o professor, juntamente com a equipe pedagógica, deve desenvolver também um trabalho mediador, voltado para a observação e avaliação dos alunos com transtorno, uma vez que por meio deste trabalho conhecerão um pouco mais esse aluno e como esta acontecendo sua aprendizagem, quais suas dificuldades e as necessidades específicas que precisam, visando tornar mais dinâmicas as aulas (para prender a atenção dos mesmos e desenvolvimento de estratégias para melhor aprendizado).

O trabalho com os alunos que tem o transtorno também não pode acontecer de forma desmembrada, deve acontecer interdisciplinarmente, com o professor, o médico da criança, o psicopedagogo, psicólogos, familiares e a escola. Assim terão sucesso no desenvolvimento do aluno, pois o professor terá suporte para desenvolver seu trabalho diário com o processo de aprendizagem desse aluno.

Cruz (2008) e Mattos (2005) comentam que os fatores neurológicos comuns aos casos de TDAH (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 conseqüências negativas para as crianças. Isto porque 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.

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 10 mai. 2012.

BARKLEY, Russell A. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: guia completo para pais e professores e profissionais da saúde. Trad. Luís Sérgio Roizman – Porto Alegre: Artmed, 2002.

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.

CORDEIRO, Suzy Maria Nunes. **As implicações do TDAH na aprendizagem escolar e desenvolvimento de crianças de 6 a 12 anos**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, 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 05 mai. 2012.

FURMAN, Lydia Mary. Attention - Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Does New Researd Support old concepts? **Journal of Child Neurology**. V. 23, n7, p. 775-784, 2008. Disponível em <http://online.sagepub.com>. Acesso em 20 mai. de 2012.

FUNAYAMA, C. A. R. (org.). **Problemas de aprendizagem**: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alígena, 2000.

GARFINKEL, Barry D.; CARSON, Gabrielle A.; WELLER, Elizabete B. **Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

GUSMÃO, Marília Maria Gandra. **Comportamento infantil conhecido como Hiperatividade**: Consequência do mundo contemporâneo ou TDAH? 2009. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social – da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

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.

REIS, Maria das Graças Faustino; CAMARGO Dulce Maria Pompêo de. **Práticas escolares e desempenho acadêmico de alunos com TDAH.** 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pee/v12n1/v12n1a07.pdf>. Acesso em 17 abr. 2011.

ROHDE, Luis Augusto; MATTOS, Paulo e cols. **Princípios e práticas em TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.** Porto Alegre: Artmed, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php/Ing_pt. Acesso em 22 mar. 2012.

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. 2012.

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