



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
CURSO DE LICENCIATURA EM PEDAGOGIA**

**RENATA DE OLIVEIRA SANTOS**

**TDAH: Percepção e Intervenção no contexto escolar**

Salvador  
2013

**RENATA DE OLIVEIRA SANTOS**

**TDAH: Percepção e Intervenção no contexto escolar**

Monografia apresentada ao Curso de graduação em Pedagogia, Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de licenciada em Pedagogia.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Nelma Galvão

Salvador  
2013

## TERMO DE APROVAÇÃO

### TDAH: PERCEPÇÃO E INTERVENÇÃO NO CONTEXTO ESCOLAR

Monografia apresentada à Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia como requisito para a obtenção da Graduação em Pedagogia, sob a orientação da Profª Dra. Nelma Galvão, aprovada em 16 de setembro de 2013.

#### BANCA EXAMINADORA

ORIENTADOR: \_\_\_\_\_

Profª Nelma Galvão

MEMBRO: \_\_\_\_\_

Profª Dra. Diana Cardoso

MEMBRO: \_\_\_\_\_

Profª Dra. Uilma R.M. Amazonas - UFBA

*A Deus, o maior provedor de esperança, vontade e  
coragem na realização dos meus sonhos.*

## **Agradecimentos**

Agradeço a todos aqueles que no decorrer da minha história me inspiraram, motivaram e construíram comigo as possibilidades da caminhada.

Ao meu querido pai (in memoriam), pelo exemplo de trabalho e luta.

A minha mãe, mulher corajosa e guerreira, responsável por tudo que sou hoje.

Ao meu único e amado irmão (in memoriam), pelo exemplo de força e coragem.

As minhas irmãs, pelo amor e palavras de motivação.

A meu esposo que além do incentivo de retorno aos estudos, suportou comigo as turbulências da caminhada.

Aos professores e professoras da FACED que me proporcionaram um crescente desconstruir e reconstruir das minhas certezas.

Especialmente a professora Nelma Galvão por me conduzir pacientemente nesse processo de construção

As minhas amigas Rosane e Diele, companheiras fiéis e “lacrimais” nesta jornada acadêmica e apoio com a monografia.

Aos meus filhos Guilherme e Gabriel, razão maior dos meus esforços.

*“A Educação sozinha não transforma a sociedade,  
sem ela tão pouco a sociedade muda”*

***Paulo Freire***

## RESUMO

Esta monografia dedicou-se a estudar sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH, para compreender e analisar como os docentes percebem e intervêm nos casos de alunos com esse transtorno, desmembrando-se no aprofundamento das dimensões histórico-conceituais, identificando as percepções docentes e descrevendo as intervenções pedagógicas direcionadas ao aluno. O estudo considerou crianças em período escolar de ensino fundamental, bem como os docentes da educação básica. O trabalho foi baseado nas pesquisas sobre o tema na literatura nacional e internacional e nas minhas experiências pessoais. As abordagens feitas abrangem questões como as intervenções e técnicas pedagógicas, a abordagem do sistema educacional brasileiro sobre transtornos de aprendizagem, os tratamentos indicados para crianças com TDAH, a relevante presença da família em parceria com os profissionais da educação e saúde mental. Os resultados encontrados relacionados às intervenções para a criança com TDAH, trazem visibilidade sobre a realidade e impactos na vida escolar e social da criança e repercussões no futuro destas. Estes demonstram a necessidade de um maior investimento nas mudanças das práticas nos diversos contextos onde a criança com TDAH está inserida, bem como de atualização curricular para formação docente, incluindo práticas inclusivas para as crianças com TDAH, para que a atenção às crianças com TDAH protagonizem uma educação significativa e contextualizada com as crianças com esse transtorno.

Palavras-chave: TDAH, educação, docentes, intervenções.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIE 10	Classificação Internacional de Enfermidades
CID 10	Código Internacional de Doenças
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística
LDB	Leis de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação e Cultura
ONGs	Organização Não Governamental
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TDO	Transtorno Desafiante Opositor
TC	Transtorno de Conduta
UFBA	Universidade Federal da Bahia

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>2. TDAH: CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO HISTÓRICA</b>	<b>4</b>
2.1 Sintomas do TDAH	5
2.1.1 Classificação dos Sintomas de acordo com os tipos	8
2.2 Causas do Transtorno	9
2.3 Diagnóstico	14
<b>3. INTERVENÇÕES</b>	<b>17</b>
3.1 O Tratamento Farmacológico	18
3.2 O Tratamento Cognitivo-Comportamental	19
3.3 Intervenções no Contexto Familiar	21
3.4 Intervenções no Contexto Escolar	24
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>35</b>
<b>5. REFERÊNCIAS</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, pautado nas literaturas existentes (GONZALEZ,2007; ROHDE e MATTOS, 2003), reconhece-se que cerca de 3 a 7% da população infantil tem Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), ou seja, em cada sala de aula deve existir pelo menos uma criança com esse problema. O TDAH não é um transtorno descrito recentemente pela Medicina, a primeira descrição oficial foi em 1902, quando um pediatra inglês, George Still, apresentou casos clínicos de crianças com hiperatividade e outras alterações de comportamento, que na sua opinião não podiam ser explicadas por falhas educacionais ou ambientais, mas antes postula que existiria uma herança biológica ou um problema no parto.

De acordo com Condemarín (2006) o tema lesão neurológica perinatal, proposto por Still no início do século XX, permanece nos anos de 1930 e 1940 como “dano cerebral”. Em 1962, foi alterada para “disfunção cerebral mínima” admitindo-se que as alterações características da síndrome se relacionavam mais a disfunções em vias nervosas do que propriamente a lesões ( CASTRO e NASCIMENTO, 2009).

A partir da década de 1960 começaram a surgir muitas definições nas literaturas sobre esse transtorno. Em 1968, DSM-II, “reação hipercinética”; em 1978, CIE-9, “transtorno hipercinético”; em 1980, DSM-III, transtorno do déficit de atenção com e sem hiperatividade (aparece a desatenção como característica, junto com a hiperatividade); em 1987, DSM-III-R, “transtorno do déficit de atenção com hiperatividade”; em 1992, CIE-10, “transtornos hipercinéticos”e em 1994, DSM-IV, descreve pela primeira vez os subtipos do TDAH: “tipo desatento, hiperativo, impulsivo e combinado”. (CONDEMARÍN, 2009).

Hoje o TDAH é definido como um transtorno neuropsiquiátrico, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde e registrado oficialmente pela Associação Americana de Psiquiatria no manual chamado de Diagnostic and Statistic Manual(DSM), que está na sua quarta edição.

O meu primeiro contato com o tema TDAH se deu no primeiro semestre de 2007, na disciplina Iniciação ao Trabalho Acadêmico, ministrado pelo docente Miguel Bordas no curso de Graduação em Pedagogia na Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia. Quando comecei a ler sobre o tema, várias peças do quebra-cabeça da minha vida foram, enfim, se encaixando. À medida que

pesquisava sobre o tema não apenas desconfiei que tivesse TDAH, mas reconheci os sintomas do transtorno no meu filho e em alguns familiares, o que reafirmava minhas suspeitas, já que o TDAH é influenciado geneticamente. A confirmação do diagnóstico de TDAH veio quando já tinha trinta e cinco anos de idade, trazendo certo alívio e retirando o grande peso das minhas costas, afinal, encontrava o motivo de sair involuntariamente de sintonia em conversas, aulas e palestras. Para a necessidade de ler várias vezes o mesmo texto para poder, então, entendê-lo. Para os diversos projetos iniciados com entusiasmo e que não foram concluídos. Enfim, eu tinha um nome fundamentado na neurobiologia que me permitia compreender, e de alguma forma perdoar, aquelas partes de mim que tão rotineiramente me deixavam frustrada.

Naquele mesmo semestre, depois de assistir uma defesa de tese no auditório I da Faculdade de Educação(UFBA), percebi que não somente eu, mas, o TDAH afeta aproximadamente 3 a 7% da população (MATTOS,2003) e que dois terços das crianças que têm TDAH ainda o terão quando crescerem, ou seja, 4 a 5% de todos os adultos têm TDAH e, provavelmente, desde a infância rotulados no convívio familiar e principalmente no ambiente escolar (BARKLEY, 2011).

Diante das informações e descobertas sobre o tema, dentre elas a de que o transtorno envolve a apresentação de níveis acima da média de desatenção, impulsividade e hiperatividade e que os sintomas geralmente se apresentam antes dos sete anos, me despertaram o interesse de pesquisar mais sobre o tema e buscar meios para que cada vez mais a percepção e intervenção se dêem precocemente, diminuindo, assim, os efeitos negativos nas crianças com TDAH.

Com frequência os professores queixam-se de que seus alunos não obedecem a ordens, atrapalham as aulas e não prestam atenção. Nesse contexto, o aluno é considerado como “avoadado, estabonado, desinteressado...” (MATTOS, 2007).

Assim sendo, algumas questões nortearão este estudo. A saber: Quais as dificuldades encontradas por crianças com TDAH no processo de aprendizagem? Quais estratégias podem ser utilizadas pelos docentes para minimizar as dificuldades das crianças com TDAH? De que forma os docentes identificam os alunos com TDAH? Que recursos estão disponíveis para a abordagem aos problemas relacionados ao TDAH da criança? Quais características seriam ideais para um professor trabalhar com alunos com TDAH?

Este estudo tem como objetivo geral compreender e analisar como os docentes percebem e intervêm nos casos de alunos com TDAH, desmembrando-se nos objetivos específicos a seguir: aprofundar o estudo das dimensões histórico-conceituais do TDAH, identificar as percepções docentes sobre o TDAH e descrever as intervenções pedagógicas direcionadas ao aluno com TDAH.

A organização se dá em três capítulos, o primeiro aborda a Contextualização sócio histórica, o segundo as intervenções e o terceiro os resultados encontrados e considerações finais.

## 2 TDAH: CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO HISTÓRICA

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e freqüentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida (GONZALEZ,2007) A primeira definição do transtorno foi do pediatra inglês George Frederic Still, em 1902, descrevendo em suas práticas médicas que algumas crianças eram difíceis de controlar, apresentando sinais de “não reconhecimento de regras”, ausência de “volição inibitória”( processo cognitivo pelo qual um indivíduo se decide a praticar uma ação em particular), sendo ainda geralmente “destemperadas, desonestas e voluntariosas” (HALLOWELL E RATEY,1999).

O tema das lesões de nascimento e danos cerebrais persistiu nos anos 30 e 40, na ideia da “criança com lesões cerebrais” e mesmo quando nenhum indício de danos neurológicos era encontrado, a “lesão cerebral” era citada para explicar comportamentos difíceis. Neste mesmo período a medicação estimulante (anfetaminas) foi testada pela primeira vez para ajudar o comportamento de algumas crianças. Outros termos começaram a aparecer, como “propulsão orgânica” e “disfunção cerebral mínima”.

Em 1960, Stella Chess e outros autores isolaram o sintoma da hiperatividade de qualquer noção de dano cerebral e começaram a escrever sobre a “síndrome da criança hiperativa”. Chess considerava os sintomas como parte de uma “hiperatividade fisiológica”, cujas causas estariam enraizadas mais na biologia do que no meio ambiente (GONZALEZ, 2007)

Na década de 70, muitos pesquisadores investigavam a síndrome da hiperatividade. Virgínia Douglas, no Canadá, começou um amplo estudo dos sintomas associados à hiperatividade, e encontrou quatro características principais para relatar o quadro clínico: (1) déficits de atenção e esforço; (2) hiperatividade; (3) problemas no controle do nível de vigília; e (4) necessidade de esforço imediato. A partir do seu trabalho a síndrome foi renomeada, em 1980, como distúrbio do déficit de atenção.( HALLOWELL E RATEY, 1999)

Depois disso, a pesquisa sobre o tema teve um grande avanço e, provavelmente, o estudo mais atualizado e definitivo sobre a história e condição nesse campo seja um livro de um dos grandes pesquisadores na área, Russel Barkley. O livro recebeu o título simples de Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade). Apesar do TDAH ter uma ampla história de estudos empíricos e várias linhas de investigação, ainda não há um consenso entre os estudiosos sobre os termos mais adequados para sua definição teórica. A maioria dos investigadores afirma que o transtorno tem características persistentes de falta de atenção e/ou hiperatividade e impulsividade, e

sua frequência é maior do que as outras pessoas do mesmo nível de desenvolvimento. (CONDEMARÍN, GOROSTEGUI E MILICIC, 2006)

O TDAH é o transtorno mais comum em crianças e adolescentes encaminhados para serviços especializados (BARKLEY,1998) e ocorre em 3 a 5% das crianças, em várias regiões diferentes do mundo em que já foi pesquisado, sendo mais frequente em meninos do que em meninas (ROHDE E MATTOS, 2003). Segundo Mattos (2005), tal incidência, se dá porque a forma hiperativa é mais comum no sexo masculino, os meninos (hiperativos) costumam atrapalhar as atividades em sala de aula, sendo, então, mais encaminhados para avaliação médica a pedido dos professores. As meninas apresentam com maior frequência a forma desatenta e não “perturbam” tanto o andamento das aulas e dificilmente são encaminhadas para uma avaliação. Portanto, “como os meninos são mais encaminhados, também são mais diagnosticados”.

## 2.1 SINTOMAS DO TDAH

Os sintomas podem variar de acordo com a fase de desenvolvimento. Os sintomas do TDAH normalmente manifestam-se precocemente (primeira infância), tendo-se relatos de inquietude tais como: sono bastante agitado, choram com mais facilidade e constantemente, sensíveis a irritação e movimentam-se intensamente (MATTOS, 2005).No entanto, o diagnóstico antes dos quatro ou cinco anos raramente é feito, pois o comportamento das crianças nessa idade é muito variável e a atenção não é tão exigida quanto de crianças maiores.

Embora a criança apresente sintomas já na primeira infância, somente no período escolar estes serão percebidos como significativos e diagnosticados. Estima-se que cerca de 3 a 6% das crianças na idade escolar (mais ou menos de 6 a 12 anos de idade) apresentem hiperatividade e/ou déficit de atenção.

Na fase escolar, podemos observar a combinação bastante variada de sintomas na área da desatenção, hiperatividade e impulsividade. Na sala de aula aparece a dificuldade de esperar a vez nas atividades, falam muito, movimentam-se o tempo todo na carteira (mexem no cabelo, se coçam, mudam de postura, brincam com lápis, etc.) , mexem pés e mãos em demasia, normalmente são mais lentas na cópia e realização das as atividades e costumam cometer erros por desatenção( sinais matemáticos, acentuação, pontuação, etc.).

“Na sala de aula, frequentemente parecem “movidas por um motor”, não esperam sua vez nas brincadeiras e interrompem os outros quase o tempo todo. Vivem “a mil por hora” e podem receber apelidos como “bicho-carpinteiro””.(MATTOS, 2005,p.25)

Esse conjunto de sintomas costuma atrapalhar seu desempenho em provas e trabalhos, prejudicando-os nas notas, podendo até ocasionar reprovação.

“As características principais (isto é, desatenção, impulsividade e hiperatividade) do TDAH podem levar a diversas dificuldades para as crianças em contextos escolares. Especificamente, uma vez que essas crianças muitas vezes têm problemas para manter a atenção em tarefas que exigem concentração, a finalização de trabalhos independentes, que devem ser executados na carteira, é um tanto inconstante. Seu desempenho na sala de aula também pode ser comprometido pela falta de atenção às instruções da tarefa. Outros problemas acadêmicos associados a problemas de atenção incluem fraco desempenho em testes; habilidades deficientes de estudo; cadernos, carteiras e trabalhos escritos desorganizados; e falta de atenção às explicações do professor e/ou discussões em grupo”. (DUPAUL E STORNER, 2007, p.4)

Já em atividades livres, costumam ser mais agitados e impulsivos do que as crianças da mesma idade, não demonstram medo das consequências de suas ações machucando-se com frequência. Em casa costumam correr e não prestam atenção aos objetos, quebrando o que tocam e parecendo desajeitadas. Os pais têm a impressão de não estar sendo ouvidos quando falam e normalmente não sabem o que fazer para ajuda-los e controlar a agitação.

O TDAH na infância em geral se associa a dificuldades na escola e no relacionamento com demais crianças, pais e professores. As crianças são tidas como "avoadas", "vivendo no mundo da lua", "estabanadas" e "elétrico". Os meninos tendem a ter mais sintomas de hiperatividade e impulsividade que as meninas, mas todos são desatentos. Crianças e adolescentes com TDAH podem apresentar mais problemas de comportamento, como por exemplo, dificuldades com regras e limites, dificuldades também em lidar com frustrações. Na adolescência, os sintomas mais evidentes são a desatenção e a impulsividade. (MATTOS, 2005)

Aproximadamente 50% dos pacientes que apresentaram TDAH na infância permanecem com sintomas na idade adulta, embora que em menor grau de intensidade. Na infância, o transtorno é mais comum em meninos e predominam os sintomas de hiperatividade. Com o passar dos anos, os sintomas de hiperatividade tendem a diminuir, permanecendo mais frequentemente a desatenção, e diminuindo a proporção homem x mulher, que passa a ser de um para um. (DUPAUL E STONER, 2007)

Em adultos, ocorrem problemas de desatenção para coisas do cotidiano e do trabalho, bem como com a memória (são muito esquecidos). São inquietos (tem dificuldade de permanecer em uma mesma atividade, mexem-se muito, andam de um lado para o outro, cruzam e descruzam as pernas, etc) e também são impulsivos ( quando tem uma ideia parte logo para a ação sem pensar nos prós e os contras).Vale ressaltar que nos casos de TDAH desatenção predominante não há tanta inquietude. Eles têm dificuldade de esperar, são

impacientes quando precisam enfrentar, por exemplo, uma fila ou engarrafamento. Outro problema de quem tem TDAH é a facilidade de enjoar das coisas rapidamente, por isso, necessitam de coisas novas para se sentirem estimulados.

Segundo Mattos (2005, p.29) a tríade (desatenção, hiperatividade e impulsividade), que caracteriza a criança e adulto com o TDAH, costuma vir acompanhado de outros sintomas secundários (não listados nos critérios tradicionais) bastante comuns:

- a) Baixa autoestima.
- b) Sonolência diurna, mesmo depois de uma boa noite de sono.
- c) Pávido curto: a capacidade de não explodir ou de “engolir sapo”(mesmo quando é mais vantajoso fazer isto) fica bastante diminuída no TDAH. Esse sintoma é provavelmente uma mistura de impulsividade e irritabilidade;
- d) Necessidade de ler mais de uma vez para “fixar” o que leu. Os pacientes fazem o que denominamos “leitura automática”, isto é, leem sem entender a ideia global ou memorizar aspectos importantes, apesar de terem a compreensão correta das palavras;
- e) Dificuldade em levantar de manhã e se “ativar” para começar o dia;
- f) Adiamento crônico das coisas;
- g) Mudança de interesse o tempo todo. No início as coisas são muito empolgantes e interessantes e logo se tornam “chatas”;
- h) Intolerância a situações monótonas ou repetitivas;
- i) Busca frequente por coisas estimulantes ou simplesmente diferentes;
- j) Variações frequentes do humor.

Mattos,(2001) destaca ainda outros problemas comportamentais mais graves que podem surgir em decorrência do TDAH:

- a) Transtorno Bipolar, que é uma alternância entre estados de depressão e outros de euforia;
- b) Transtorno Desafiante de Oposição (TOD), são caracterizados por um padrão repetitivo e persistente de comportamento agressivo, desafiador, indo contra as regras de convivência social.

- c) Transtornos de Conduta(TC), casos em que a criança apresenta comportamento de agressão a pessoas e animais, envolvem-se em brigas, em destruição de propriedade alheia, furtos , mentiras.
- d) Transtornos Obsessivo-Compulsivos (TOC), caracterizado por ideias persistentes e comportamentos repetitivos, normalmente ideias exageradas e irracionais de saúde, higiene, organização, simetria e perfeição.
- e) Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é um padrão de preocupação e ansiedade frequente e constante em relação a diversas atividades e eventos.
- f) Fobias, medo persistente e irracional de um determinado tipo de objeto, animal, atividade ou situação que represente pouco ou nenhum perigo.

Os transtornos citados, não estão necessariamente presentes no portador do TDAH, mas problemas emocionais são uma constante, pois as dificuldades decorrentes dos relacionamentos, do aprendizado, da baixa auto-estima ocasionada pelas repetidas censuras, da rejeição dos colegas, do mau rendimento escolar, acabam ocasionando sequelas psicológicas. Quando atingem a adolescência, os portadores do TDAH costumam ser mais suscetíveis ao uso de álcool e drogas. (MATTOS, 2005).

O TDAH, caracterizado por impulsividade, falta de atenção e hiperatividade, é considerado um dos principais problemas crônicos na infância (AAP- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000 apud CASTRO E NASCIMENTO, 2009) e para evitar diagnósticos errôneos os sintomas devem estar presentes pelo menos em 2 ambientes diferentes e que alguns dos sintomas se apresentem no fase pré-escolar.

### **2.1.1 CLASSIFICAÇÃO DOS SINTOMAS DE ACORDO COM OS TIPOS**

Os sintomas listados abaixo são aqueles descritos no DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, 4a edição), um manual preparado pela Associação Psiquiátrica Americana que lista todos os sintomas de todas as enfermidades psiquiátricas existentes, tornando os diagnósticos mais padronizados, mais homogêneos entre os profissionais.

#### **I. TDAH com predomínio de desatenção**

Quando existem mais sintomas de desatenção ( de seis a mais sintomas) e frequente ocorrência. Segundo Mattos (2005) esta é a forma mais comum na população em geral:

- Dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido.
- Dificuldade de manter a concentração nas atividades.
- Não ouvir quando lhe falam diretamente.

- Ser desorganizado.
- Distrair-se com facilidade por estímulos que não tem relação com o que está fazendo.
- Não persistir nas tarefas que exigem esforço mental continuado.
- Ser esquecido.
- Dificuldade de seguir instruções/ terminar tarefas.
- Perder as coisas necessárias para tarefas e atividades.

## II. TDAH com predomínio de hiperatividade/impulsividade

Quando existem mais sintomas de hiperatividade e impulsividade (de seis a mais sintomas) e que ocorram frequentemente. Segundo Mattos(2005) esta é a forma mais rara:

- Ser inquieto com mãos e pés.
- Não parar sentado.
- Ser um foguete, a mil por hora.
- Falar demais.
- Ser barulhento para jogar e se divertir.
- Ser inquieto, dificuldade em esperar a vez.
- Saltar com as respostas antes que sejam feitas as perguntas.
- Interromper ou se intrometer na conversa dos outros.

## III. TDAH do tipo combinado

As crianças que apresentam este tipo de TDAH têm, ao mesmo tempo, muitos sintomas de desatenção e de hiperatividade/impulsividade, pelo menos seis sintomas de cada tipo. Esta é a forma mais comum nos consultórios e ambulatórios, provavelmente porque causa mais problemas para o próprio portador e para os demais, o que leva os pais a procurarem ajuda para o filho (MATTOS,2005).

## 2.2 CAUSAS DO TRANSTORNO

De acordo com vários autores (BENCZIK, 2006; CYPEL,2003; CONDEMARÍN ET AL, 2006) os conhecimentos atuais em relação ao TDAH não permitem estabelecer uma etiologia precisa para o TDAH. Existe uma grande quantidade de hipóteses (etiológicas) coexistentes: genética, traumáticas, infecciosas, tóxicas, perinatais, familiares e emocionais. Vale ressaltar ainda que “como nos demais distúrbios do desenvolvimento, existe também nessa condição toda uma multiplicidade de fatores que poderão estar interferindo e nem sempre serão os mesmos para todas as crianças” (CYPEL, 2003, p. 29).

Condemarín et al. (2006) destacam que muitos teóricos consideram que o TDAH é um transtorno com bases biológicas. Outros afirmam que o fumo, o álcool e os fármacos utilizados durante a gravidez ou a exposição às toxinas no meio ambiente – o chumbo, por exemplo – podem causar o TDAH. E ainda existem estudos apontando para uma base genética, pois, geralmente, este transtorno tem uma incidência familiar. Entretanto, como já foi destacado, não existem relatórios conclusivos indicando que qualquer desses elementos em separado pudesse ser o responsável final pelo transtorno.

Dentre as possíveis etiologias defendidas por estudiosos (GONZALEZ, 2007; CONDEMARÍN ET AL., 2006; ROHDE E MATTOS, 2003; DUPAUL E STONER, 2007; CASTRO E NASCIMENTO, 2009) para explicar as causas do TDAH estão:

- **Hereditariedade / Genética:** De acordo com os autores supracitados, é a hipótese mais aceita atualmente. DuPaul e Stoner (2007, p.11) destacam que “Variáveis internas às crianças, como fatores neurobiológicos e influências hereditárias, têm recebido maior atenção na literatura. Os estudos epidemiológicos mostram uma maior incidência do transtorno em parentes de crianças com TDAH. As investigações que estabelecem o fator genético como responsável pelo aparecimento do TDAH se apoiam nas evidências obtidas pelas altas taxas de “sintomas concomitantes e passados de TDAH em parentes imediatos de crianças com TDAH em relação a seus colegas sem TDAH” (DUPAUL E STONER, 2007, p.12), maior incidência de TDAH entre parentes biológicos diretos e gêmeos monozigóticos.

Biederman et al. (1990 apud CONDEMARÍN ET AL., 2006, p. 32) estimam que aproximadamente 20% a 32% dos pais de crianças com TDAH têm esse transtorno. Eles ainda destacam que outros estudos demonstram que para os pais ou outros familiares (biologicamente vinculados a essa criança) existe uma probabilidade maior de ter TDAH. Em outro estudo, Faraone et al. (1999 apud CONDEMARÍN et al., 2006, p.33) afirmam que 57% das crianças com TDAH têm pais com o transtorno, com risco de 15% de TDAH entre irmãos.

“As estimativas de herdabilidade de TDAH estão entre as mais altas para qualquer transtorno emocional ou comportamental, excedendo estimativas para esquizofrenia e autismo.” (BARKLEY, 1998 apud DUPAUL E STONER, 2007, p.12)

Condemarín et al. (2006, p.33) afirma que “o TDAH nas meninas requer uma carga genética mais alta para se expressar do que em meninos, nos quais o transtorno ocorre, portanto, com mais frequência” dado que, segundo ele, fortalece ainda mais a hipótese

genética. Vale ressaltar que “Alguns pais hiperativos não têm crianças hiperativas, enquanto pais normais têm crianças com problemas sérios” (GOLDSTEIN; GOLDSTEIN, 1994, p. 61) tal fato acontece porque existem outros fatores determinantes do TDAH.

- **Fatores não-genéticos (pré, peri e pós-natais):** Segundo Phelan(2005) estudos mostraram que o TDA pode estar relacionado a riscos biológicos que podem afetar a criança durante a gestação, no parto e pós-parto. O uso de nicotina, álcool, drogas ou outros tóxicos durante a gravidez, podem causar alterações em algumas partes do cérebro do bebê. “Esses riscos podem de alguma forma afetar as áreas pré-frontais do cérebro em desenvolvimento do feto” (PHELAN, 2005, p.62).

Goldstein & Goldstein (1994) destacam que nas décadas de 60 e 70 aceitava-se que a hiperatividade devia-se a lesões ocorridas durante o parto; assim, os eventos envolvendo o parto tornaram-se objeto de profunda análise. Era necessário determinar até onde os problemas surgidos durante o trabalho de parto e o nascimento poderia constituir causa substancial de hiperatividade. Topcewski (1999) afirma que longas contrações uterinas e recém-nascidos com dificuldades para iniciar a respiração provocam alterações no tecido cerebral ocasionando repercussões no sistema nervoso que poderão se tornar fatores determinantes das disfunções cerebrais.

Moreno (1995 apud CONDEMARÍN ET AL., 2006, p.34) assegura que crianças prematuras, ou com baixo peso ao nascer, que sofreram privação de oxigênio no cérebro, durante o parto, ou infecções neonatais possuem maior probabilidade de desenvolver problemas de conduta e hiperatividade. Entretanto, ele afirma que estudos que avaliaram o comportamento destas crianças por meio de “distintas etapas evolutivas”, deixaram claro que as complicações, antes e na hora do parto, não afetam igualmente todas as crianças prematuras ou com baixo peso ao nascer, entendendo-se então que esses problemas não são suficientes para explicar a futura existência de um TDAH.

. **Disfunções Neuroanatômicas:** Condemarín et al. ( 2006) consideram que existem alterações na região do sistema nervoso chamado córtex pré-frontal :

“Alterações em áreas pré-frontais (essenciais nos processos de atenção, controle de impulsos, organização e atividade sustentada dirigida a um fim) provocam falta de atenção, distrabilidade e incapacidade para inibir uma resposta. Foram descritas alterações no córtex pré-frontal, que provocam inquietação motora, na medida em que esta cumpre uma função para a

preparação dos movimentos voluntários, especialmente os que dependem de fatores externos, e também na supressão de respostas relativamente automática a alguns estímulos.” (CONDEMARÍN et al., 2006, p. 36).

• **Disfunções Neuroquímicas:** Para Cypel (2003) existem hipóteses sugerindo a existência de uma disfunção bioquímica relacionada aos chamados neurotransmissores, mais especificamente a noradrenalina e a dopamina, “cuja concentração estaria diminuída na fenda sináptica” (p.32). O autor explica:

“A sinapse é o local ou o ponto de contato no qual um neurônio liga-se a outro para que ocorra a transmissão dos estímulos, e essa transmissão é promovida e facilitada pela presença da substância neurotransmissora. A baixa concentração nesse ponto faz com que os estímulos transitem de forma inadequada de um neurônio para o outro, havendo prejuízo na transmissão da informação.” (CYPEL, 2003, p. 32).

• **Fatores Familiares / Emocionais:** Embora não seja a causa principal do problema, os fatores sociais e familiares no TDAH ligados agravam o prognóstico (CONDEMARÍN et al., 2006). Cypel (2003) acredita que os fatores emocionais e o contexto familiar são de grande importância na determinação e continuidade dos quadros de TDAH, e ainda alega que os “compêndios médicos” dão pouca ênfase a esse aspecto atribuindo todo o quadro a disfunções cerebrais e/ou bioquímicas.

“Os elementos psicossociais e do meio ambiente têm sido investigados como uma das causas prováveis do aparecimento do TDAH. No entanto, foi encontrada pouca evidência para considerar os fatores psicossociais como causadores do TDAH; mas por outro lado, eles podem ser responsáveis por seu curso ou prognóstico, já que muitos problemas graves de conduta e auto-estima estão relacionados com o meio ambiente. (CONDEMARÍN et al., 2006, p. 36).

Segundo Phelan (2005) o TDAH é basicamente hereditário e os demais fatores que também podem causar o TDA são riscos biológicos porém,

“A má-criação pode agravar o TDA... uma criação incoerente, os abusos ou uma vida doméstica caótica podem agravar a desatenção, a impulsividade, as agressões, a superexcitação, a hiperatividade e a desorganização...Muitos pais de crianças com TDA são adultos com TDA, e muitas vezes, é difícil para eles serem razoáveis e coerentes.É por isso que, para o tratamento da criança com TDA seja eficaz, muitas vezes é preciso tratar simultaneamente os pais...A má-criação pode contribuir para a comorbidade...Do ponto de vista de externalização...a instabilidade conjugal e a má-criação podem “facilitar” a metamorfose do Transtorno de Desafio e Oposição em Transtorno de Conduta, o que, por sua vez, pode resultar na versão adulta do problema conhecido como Transtorno de Personalidade Anti-social... do ponto de vista da internalização...a ansiedade e depressão serão no mínimo exacerbadas- se não causadas- por um pai que está constantemente irritando e reprovando a criança ou gritando com ela”. (PHELAN, 2005, p.63)

Ou seja, caso não tenha o suporte emocional da família e, até mesmo da escola o diagnóstico de um caso leve de TDAH pode se agravar significativamente. E por outro lado, uma criança com um quadro mais grave, pode evoluir positivamente se sua família der apoio emocional, equilibrando suas áreas deficitárias com valorização das suas características positivas. (CONDEMARÍN ET AL., 2006)

“a atitude dos contextos familiar e escolar constitui um fator psicossocial determinante para a forma como a criança vive suas dificuldades e os mecanismos que utiliza para superá-las. A resiliência diante do transtorno é altamente determinada pela confluência desses dois fatores” (CONDEMARÍN ET AL., 2006,p.37).

Sendo assim, se faz necessário enfatizar que tanto o contexto familiar quanto o contexto escolar são de extrema importância nos casos de TDAH.

• **Outros fatores causais:** Feingold (1975 apud CONDEMARÍN ET AL, 2006) apresentou a relação entre aditivos presentes nas dietas alimentares das crianças com TDAH. Segundo Feingold, havia uma melhora no comportamento das crianças hiperativas quando corantes artificiais, conservantes e salicilatos naturais (amêndoas, morangos, tomates,etc) eram eliminados das suas dietas. Na década de 1970, esta teoria foi a mais utilizada para explicar o TDAH. Neste mesmo período, se desenvolveu um mito popular relacionando a hiperatividade ao consumo de açúcar ou de adoçantes à base de aspartame. Uma resenha da Nutrition Foundation(Fundação para a Nutrição) dos Estados Unidos sugere que uma dieta especial pode funcionar pelo fato de ter havido uma mudança de interação da família quando se está seguindo uma dieta especial e não que a dieta em si proporcione uma melhora no comportamento e nível de atividade da criança. Segundo Phelan (2005)

“a dieta alimentar não produz o Déficit de Atenção. Pesquisas sistemáticas não deram consistência à ideia de que corantes artificiais, os condimentos ou salicilatos naturais são os desordeiros nutricionais que produzem o TDA ou Distúrbios de Aprendizado na maioria – ou mesmo em uma significativa minoria- das crianças...o açúcar não causa a hiperatividade. Alguns estudos interessantes mostraram que criança que exagera no açúcar pode, na verdade, ficar mais letárgica por um tempo – e também mais distraída-, ou seja, açúcar demais reduz a hiperatividade, mas também prejudica a concentração”(PHELAN, 2005, p.64).

Fala-se também da associação causal entre deficiência de hormônio da tireóide e o TDAH, assim como em relação à influência da radiação proveniente de lâmpadas fluorescentes no comportamento das crianças em sala de aula. Porém, estudos mostraram não existir nenhum nexos causal nos dois casos.

De acordo com Phelan(2005) ainda não há um consenso de que a exposição ao chumbo cause TDAH, “embora se reconheça que a intoxicação por chumbo funcione como um irritante do cérebro”.(CASTRO E NASCIMENTO, 2009, p.16)

## 2.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de TDAH deve ser realizado por uma equipe multiprofissional. Condemarín et al. (2006) acrescenta que o fato de o TDAH possuir diversas manifestações e apresentações como, idade, condições ambientais e características individuais, faz com que crianças com TDAH constituam um grupo muito amplo, diverso e heterogêneo. Neste sentido, acaba apresentando demandas especiais para a avaliação, sendo necessário “uma abordagem multidimensional, multidisciplinar, a utilização de instrumentos de natureza distinta que reflitam estas diferenças, a participação de especialistas de diversas áreas, com os relatos dos pais e professores”(p.48). Para isso as autoras afirmam que:

Não se conta com um teste único ou com uma bateria de testes que permitam determinar a presença ou ausência do TDAH; portanto, trata-se de um diagnóstico clínico que se realiza a partir dos relatos dos pais e, especialmente, dos professores e da avaliação neurológica, que permite determinar a imaturidade ou as alterações no desenvolvimento da criança (CONDEMARÍN et al., 2006, p. 48-49).

Para Pennington (1997) o diagnóstico é baseado principalmente nos sintomas por isso muitas pesquisas sobre o diagnóstico se concentraram no desenvolvimento de listas de sintomas críticos ou primários e de escalas de avaliação comportamental para pais e professores.

Os sintomas críticos descritos no DSM-IV envolvem três categorias: desatenção, impulsividade e hiperatividade. O comportamento agressivo, distúrbio de conduta, incapacidade de aprendizagem, depressão e baixa auto-estima são sintomas associados com TDAH.

Pennington(1997) classifica os sintomas do TDAH em :

1. Primários: desatenção, impulsividade e hiperatividade;
2. Correlatos: perturbações no sono, labilidade emocional (Labilidade emocional ou Instabilidade Afetiva é um estado especial em que se produz a mudança

rápida e imotivada do humor ou estado de ânimo, sempre acompanhada de extraordinária intensidade afetiva);

3. Secundários: baixa auto-estima, habilidades sociais fracas, problemas escolares, abuso de substância, distúrbio de conduta;

4. Artificiosos: ansiedade, distúrbio de conduta, superdotação, dislexia.

De acordo com Phelan(2005) para que se chegue a um diagnóstico minucioso de TDAH na infância, a avaliação para a detecção do TDAH deve envolver os passos:

#### Entrevista com os pais

A entrevista é o primeiro passo da avaliação (para crianças abaixo de 13 anos) e precisa cobrir os problemas atuais, o histórico de desenvolvimento da criança e história familiar. Esta entrevista também serve para planejar os demais procedimentos de avaliação. Existem vários roteiros estruturados de entrevistas que auxiliam na investigação da presença do TDAH e possíveis condições co-mórbidas (como TDO, TC, depressão e ansiedade). Um exemplo de roteiro é Clinical Interview Parent Report Form (do livro Defiant Children, Second Edition: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training )de Barkley.

O roteiro da entrevista com os pais deve ter os seguintes elementos :

- a. Abordar o motivo que levou os pais ao consultório;
- b. Fazer um histórico de desenvolvimento. Existem formulários estruturados para a avaliação de desenvolvimento, entre eles, o Conners- March Developmental Questionnaire(de Sam Goldstein) e Childhood History Form for Attention Disorders( de Michael Goldstein);
- c. colher informações sobre gravidez, trabalho de parto e nascimento;
- d. obter correlatos das características da primeira infância e o temperamento infantil; e. Investigar a história da família, verificando a possível existência do transtorno nos pais e irmãos (por causa da natureza hereditária );
- f. Planejamento cooperativo do restante da avaliação.

#### Entrevista com a criança

Tem por objetivo excluir a presença de outros distúrbios , perceber a disposição de conversa da criança, obter informações da visão da criança sobre a sua escola, sua casa e sua vida, e iniciar uma construção de bom relacionamento entre profissional e criança. Com crianças mais velhas e adolescentes é possível fazer uma sessão de conversa por 40/45 minutos

mas com crianças menores é aconselhável deixá-las desenhando ou brincando enquanto falam e com duração de aproximadamente 30 minutos. Existem vários formulários estruturados de auto-avaliação que podem ser preenchidos por crianças (com idade suficiente), podendo ser utilizados em entrevistas semi-estruturadas.

#### Escalas de Classificação e Questionários

As escalas de classificação estruturadas que detectam o TDAH e possíveis estados de comorbidade, são essenciais na avaliação. Existe uma série de escalas que são úteis para as avaliações de TDAH.

As escalas de classificação são separadas em :

a. Escala de banda larga- cobrem uma grande variedade de possíveis problemas, proporcionando uma visão abrangente do funcionamento da criança. As mais populares são: a Lista de Verificação Comportamental para crianças e adolescentes de Achenbach (CBCL, Child Behavior Checklist), o Sistema de Avaliação de Comportamento para crianças (BASC, Behavior Assessment System for Children), Escalas Revisadas de Classificação Conners (CRS-R) esta tem características de banda larga e banda estreita.

b. Escala de banda estreita: Escalas Abrangentes de Classificação do TDA para professores/pais; Escala de Avaliação do Transtorno de Déficit de Atenção.

Os Questionários Barkley para situações em Casa e na Escola são dispositivos úteis para a coleta de informações e abordam o problema sob um ângulo prático, os pais e professores respondem uma lista de situações das crianças nestes ambientes.

#### Informações da Escola

Para coleta de informações(atuais e passadas) na escola, como notas, observações dos professores, resultados em testes de desempenho e colocação atual da criança é necessário tempo. Como o TDA é um distúrbio que começa precocemente, muitas crianças com TDA deve ter tido problemas com a escola por muito tempo, recomenda-se coletar dados anteriores desde a pré-escola, geralmente os boletins trazem informações úteis como notas e comentários dos professores.

É possível observar que é imprescindível fazer o diagnóstico e tratar a criança que sofre de TDAH precocemente. O tratamento evita que a criança cresça estigmatizada e que esta, durante anos, seja prejudicada academicamente.

### 3 INTERVENÇÕES

As intervenções precoces podem minimizar o impacto negativo que o TDAH traz à vida da criança, dos pais e dos seus professores.

“Mais crianças com TDA estão sendo diagnosticadas e tratadas corretamente. Mais professores em salas de aula estão sendo treinados para entender e administrar o Transtorno de Déficit de Atenção, trazendo benefícios às crianças portadoras de TDA, aos seus colegas de classe e aos próprios professores. Hoje em dia, os pais não se sentem tão culpados por entenderem que, de alguma forma, não causaram o TDA em seus filhos em razão de uma criação errada...”(PHELAN, 2005,p.ix)

O Tratamento do TDAH deve ser multimodal, tendo como pilares básicos da intervenção: a intervenção farmacológica, a intervenção cognitivo-comportamental, a intervenção no contexto escolar e no familiar.

“O déficit de atenção é um quadro psicopatológico complexo que afeta todo o desenvolvimento psicoemocional, cognitivo e social da criança, por isso a intervenção desse transtorno deve abranger várias dimensões” (GONZALEZ, 2007, p.302).

Segundo Gonzalez (2007), um programa adequado de intervenção deve ser elaborado de forma individualizada (a partir das informação coletada no relatório diagnóstico), incluir todos aqueles domínios em que a criança hiperativa manifesta algum problema(cognitivo, emocional, comportamental e social) e deve ser focado do ponto de vista pessoal, escolar e familiar.

Mattos (2005, p.) cita alguns passos para o tratamento do TDAH:

1. Confirmação do diagnóstico e avaliação de outros diagnósticos associados. Isso pode exigir o parecer de um especialista e a realização de entrevistas mais aprofundadas, preenchimento de questionários e realização de testes neuropsicológicos incluindo testes feitos por fonoaudiólogos;
2. Explicação detalhada do transtorno, indicação de livros, associações ou sites da internet para que os pais(e o adolescente) conheçam melhor o TDAH;
3. Uso de medicamentos;
4. Orientação aos pais, incluindo a modificação do ambiente de casa e aconselhamento sobre a forma de se lidar com o transtorno;
5. Orientação à escola(pode ser feita por material impresso, indicação de livros, associações ou sites da internet, etc.). Em casos específicos, quando há muito

comprometimento da vida escolar, o médico, o psicólogo ou o pedagogo da equipe que trata o paciente pode pessoalmente fazer a orientação mais detalhadamente e com alguma supervisão;

6. Psicoterapia e programas especializados;
7. Tratamento fonoaudiológico;
8. Treino de técnicas de reabilitação da atenção.

### **3.1 O Tratamento Farmacológico**

Embora ainda não se conheça a origem específica do TDAH, sabe-se que é um transtorno de base neurológica relacionado com a produção irregular de determinados transmissores cerebrais. Os anos de pesquisa confirmaram que a utilização de fármacos estimulantes produz um aumento de catecolaminas (norepinefrina, epinefrina e dopamina), importantes neurotransmissores, que se encontram diminuídas em determinadas regiões do sistema nervoso (mais especificamente na região frontal- parte anterior do cérebro) e suas conexões, fazendo com que as crianças com TDAH melhorem a atenção e diminuam a hiperatividade motora (CABANYES E POLAINO-LORENTE, 1997; GRANGER, WHALEN E HENKER, 1993 apud GONZALEZ; MATTOS, 2005).

É importante salientar que os fármacos não eliminam o déficit de atenção/hiperatividade, mas reduzem suas manifestações, facilitam a adaptação social e escolar da criança e otimizam os benefícios dos tratamentos cognitivos-comportamentais (CARLSON et al., 1992).

“Não existe, atualmente, cura para a síndrome do TDA, mas existem tratamentos medicamentosos que têm demonstrado segurança e eficiência no alívio dos sintomas da síndrome do TDA em 80 a 90% das crianças, adolescentes e adultos portadores do transtorno.”BROWN, 2007,p.165)

Existem várias opções de medicamentos eficazes para o TDAH. Os medicamentos estimulantes anfetamínicos(que não existem no Brasil) e metifenidato são os mais prescritos. Os estimulantes diminuem ou mesmo eliminam alguns dos principais sintomas do TDAH(desatenção, hiperatividade e impulsividade) em muitas crianças e adolescentes tratados com eles (MATTOS,2005) e demonstram uma rápida melhora do funcionamento comportamental, acadêmico e social da maioria das crianças tratadas com substâncias estimulantes (DUPAUL e STORNER, 2007).

O fármaco mais recomendado pelo Comitê para Fármacos da Associação Americana de Pediatria é o metilfenidato (ritalina) por não ter efeitos colaterais importantes (apenas uma certa dificuldade para iniciar o sono e redução de apetite) e ser eficaz em 70 ou 80% das crianças (CABANYES E POLAINO-LORENTE, 1997 apud GONZALEZ, 2007). O metilfenidato é comercializado sob diferentes apresentações: Ritalina (de curta duração) e Concerta e Ritalina LA (liberação prolongada).

Para as crianças e adolescentes que não apresentam bons resultados com o metilfenidato ou manifestam efeitos indesejáveis, outras opções estão disponíveis como:

- A atomoxetina(Strattera)- medicamento noradrenérgico-;
- Antidepressivos: a imipramina(Tofranil) e a nortriptilina(Pamelor) são os mais utilizados.
- Clonidina (Atensina)- ele age mais na hiperatividade do que na desatenção.

Os pesquisadores e especialistas concordam que somente a medicação não é suficiente para os casos de TDAH e recomendam uma abordagem que combine intervenção educacional, medicações e psicoterapia para criança e adolescente e, educação e/ou terapia para os pais (PENNINGTON, 1997; MATTOS, 2005; GONZALEZ, 2007).

“no mínimo, uma combinação de terapia estimulante e terapia comportamental no lar e na escola representa o tratamento mais eficaz do ponto de vista clínico”(CONNERS E WELLS, 1986).

### **3.2 O Tratamento Cognitivo-comportamental**

Além do tratamento farmacológico, outras modalidades terapêuticas foram desenvolvidas para o TDAH. Como não há comprovação de que qualquer uma delas seja tão eficiente quanto a medicação, a psicoterapia é considerada uma medida complementar ao tratamento farmacológico (MATTOS,2005).

As crianças e adolescentes com problemas disruptivos na escola, com colegas, e/ou em casa são as que se beneficiam com tratamentos comportamentais. O tratamento da criança com TDAH tem o objetivo de capacitá-la a atingir por si própria uma total autonomia na regulação de seu comportamento (autocontrole, adaptação às normas), uma autonomia física (nos hábitos da vida diária, a organização), cognitiva (na capacidade para selecionar a informação relevante da irrelevante, auto-avaliação, autocorreção, seleção de estratégias) e emocional (independência, auto-estima sadia e relações sociais satisfatórias).

Para BROWN (2007) o tratamento comportamental auxilia a criança com TDAH desenvolver padrões adaptativos de comportamentos e reduzem as tendências comuns dos pais e professores que, inconscientemente, reforçam os comportamentos disruptivos da criança. BROWN (2007, p.181) cita os princípios de tratamento comportamental:

- Avaliação cuidadosa dos comportamentos problemáticos para determinar aquilo que encoraja a criança, em vários contextos, e quais as mudanças específicas que podem ser benéficas.
- Monitorar o cumprimento das determinações.
- Identificar as consequências positivas e/ou negativas, que os pais vão impor em resposta ao desempenho da criança em relação aos comportamentos desejados.
- Monitorar a eficácia da intervenção, avaliando o que está funcionando e o que necessita de ajustes.

Dentro deste contexto de intervenção estão os tratamentos cognitivo-comportamentais (KENDALL, 1995 apud STALLARD, 2004 ), esses recebem esta nomeação porque utilizam técnicas cognitivas e comportamentais.

Para GONZALEZ (2007) as técnicas comportamentais têm o objetivo de controlar os eventos que causam o aparecimento e manutenção das condutas positivas e negativas. Elas têm como base o controle dos prêmios e reforços que a criança recebe, e estão direcionadas, entre outras ações, para manter a criança trabalhando na tarefa, controlar a impulsividade, terminar as atividades, obedecer e aumentar suas habilidades sociais e diminuir a hiperatividade motora. Abaixo, as técnicas listadas por GONZÁLEZ (2007,p..303):

- Para aumentar condutas positivas: o reforço positivo com pontos(o mais utilizado no âmbito familiar e escolar é o chamado de poupança de fichas e pontos).
- Para diminuir condutas negativas: o castigo (com crianças hiperativas são utilizadas reprimendas serenas, imediatas, rápidas e em particular); , a retirada de atenção e o tempo sem reforço positivo, custo de reforço (consiste em dar para a criança uma quantidade estabelecida de pontos no início de cada dia) e prática positiva (baseia-se em reduzir a conduta negativa, fazendo com que a criança pratique de forma exagerada a conduta positiva oposta a que se deseja eliminar).

### 3.3 Intervenção no Contexto Familiar

Depois do diagnóstico é preciso aprender o máximo possível sobre o TDAH. Como o papel dos pais é fundamental para a recuperação da criança com TDAH o primeiro passo é informar-se sobre o que é o TDAH, suas causas e como ele se manifesta nas diversas situações do dia-a-dia e nos diferentes ambientes que a criança frequenta. MATTOS (2005) sugere que os pais leiam livros, façam cursos, entrem para organizações como a Associação Brasileira do Déficit de Atenção e entrem em contato com outros pais para troca de experiências.

“É importante aceitar o TDAH como um problema real que merece cuidados especiais e não como resultado de um ‘temperamento difícil’ ou ‘teimosia’. É importante também que procurem se orientar como devem se comportar com seu filho, tornando-se verdadeiros ‘especialistas’ no assunto.” (MATTOS, 2005).

Segundo Hallowell (1999) o tratamento do TDAH é um processo ativo que envolve trabalho e estudo, e no caso das crianças, esse processo traz questões, na maioria dos pais e professores, de como explicar o TDAH para a criança, se os seus pais devem saber que a criança tem o TDAH, como informar a criança sobre o uso da medicação, etc. Por isso sugere dicas para pais e professores de como explicar o TDAH às crianças, a saber:

- Dizer a verdade é o princípio central de orientação.
- Utilizar um vocabulário preciso.
- Responder as perguntas.
- Esclarecer para a criança que o TDAH não é um defeito, retardo, maldade, etc.
- Dar exemplos positivos, seja da história ou de sua experiência pessoal.
- Informar(se possível) aos pais e a família que a criança tem TDAH.
- Aconselhar a criança a não utilizar o TDAH como desculpa.
- Ensinar a criança a esclarecer dúvidas que outras pessoas possam ter, especialmente outras crianças.

CONDEMARÍN (2006) afirma que a família pode ser um ambiente de proteção, contenção e apoio, mas também um fator potencializador das dificuldades da criança com TDAH. Por isso, a criança com TDAH necessita de uma família bem definidas ( com exigências adaptadas as suas possibilidades) em ambiente organizado, tranquilo, afetivo e acolhedor; que reconheça o esforço efetivo da criança, que a encoraje e a proteja; que a auxilie a se situar e a se organizar; que a ajude a encarar os problemas e a encontrar soluções (GONZALEZ, 2007).

No entanto, muitos pais precisam de ajuda para aprender como implementar com eficiência os programas comportamentais. Hallowell e Ratey(1995) oferecem vinte e cinco sugestões de conduta no ambiente familiar:

1. Obter um diagnóstico preciso. Esse é o ponto de partida de qualquer tratamento.
2. Educar a família. Todos os membros da família devem aprender sobre o TDAH.
3. A família deve mudar a visão sobre o membro com TDAH.
4. Esclarecer que não existem culpados para o TDAH.
5. Deixar claro que o TDAH é um assunto que envolve toda a família.
6. Atentar para o equilíbrio na distribuição da atenção.
7. Tentar evitar a briga, o conflito.
8. Depois do diagnóstico e compreensão da família sobre o TDAH, é aconselhável que todos se reúnam para negociar estratégias de conduta.
9. Se a negociação falhar, deve-se considerar a participação de um terapeuta familiar para escutar e conciliar as diferentes posições.
10. Na terapia familiar, a técnica de interpretação de papéis (role playing) pode ajudar os membros da família a mostrar uns aos outros como se veem.
11. Se não puder evitar o conflito, retire-se. Tente recuar.
12. Dar a todos da família a possibilidade de expor sua opinião.
13. Interromper os processos negativos, transformando-os em positivos. Faça com que todos se movimentem em direção a metas positivas, que não fique pressupondo resultados negativos inevitáveis.
14. Esclarecer quais são as regras e normas da família e as consequências para quem transgredi-las.
15. A estabilidade e a confiança no amor dos pais aos filhos são fundamentais.
16. Os pais devem combinar a conduta a ser adotada com os filhos.
17. Não afaste a criança com TDAH do restante da família. Eles também podem ajudar no tratamento.

18. Tente determinar, primeiramente as áreas de problemas como o horário de estudar, o despertar, a hora de dormir, a de jantar, férias, etc. para depois encontrar maneiras construtivas para realizá-las. Negociar a melhor forma de execução e consultar as sugestões de cada um.
19. Promover reuniões familiares para que cada um exponha suas ideias de como lidar com a área-problema.
20. Utilize o *feedback* de fontes externas, tais como professores, parentes, amigos, outras crianças, terapeuta.
21. Considerar o TDAH como uma condição de normalidade na família.
22. O TDAH pode desgastar uma família e causar conflitos entre seus membros . Para contornar os momentos de conflitos recomenda-se a utilização do “senso de humor”.
23. O TDAH não pode ser abordado de forma individual. Encontre o maior número possível de apoios como pediatra, escola, amigos, grupos de pais, etc.
24. Atente aos limites e ao controle excessivo da família.
25. Manter a esperança. É favorável abrir espaços para escutar os sofrimentos e problemas de cada um, mas também é necessário estimular a reação positiva para que se possa seguir adiante.

Segundo Hallowell e Ratey(1999) a maior parte das pessoas com TDAH não pode depender de seus controles internos para manter as coisas em ordem e suas atividades dentro de um cronograma. É fundamental que estas pessoas tenham um sistema externo confiável. Por isso recomenda um esquema de reorganização de vida com dez dicas que podem ajudar estruturar e organizar a vida da criança com TDAH:

1. Escreva o problema em um papel.
2. Use estratégias específicas para cada área-problema.
3. Use listas, cronogramas, despertadores e outras coisas do gênero para lembrar-se.
4. Planos de incentivo são bons.
5. Dê *feedbacks* frequentes.
6. Confira responsabilidades em tudo que for possível.
7. Faça uso abundante de elogios e retornos positivos.
8. Contrate, se possível, um professor particular para auxiliar nas atividades escolares.
9. Proporcione à criança dispositivos que possam ajudá-la.
10. Sempre negocie.

As estratégias, sugestões e dicas para as intervenções no ambiente familiar mostram que para haver mudança na criança com TDAH é necessário que a família mude também, mas esse processo é difícil para qualquer família. É um processo de transformação que requer trabalho, estímulo, apoio e reforço.

“Recomenda-se manter uma relação familiar estimulante, tranquila e acolhedora, concentrando-se mais nos aspectos positivos da relação do que nos conflitantes. Da mesma maneira, concentrar-se nos pontos fortes que a criança possa ter, de modo a assegurar-lhe uma imagem pessoal e auto-estima positivas (CONDEMARÍN et al, 2006, p.191).

### **3.4 Intervenções no Contexto Escolar**

Ao avaliar o atual contexto educacional brasileiro, encontra-se vários fatores que contribuem para um baixo rendimento escolar, a superlotação das salas de aula e o despreparo dos professores, reflexo da defasagem na formação profissional e da sua má remuneração, são alguns exemplos (BENCZIK, 2002).

O mecanismo do sistema educacional concentra-se nos objetivos de ensino-aprendizagem no âmbito cognitivo, universal e tendo o aluno padrão como ponto de referência (BENCZIK e BROMBERG, 2003), e tal posição conduziu a uma “situação caracterizada pela homogeneização e inflexibilidade do ensino, a uma avaliação do tipo normativo- em função dos objetivos iguais para todos- e, finalmente, a uma organização das atividades de ensino-aprendizagem nas quais todos têm que fazer o mesmo, ao mesmo tempo” (BLANCO, 1993).

A maioria das escolas desprezam as diferenças individuais e está pouco aberta às diversidades, sendo, frequentemente, incapaz de adequar recursos e metodologias tanto aos alunos que deles necessitam como àqueles que requerem tratamento mais individualizado, de caráter transitório ou permanente (BENCZIK E BROMBERG, 2003).

“Uma escola aberta à diversidade tem que dar respostas às necessidades concretas de todos os alunos, rompendo modelos rígidos e inflexíveis dirigidos ao aluno médio.” (BLANCO, 1993).

Segundo Mattos (2005) o sistema educacional tradicional “penaliza” demais quem tem TDAH, exige que os alunos permaneçam quietos e sentados em carteira, que sigam todas as regras e normas (determinadas e baseadas no aluno padrão), que mantenham

atenção por horas seguidas e que sejam avaliados por provas monótonas e padronizadas e, sem permissão para interrupções.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação 9.394/96 (LDB) dedica um capítulo específico à educação especial, esclarecendo o papel e as obrigações das instituições sobre a adequação do ensino aos alunos com necessidades especiais, embora o TDAH não seja citado, podemos incluí-lo já que o aluno com TDAH tem déficits que dificultam que ele se comporte ou realize as atividades do mesmo modo que os outros alunos.

No artigo 59 está exposto:

“Os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação: (Redação dada pela Lei nº 12.796, de 2013)

I - currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos, para atender às suas necessidades;

II - terminalidade específica para aqueles que não puderem atingir o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências, e aceleração para concluir em menor tempo o programa escolar para os superdotados;

III - professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento especializado, bem como professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns.”

Embora a lei admita a flexibilidade na implementação de currículos adaptados, com processos de avaliação diferenciados e estratégias individualizadas, a prática, na maioria das vezes, mostra que “o sistema educacional ainda está bastante estratificado, e os professores encontram dificuldades, às vezes, insuperáveis, para fazer as adaptações que se fazem necessárias para atender o aluno com TDAH”(BENCZIK E BROMBERG, 2003).

Transmitir o conhecimento e as habilidades exigidas pelo currículo e ensinar as crianças a se comportarem de acordo com as expectativas organizacionais, sociais e culturais são atribuições bastante difíceis e, quando nesse trabalho estão envolvidos alunos com TDAH a tarefa se torna ainda mais complexa. Nesse sentido, preocupados com o tratamento das crianças com TDAH no âmbito escolar, diversos autores (PHELAN, 2005; ROHDE, MATTOS E COLS., 2003; CASTRO E NASCIMENTO, 2009; DUPAUL E STONER, 2007) apresentam e discutem estratégias e intervenções com o objetivo de promover a

aprendizagem e o comportamento social das crianças com TDAH e facilitar a condução do ensino nas sala de aula dessas crianças.

Vale ressaltar que embora existam diversas estratégias de intervenção com crianças com TDAH, e algumas das melhores foram desenvolvidas por professores que lidam com alunos com TDAH (PHELAN, 2005), somente o professor é capaz de selecionar as estratégias que serão eficazes no seu trabalho e tratamento com a criança com TDAH. Nesse sentido relaciono algumas estratégias de diferentes bases e óticas, mas todas com o mesmo objetivo: proporcionar a orientação e o apoio adequados aos alunos com TDAH.

“O gerenciamento assertivo e racional de uma criança portadora de TDA torna os dias, semanas e meses na escola mais agradáveis e produtivos para todas as outras crianças da classe.” (PHELAN, 2005,p.189).

Russel Barkley propôs uma série de princípios gerais que podem ser utilizados na administração dos comportamentos difíceis do TDAH, entre eles:

- *Feedback* imediato e/ou consequências imediatas. As crianças com TDAH aprendem mais com o rápido *feedback*. Elogie o comportamento positivo e repreenda ou utilize consequências para o comportamento problemático rapidamente.
- *Feedback* frequente. Para permanecerem concentradas nas atividades, as crianças com TDAH precisam receber lembretes amigáveis ou outros tipos de mensagens úteis com maior frequência por parte dos adultos.
- Consequências mais pesadas. Para as crianças com TDAH os reforços precisam ser mais impactantes.
- Incentivos antes das punições. Priorizar frequentemente a utilização das consequências positivas.
- Estabelecer consequências e evitar “sermões”.
- Consistência. As crianças com TDAH melhoram quando há previsibilidade e estrutura em sua vida cotidiana.
- Se informar sobre o TDAH, os sintomas e situações problemáticas que a criança pode apresentar para planejar antecipadamente as estratégias e melhorar gerenciamento do comportamento.

- Lembrar as crianças dos planos e regras estabelecidos.

Segundo Rief (1993 apud Rohde e Mattos, 2003,p.206), “é necessário modificar vários aspectos no processo de ensino-aprendizagem do aluno com TDAH, como o meio ambiente, a estrutura da sala, os métodos de ensino, os materiais utilizados, as tarefas solicitadas, as provas/avaliações, o feedback, o reforço, o nível de apoio, o tempo despendido, o tamanho e a quantidade de tarefas”.

O aluno com TDAH estimula o professor a refletir constantemente sobre sua atuação pedagógica, exigindo uma flexibilização constante para adaptar seu ensino ao modo de aprendizagem do aluno e suas necessidades educacionais. O professor precisa desenvolver um repertório de intervenções para atuar eficientemente no ambiente da sala de aula com a criança portadora de TDAH.

Blanco (apud Rohde e Mattos, 2003,p.206) propôs uma inovação para a sala de aula de ensino regular que pode ser muito benéfico para os alunos com TDAH. O ponto de partida é a programação na sala de aula, elemento fundamental, pois guia e orienta o processo de ensino-aprendizagem. Esse programa é composto por :

- **Objetivos:** Devem atender aos princípios da integração e da individualização, indicando os objetivos comuns a todos e os objetivos mais individualizado, considerando as necessidades e habilidades de cada aluno.
- **Conteúdos:** Devem incluir os conteúdos relativos à aquisição de conceitos, princípios, fatos, procedimentos, normas, valores e atitudes. Deve direcionar-se ao desenvolvimento global do aluno, abrangendo todas as áreas do desenvolvimento humano(afetiva, motora, social e cognitiva).
- **Metodologia:** Esta metodologia deve favorecer a atividade do aluno, preparando o trabalho de forma simples, sendo mais estruturado e com o maior número de instruções possíveis; facilitar a execução, utilizando todos os tipos de recursos didáticos, com a finalidade de se criarem estratégias necessárias à organização e ao desenvolvimento da atividade; aumentar o grau de comunicação com o aluno, detectando-se as dificuldades e o tipo de ajuda que ele necessita; e considerar as situações educacionais de trabalho em pequenos grupos ou individualmente, nas quais o professor pode auxiliar os alunos que demonstram maior dificuldade. A metodologia deve ser flexível para adaptá-las a diferentes necessidades, visto que os alunos são diferentes e devem ter respostas distintas. Sugere-se que o professor

tenha outras opções de atividades para os alunos que terminam as atividades primeiro, para evitar os problemas que surgem do tédio.

- Avaliação: Deve-se avaliar o aluno (seu nível de competência, quais estratégias o aluno usou para resolver as atividades propostas, a forma de aprendizagem, seu interesse, esforço e interação com os outros alunos, percepção do aluno sobre a aula e o professor) e todo o contexto educacional no qual se desenvolve o processo de ensino-aprendizagem (o desenvolvimento na prática das proposições da programação, a análise das diferentes interações e a organização do espaço físico). A avaliação desses aspectos serve para identificar o que acontece na sala de aula e decidir as modificações necessárias. Para avaliar pode-se usar as provas normativas como maneira de verificar a aprendizagem (comparando o aluno com o grupo) e provas para verificar a evolução diante de objetivos determinados (não há comparação do alunos com outros). O professor não deve centrar sua avaliação apenas no trabalho escrito, mas pode verificar a aprendizagem também de forma oral.

Gonzalez (2007) defende que o professor determina a evolução de qualquer criança nos âmbitos escolar e afetivo. As crianças veem no professor um modelo diferente do familiar, “uma nova fonte de afeto e autoridade, um novo ponto de referencia sobre sua escala de valores e um novo reflexo de sua própria imagem”(p.309). Por isso o professor deve estar preparado o suficiente para receber uma criança com TDAH e lidar com os comportamentos associados ao transtorno.

De acordo com Phelan (2005, p.194) embora nenhum professor admita que não gosta de uma criança, a realidade mostra que professores repudiam/desprezam crianças com TDAH , por isso, sugere maneiras para o professor aprender a gerenciar os próprios sentimentos em relação a criança com TDAH:

1. Admita para si mesmo a irritação/impaciência com o comportamento da criança com TDAH. Não se sinta culpado por este sentimento e tente não escondê-la com palavras ou comportamentos melosos.
2. “Não comece uma guerra”. Não insulte a criança com repetidos comentários vingativos-sutis ou não. A vingança é uma motivação humana comum e normal, mas pode gerar um círculo vicioso de ataques e contra-ataques.
3. Ajuste suas expectativas. Se você estiver realmente irritado, provavelmente suas expectativas não estão alinhadas com a realidade.

4. Aprenda sobre o TDAH. O conhecimento maior sobre a pessoa, suas motivações e seus comportamentos diminui a irritação. Maior conhecimento possibilita ser mais compreensivo.
5. Tente ser prestativo/útil para a criança com TDAH. Aceite que essas crianças precisam de intervenções diretas e frequentes de sua parte (como reforço positivo, orientações e definição de limites).
6. Tente evitar pensamentos críticos pois, eles aumentam a raiva e impulso de vingança. Substitua-os por pensamentos compreensivos.

Zentall (1995 apud Rohde e Mattos, 2003,p.212) recomenda uma série de princípios de intervenções para conduzir situações específicas, resultantes do TDAH, desenvolvidas pelo Conselho de Força Tarefa para crianças com TDAH. Esses princípios têm como objetivo final o desenvolvimento adequado na estruturação das tarefas. A saber:

Princípios de intervenção para atividade motora excessiva(hiperatividade).

- Não tente reduzir a atividade, mas maneiras para deixá-las dentro de condições aceitáveis. Deve-se encorajar a realização das atividades na sequência , e permitir que o aluno levante da carteira, especialmente no final da atividade.
- Usar atividades como sentar na cadeira do professor, apagar a lousa, levar recados, etc para recompensar a tarefa desempenhada .
- Usar atividades que estimulem respostas ativas como falar, mover-se, organizar, trabalhar no quadro nas instruções, estas despertam ,a linguagem escrita, pintura e redação e a impulsionam questionamentos.

Princípios de intervenção para a impulsividade

- Dar ao aluno uma atividade que substitua a manifestação verbal ou motora enquanto espera os demais pares terminar as atividades. O professor deve instruir a realização das tarefas mais fáceis ou fazer outra atividade enquanto espera auxílio do professor; realçar com o aluno ou reescrever as instruções com lápis coloridos ou marca texto as instruções e informações relevantes; permitir atividades com massinha ou dobraduras; sugerir que o aluno vá beber água antes das próximas instruções; encorajá-lo a identificar as palavras-chave.
- Quando a dificuldade de esperar mostrar impaciência e descontrole sugerir/reforçar meios alternativos como pedir ao aluno ler um texto pequeno ou história; para as

crianças costumam interrompem as falas do professor, indicar o momento em que ele pode expor suas ideias ou questionamentos; sugerir ao aluno o que fazer diante das dificuldades ou atividades que exijam mais controle; instruir e reforçar boas maneiras como olá, até logo, obrigado, por favor.

Princípios de intervenção para a dificuldade em manter a atenção nas atividades e tarefas rotineiras

- Diminuir o tempo para realização das tarefas dividindo a atividade em pequenas partes; ao dar duas tarefas solicitar ao aluno que faça primeiramente a atividade que menos gostar; diminuir a quantidade de atividades de ortografia, problemas e matemática; usar instruções verbais, concisas e globais na explicação das tarefas; aumentar a prática de atividades dirigidas.
- Tornar as atividades mais atrativas como trabalhos em duplas ou em pequenos grupos; alternar as tarefas de alto e baixo interesse ou permitir que a criança sente perto do professor.
- Fazer jogos, principalmente nas atividades que exigem maior tempo para realização.

Princípios de intervenção para atividades não completadas

- Deve-se aumentar o interesse específico do aluno e a escolha das atividades. Selecionar de forma limitada as tarefas, os tópicos e as atividades; determinar as atividades preferidas do aluno e usá-las como incentivo; despertar o interesse da criança para as tarefas.
- Selecionar as atividades de acordo com a capacidade de aprendizagem da criança. Possibilitar a realização de trabalhos de diversas formas; alternar o nível de dificuldade da tarefa.

Princípios de intervenção para a dificuldade de iniciar as tarefas

- Explicar que as atividades de sala de aula também são importantes para a vida prática do aluno.
- Dar ao aluno instruções verbais e incentivá-lo a escrever as instruções e fazer anotações de tudo que considerar importante
- Quando aplicar provas e trabalhos escritos ensiná-lo a ser mais objetivo e específico

nas respostas.

- Destacar as partes importante da tarefa e relacionar com sentença de tópicos ou fazer tabelas/ gráficos.
- Fazer os trabalhos em duplas ou em pequenos grupos.
- Colorir, circular, sublinhar ou reescrever as instruções das tarefas, palavras mais difíceis e sinais de processos matemáticos.

Melhor planejamento da organização sequencial do pensamento

- Fazer planejamento em diversas atividades (material necessário para realização da tarefa, os intervalos de tempo, dividir as atividades, etc); estimar o tempo para a realização das atividades; ensinar os alunos esboçar um plano; selecionar, ordenar e reorganizar.
- Ensinar a criança a fazer anotações, salientar os pontos mais importantes e as dúvidas.

Princípios de intervenção para baixa produção escrita

- Reduzir o trabalho escrito ao necessário. Não fazer a criança recopiar o trabalho; permitir que o aluno copie as anotações de seus colegas ou do professor; aceitar tarefas digitadas.
- Diminuir a exigência em algumas atividades e voltar a atenção para as tarefas mais importantes e relevantes. Colorir, circular ou sublinhar partes do texto em que a criança demonstrar dificuldade; reforçar todo o bom trabalho da criança.

Princípios de intervenção para baixa auto-estima

- Atentar frequentemente para os pontos positivos e o empenho do aluno; incentivar a realização das atividades pode aumentar a disposição e a produtividade; trazer novidades para estimular e despertar a criatividade do aluno.
- Incentivar a criança a desenvolver novas habilidades; dar atenção a conduta correta da criança e não para os seus erros.

As estatísticas sobre o TDAH indicam que em cada sala de aula com 20 a 25

crianças deve haver aproximadamente uma criança com esse transtorno(Phelan, 2005), o que dificulta o trabalho do professor, pois, ele terá que dividir, acertadamente, sua atenção com o aluno com TDAH e os demais alunos da sala de aula. Para Mattos(2005) o professor tem que ter a capacidade de modificar as estratégias de ensino adequando-as ao modo de aprendizagem e às necessidades dos alunos.

Gonzalez apresenta estratégias e técnicas para facilitar o trabalho do professor em sala de aula.

1. Modificar as condições do ambiente da classe para favorecer a concentração na aula observando as seguintes recomendações:

- Quando a criança hiperativa precisar realizar atividades que exijam concentração ela deve ter a oportunidade de trabalhar sozinha em uma carteira isolada.
- A carteira deve estar perto do quadro-negro, em um lugar onde não possa haver distração (na primeira fila tem melhor visibilidade e menos distração), e próxima da mesa do professor para que este possa dar suporte quando estiver trabalhando.
- Colocar uma pasta aberta em pé sobre a mesa como se fosse uma tela enquanto realiza as atividades.
- Ter um recipiente na sala para colocar os brinquedos na primeira hora da manhã até a hora do recreio, evitando, assim, que a criança brinque com eles durante a aula.
- Deixar que a criança escute a aula em pé pode dar um alívio a sua necessidade de se movimentar.
- Colocar um cartaz na parede onde se possa colocar pontos ou estrelas ao término de cada tarefa, essa iniciativa funciona como registro de boa conduta (aumentando o rendimento da criança) e permite que a criança se movimente.
- Proibir estojos com muitos detalhes ajudará a diminuir a distratibilidade.
- Ter na sala jogos com letras, de colorir e de raciocínio lógico para as crianças que terminarem as atividades primeiro permitirá que o professor controle as

mais rápidas e motive as mais lentas.

2. Estruturar as tarefas em tempos curtos para ajudar a criança a termina-las.

- Para melhorar o rendimento em sala de aula é preciso considerar que as crianças hiperativas precisam de reforços mais frequentes, de acordo com sua baixa capacidade de concentração.
- Para solucionar este problema ao entregar uma série de exercícios ou questões o professor deve solicitar que a criança hiperativa vá até a sua mesa assim que terminar cada atividade ou questão e a incentive a finalizar as restantes.
- Com esta ação o professor estará ajustando a demanda à capacidade de atenção da criança; motivando e mostrando a criança que é possível terminar as atividades; permitindo que a criança descarregue sua hiperatividade e reforçando a criança com mais frequência.

3. Aplicar técnicas comportamentais em sala de aula. Segundo Gonzalez o professor que utiliza esta técnica diminui os problemas de organização e controle das condições de aprendizagem, tem alunos mais motivados e com melhor rendimento.

4. Aumentar as condutas positivas com as seguintes recompensas:

- Privilégios na sala de aula como apagar o quadro-negro e ajudar o professor na arrumação da sala
- Atenção do professor. O professor deve ignorar as más condutas e está atento às boas condutas. Existem várias formas de reforçar com atenção entre elas: fazer gesto de aprovação para a criança que está fazendo as atividades, dizer algumas palavras de ânimo antes de começar a aula, ter uma conversa em particular, parar e observar o trabalho de uma criança enquanto anda pela sala, etc.
- Pontos individuais (auto-reforço positivo). O professor pode dar pontos individuais para reforçar uma criança específica ou organizar um sistema de pontos com toda a classe (auto-reforço positivo coletivo).
- Pontos do grupo. Esses pontos são conquistados somente se todo o grupo conseguiu melhorar uma conduta e podem ser trocados por atividades

simples conforme a vontade de todos.

- Feedback do rendimento e os auto-registros. É importante que o professor dê as crianças oportunidade de comprovação de melhora por meio de registro ou comparação com tarefas realizadas antes e depois. Exemplos: guardar a primeira cópia realizada no início do curso; confeccionar com cartolina um marcador de livros no qual possam anotar os livros que vão lendo; auto-registros nos quais possam marcar toda vez que realizarem a conduta que se propuseram conseguir; confeccionar um cartaz para cada tabuada para que as crianças possam escrever seu nome no cartaz correspondente.
- Reconhecimento público. Deve basear-se no reconhecimento da melhoria individual e do esforço.

5. Controlar a conduta negativa na sala de aula com :

- A retirada de atenção do professor;
- O tempo sem reforço positivo
- O professor com modelo de condutas ponderadas e de autocontrole
- A utilização das auto-instruções na sala de aula
- O papel dos co-terapeutas

6. Realizar a técnica o “destaque da semana”. O destaque da semana (ORJALES, 1997 apud GONZALEZ, 2007) tem como objetivo melhorar a auto-estima da criança e mudar a imagem negativa que seus colegas possam ter dela. Consiste em selecionar uma criança a cada semana para ser destaque. Para que as outras crianças saibam quem ela é e como é a sua vida, o destaque leva fotos de sua família e de sua casa e objetos pessoais. Os pais também devem participar enviando bilhetes que relatem momentos da vida de seu filho. Depois de juntar todo material coloca-se no cartaz do destaque, que ficará exposto até o fim da semana.

Nas intervenções escolares é fundamental “A presença de professores compreensivos e que dominem o conhecimento a respeito do transtorno, a disponibilidade de sistemas de apoio e oportunidades para se engajar em atividades que conduzem ao sucesso na sala de aula são imperativas para que um aluno com TDAH possa desenvolver todo o seu potencial” (BENCZIK E BROMBERG, 2003).

#### 4. Considerações Finais

De acordo com as pesquisas desenvolvidas neste trabalho, o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, é considerado um dos mais importantes transtornos do desenvolvimento da atualidade. Considero que não existe uma causa única para o TDAH e as evidências mais aceitas entre os estudiosos etiológicos, são os fatores hereditários e neurobiológicos. Fatores ambientais também se somam as causas, conforme resultado do primeiro estudo epidemiológico sobre o TDAH no Brasil quando afirma que embora o transtorno tenha fator genético, este também tem influências ambientais. O estudo demonstrou maior incidência do TDAH entre as classes mais baixas, as quais não tem acompanhamento de saúde materna adequadas nos períodos pré, peri e pós-parto.

Por suas características de desatenção, hiperatividade(agitação motora excessiva) e impulsividade, este transtorno vem causando grande impacto negativo na vida familiar, social e acadêmica da criança, tais como baixo desempenho escolar, baixa auto-estima, dificuldades na socialização e comorbidades, podendo refletir na vida adulta se não for adequadamente diagnosticado e tratado. Neste sentido, considero fundamental a comunicação e sensibilização aos pais, professores e profissionais da saúde para maior conhecimento do transtorno e das intervenções disponíveis para, assim contextualizar suas práticas, trazendo melhorias para as crianças nas suas relações familiares e sociais e maior sucesso na vida acadêmica e profissional.

Concordo com Graczyk (2005), quando afirma que quanto maior o número de professores informados sobre o TDAH e das necessidades que os alunos com TDAH requerem, maior a sua conscientização em desenvolver uma parceria eficaz casa-escola e mais amplas as informações sobre o TDAH disponíveis na internet, melhores as chances de sucesso acadêmico dos alunos com esse transtorno.

O processo de diagnóstico do TDAH deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar (psiquiatra, psicólogo, psicopedagogo, pediatra, professores e os pais), mas somente um profissional da área de saúde mental pode dar o diagnóstico preciso e correto.

Conforme as discussões apresentadas sobre o transtorno considero de maior eficácia em curto prazo, os tratamentos farmacológicos com psicoestimulantes metilfenidato (Ritalina). Além desse, é imprescindível desenvolver paralelamente, outras modalidades terapêuticas de médio e longo prazos para o TDAH, como programas de orientação aos pais e professores, metodologias pedagógicas inclusivas visando melhor apoio e acolhimento dos alunos com o transtornos.

Outro tratamento complementar importante é a terapia cognitivo comportamental, pois abrange as áreas deficitárias da criança com TDAH e vai desenvolver a autonomia para

regular o seu comportamento emocional (autocontrole, adaptação às normas, independência, auto-estima e boas relações sociais), atitudinal (nos hábitos da vida diária, a organização), cognitivo (capacidade para selecionar a informação relevante da irrelevante, auto-avaliação, autocorreção, seleção de estratégias).

A atuação dos pais é essencial no processo de intervenções para a criança com TDAH. Esta pode garantir uma educação adequada quando os pais são participantes ativos, contribuintes e essenciais nas decisões educativas dos seus filhos. O desenvolvimento de uma parceria entre pais e profissionais envolvidos no acompanhamento das crianças com TDAH, é muito importante e decisiva na busca do equilíbrio e harmonia do desenvolvimento psico-social. Além disso, os pais também devem se educar a respeito das necessidades das crianças com TDAH assumindo um papel cada vez mais ativo no processo de desenvolvimento social, acadêmico e familiar da criança.

A meu ver, o ambiente escolar também deve ser adequado as necessidades educacionais dos alunos com TDAH, principalmente na flexibilização das normas e regras estabelecidas no projeto político pedagógico para incluir e respeitar as limitações dos alunos com TDAH, minimizando assim as experiências de fracasso, de rejeição e exclusão.

Quanto a prática docente, considero que o professor da criança com TDAH deve conhecer o transtorno e as dificuldades enfrentadas pelas crianças, para assim, ser compreensivo, atencioso e aberto ao diálogo e negociações; deve responder rapidamente ao comportamento inadequado da criança com equilíbrio emocional; deve ser bastante organizado, flexível e capaz de dirigir com criatividade as variadas atividades em sala de aula e, deve estar interessado em buscar meios para auxiliar o aluno a alcançar um melhor desempenho acadêmico e social. Também deve estruturar e organizar a sala de aulas para incluir esses alunos, adaptar as metodologias de ensino, para abranger as várias formas de aprendizado desses alunos e às suas necessidades específicas, buscando sempre atividades motivadoras e que despertem interesse nelas.

Saliento que para que haja bons resultados no tratamento, a criança com TDAH deve sentir-se acolhida, aceita e compreendida em suas dificuldades e, portanto, o trabalho multidisciplinar da família, escola e profissionais de saúde mental é fundamental.

O tema TDAH provavelmente continuará sendo pesquisado e debatido nas áreas de educação, desenvolvimento da criança e saúde mental. Com as novas descobertas acerca do TDAH, tratamentos e intervenções disponibilizados, unidos a crescente conscientização e compreensão das pessoas que fazem parte dos variados contextos vividos pela criança os resultados positivos serão mais alcançados e evidentes.

O poema cômico abaixo foi o primeiro relato de TDAH na literatura médica, publicado no jornal inglês Lancet em 1904.

*A história de Philip das Mãozinhas sem Paz*

“Deixem-me ver se Philip é capaz  
De ser um bom rapaz  
Deixem-me ver se ele vai saber  
Sentar-se quieto na hora de comer”.  
Assim papai mandou Phil se comportar,  
E muito séria mamãe parecia estar  
Mas Phil das mãozinhas sem paz  
Não fica sentado quieto jamais  
Remexe-se, o corpo, as mãozinhas  
E também dá risadinhas  
E então, posso declarar  
Para frente e para trás põe-se a balançar,  
Inclinando sua cadeira  
Como se fosse o cavalinho de madeira  
“Philip, não estou de brincadeira!”  
Vejam como é levada, e não se cansa  
Cada vez mais selvagem essa criança  
Até que a cadeira cai de vez no chão  
Philip grita com toda força do pulmão,  
Segura-se na toalha, mas agora  
Agora mesmo é que a coisa piora  
No chão cai tudo, e como cai  
Copos, garfos, facas e tudo mais  
Que caretas e choramingos mamãe fez  
Ao ver tudo aquilo cair de uma vez!  
E papai fez uma cara tão feroz!  
Philip se encontra em maus lençóis...

## REFERÊNCIAS

1. BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica: um guia de orientação pra profissionais**. 2ª edição, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002
2. BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni; BROMBERG, Maria Cristina. **Intervenções na escola**. In: ROHDE, Luis Augusto; MATTOS, Paulo et al. Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 199-218.
3. BRASIL(1996). Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB – Lei n. 9394/96.
4. BARKLEY, R. A. (2002). **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): guia completo e atualizado para os pais, professores e profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed.
5. BARKLEY, Russel A.;BENTON, Christine M..**Vencendo o transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade adulto**. Tradução: Magda França Lopes; revisão técnica: Cristian Patrick Zeni.Porto Alegre: Artmed, 2011.
6. BROWN, Thomas E. **Transtorno de déficit de atenção: a mente desfocada em crianças e adultos**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
7. CASTRO, Chary A.Alba; NASCIMENTO, Luciana. **TDAH- Inclusão nas Escolas**. Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna Ltda., 2009.
8. CYPEL, Saul. **A Criança com Déficit de Atenção e Hiperatividade: Atualização para pais, professores e profissionais de saúde**. 2. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.
9. CONDEMARÍN, Mabel; GOROSTEGUI, María Elena; MILICIC, Neva. **Transtorno do déficit de atenção: estratégias para o diagnóstico e a intervenção psicoeducativa**. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2006.
10. DSM-IV **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4ª edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
11. DUPAUL, G. J & STONER G. **TDAH nas escolas: Estratégias de avaliação e intervenção**. São Paulo: M. Books do Brasil, 2007.

12. GENES, M. **Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade/impulsividade (TDAH/I)**. In: Revista Sinpro – Dificuldades de Aprendizagem: compreender para melhor educar. Rio de Janeiro: Borelli, p.34- 42, maio/2004.
13. GONZÁLEZ, Eugenio. **Necessidades educacionais específicas**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
14. GOLDSTEIN, S. & GOLDSTEIN, M. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. 7. ed. Campinas: Papyrus Editora, 2001.
15. HALLOWEL, Edward M.; RATEY, John J. Tradução de André Carvalho. **Tendência à Distração: identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção(DDA) da infância à vida adulta**.- Rio de Janeiro: Rocco, 1999.
16. HERRERIAS. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. Novartis Biociências S/A. São Paulo: s/d.
17. MATTOS, P. No Mundo da Lua: **Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos**. 4ª ed. - São Paulo: Lemos Editorial, 2005.
18. MATTOS, P. No Mundo da Lua: **Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos**. 7ª ed.I - São Paulo: Lemos Editorial, 2007.
19. PENNINGTON, Bruce F.. **Diagnósticos de distúrbio de aprendizagem: um referencial neuropsicológico**. São Paulo: Pioneira, 1997.
20. PHELAN, Thomas W.. TDA/TDAH – **Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade**. São Paulo: M.Books do Brasil Editora Ltda, 2005.
21. ROHDE Luis Augusto; MATTOS, Paulo et al. **Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
22. SANTOS, Elias Sousa dos... [et al.]. **Educação Inclusiva, deficiência e contexto social: questões contemporâneas**. Salvador: EDUFBA, 2009.

23. SAMPAIO, Simaia. **Dificuldades de aprendizagem: a psicopedagogia na relação sujeito, família e escola.** Rio de Janeiro: Wak Ed, 2009.
24. STALLARD, Paul. **Bons Pensamentos- Bons Sentimentos: Manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes.** Porto alegre: Artmed, 2004.
25. THOMPSON, R. **Refletindo sobre a Educação Inclusiva no Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.** in: Revista Sinpro – Dificuldades de Aprendizagem: compreender para melhor educar. Rio de Janeiro: Borelli, p.78-87, maio/2004.
26. <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/diagnostico-criancas.html>
27. <http://pt.wikipedia.org/wiki/Voli%C3%A7%C3%A3o>