

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO-FACED
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INCLUSÃO DA CRIANÇA
ESPECIAL NO ENSINO REGULAR

DÉFICIT DE ATENÇÃO /HIPERATIVIDADE: MITOS E
DESAFIOS.

Maria de Jesus Queiroz de Alencar

Fortaleza,
Outubro/2003

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO-FACED
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INCLUSÃO DA CRIANÇA
ESPECIAL NO ENSINO REGULAR**

DÉFICIT DE ATENÇÃO /HIPERATIVIDADE: MITOS E DESAFIOS.

Maria de Jesus Queiroz de Alencar

Monografia apresentada à Universidade Federal do Ceará,
Departamento de Educação como requisitos para ingresso no
curso de Especialização em Inclusão da Criança Especial no
Ensino Regular

Fortaleza,
Outubro/2003

RESUMO

Os portadoras do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade-TDAH costumam ser rotuladas como:desatentas, impulsivas, com atividade motora excessiva, incapazes de seguir normas e orientações determinadas. O meio científico acredita que o TDAH decorre de uma raiz central: a deficiência da inibição. Refere-se ainda a três problemas na capacidade de um indivíduo controlar o seu comportamento: dificuldade em manter sua atenção, controle ou inibição de impulsos e da atividade motora excessiva. Suas atitudes, comportamentos sem a assistência educacional devida favorecem o estabelecimento de relações conflituosas desadaptadas ao meio circundante, desenhando um sofrido percurso que pode iniciar com o fracasso escolar e culminar com a marginalização e exclusão social. Trata-se de um dos transtornos mentais mais freqüentes em crianças na idade escolar, atingindo de 3% a 5% da população estudantil. O conhecimento das causas tem progredido consideravelmente desde a metade da década de 1980. Os fatores biológicos(anormalidades no desenvolvimento cerebral) configuram a causa do TDAH. Até o momento, estudos evidenciam a existência da contribuição genética para suas anormalidades, sendo considerada mais determinante que a dos agentes ambientais ou dos fatores puramente sociais. Nessa perspectiva, os fatores neurológicos geneticamnte determinados são apontados como a causa mais importante na explicação desse problema.Os pais dos portadores desse transtorno são frequentemente responsabilizados acerca da educação a eles dispensados, daí serem julgados como descuidados, permissivos e negligentes. Adentrar no universo que rodeia os portadores de TDAH é imprescindível para incluí-los no seu contexto familiar, escolar e social.

DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTO

A **Deus**, centro de tudo.

À **minha família**, tesouro da minha vida.

Aos **amigos**, companheiros de incentivo e paciência, certo de que presente ou ausente, a lembrança e o carinho são constantes.

A **orientadora Maristela Laje**, presságio de nova amizade, tão afável e disponível.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	
2. TRANSTORNO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE	
2.1 Histórico	
2.2 Conceito	
2.3 Senso de passado e futuro	
2.4 Discurso autogerido	
2.5 Separação de fatos e sentimentos	
2.6 Internalizando a motivação	
2.7 Fragmentando e recombinando a informação	
2.8 Características da TDAH	
<u>2.8.1 O que é atenção</u>	
<u>2.8.2 Dificuldades para Manter a Atenção</u>	
<u>2.8.3 O que é Impulso?</u>	
<u>2.8.4 Dificuldades em Controlar os Impulsos</u>	
<u>2.8.5 Hiperatividade</u>	
<u>2.8.6 O comportamento excessivo</u>	
<u>2.8.7 Dificuldades em Seguir Instruções</u>	
<u>2.8.8 Fazendo um trabalho inconsciente</u>	
3. AS CAUSAS DO TRANSTORNO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE	
3.1 Natureza do Transtorno	
3.2. O que Causa o TDAH	
<u>3.2.1 Baixa Atividade Elétrica</u>	
<u>3.2.2 Menor Fluxo Sanguíneo</u>	
<u>3.2.3 Agentes do Meio Ambiente</u>	
3.2.3.1 Substâncias Cons. Durante a Gravidez	
3.2.3.2 Exposição ao Chumbo	
3.2.3.3 Hereditariedade e TDAH	
3.3. Os Mitos	
<u>3.2.4 Não é Algo que Eles comem</u>	
<u>3.2.5 Enjôo e TDAH</u>	
<u>3.2.6 Fungos Podem Causar TDAH</u>	
3.4. Má Condução de Paternidade ou Família Caótica Podem Causar TDAH	
3.5 Excesso de Televisão	
4. O CONTEXTO FAMILIAR DA CRIANÇA COM TDAH	
4.1 A família lidando com o diagnóstico	
4.2 As interações de Criança com TDAH e Suas Mães	
4.3 As interações de Criança com TDAH e Seus Pais	
4.4 As interações de Criança com TDAH e Seus Irmãos	
4.5 Como o TDAH Afeta as Interações Entre Pais e Filho	
4.6 Quatorze princípios para cuidar de uma criança com TDAH	
5. CONSIDERAÇÕES SOBRE O AMBIENTE ESCOLAR E UM RELATO DE UM CASO	
5.1 Estudo de um Caso	
5.2 Dados de Identidade de Instituição	

6. CONCLUSÕES
7. BIBLIOGRAFIA
8. ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

"Tudo começou pela sua hiperatividade (...). Ela não conseguia ficar sentada no chão por muito tempo, brincar de boneca. Iniciava uma brincadeira e rapidamente partia para outra. Não ficava muito tempo na brincadeira".

O relato dessa mãe nos coloca diante de uma problemática que atinge de 3 a 5% das crianças em idade escolar: o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH.

Segundo Goldstein (1994), nos últimos 100 anos, os problemas característicos de Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade têm sido categorizados e rotulados de formas muito distintas. Em diversos momentos, do século XIX, tem se referido às crianças com esse transtorno como acometidas de inquietação, falha no controle moral, disfunção cerebral mínima, distúrbio pós-encefálico, lesão cerebral mínima, hipercinese, dentre outros. Até 1980, hiperatividade era o termo usado pela comunidade profissional para descrever a criança desatenta, excessivamente ativa e impulsiva. De 1980 até 1987, a American Psychiatric Association modificou o rótulo de diagnóstico de reação hipercinética da infância para distúrbio de déficit de atenção. Durante esse período a criança poderia ser considerada impulsiva e desatenta sem ser excessivamente ativa. Em 1987, o sistema diagnóstico foi novamente alterado e as deficiências dessas crianças foram oficialmente denominadas de distúrbio da hiperatividade com déficit de atenção.

Embora problemas de comportamentos de agitação e falta de atenção em crianças e adultos está longe de ser uma singularidade; trabalhos científicos sobre o assunto estão sendo realizado desde o começo do século XX, como uma pesquisa efetuada pelo médico G Still em 1902. Constata-se porquanto, a precisão para muitas respostas sobre o Transtorno de Déficit de Atenção.

Sobre esse Transtorno, Russel A. Barkley (2000, p.35) afirma que: *"(...) é um transtorno de desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com os períodos*

de atenção, com o controle do impulso e com o nível de atividade. Tem uma raiz central: a deficiência da inibição". Partilhando da mesma compreensão, Still (1902) acredita *que o TDAH se origina de um déficit fundamental em sua habilidade de inibir o comportamento.*

Nessa incapacidade do indivíduo de controlar sua conduta, surgem três problemas primários, que fundamentam o TDAH: dificuldades em manter atenção, controle ou inibição dos impulsos e atividade motora excessiva.

À vista disso, é imprescindível conhecer essa criança, *"ver o mundo através dos seus olhos"*, para compreendê-la de acordo com seus limites, medos, ansiedades. O desconhecimento sobre o universo que envolve a criança com Déficit de Atenção/Hiperatividade, tem levado muitos a severos juízos, a fragmentados julgamentos. Pais, educadores, colegas que lidam diretamente com essas crianças, vêm-se angustiadas, por vezes frustradas, por não saberem como lidar com seus comportamentos, por não compreenderem suas reações. Uma das maiores angustias experimentadas por essas, dizem respeito principalmente aos rótulos a elas atribuído: *"problemáticos", "desmotivados", "avoados", "malcriados", "irresponsáveis", "indisciplinados"* ou até mesmo *"pouco inteligentes"*.

Por conseguinte, faz-se mister conhecer esse transtorno para compreendê-lo melhor, conhecer para instrumentalizar pais, educadores como trabalhar com essa problemática. Logo, urgência para investigar esse transtorno, descobrir meios, oferecer subsídios, eficientemente aos pais, educadores para adentrarem no universo do portador de Déficit de Atenção/Hiperatividade e inclui-lo no contexto familiar, social, cultural e profissional.

O primeiro capítulo apresenta de forma clara, objetiva a raiz central do Transtorno Déficit de Atenção/Hiperatividade que é a incapacidade de inibir um comportamento, valendo-se da pesquisa e estudo de alguns pesquisadores (Bronowsky, 1978; Barkley, 2000). Descreve ainda os três veios que caracterizam esse transtorno: desatenção, impulsividade e

atividade motora excessiva. Acrescenta-se por fim os subtipos de TDAH que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV apresenta como aceitos pela comunidade científica.

O segundo capítulo trata das possíveis causas que desencadeiam o TDAH, referindo-se primeiramente a agentes internos para a seguir descrever agentes externos. Apresenta ainda os diversos mitos que surgiram ao longo da história nas investigações e estudos sobre esse problema.

O terceiro capítulo refere-se ao contexto familiar da criança com TDAH, refletindo desde impressões experimentadas com a comprovação do diagnóstico, às relações com os familiares dessa criança e seus desafios. Sugere por fim, de acordo com Barkley (2000), quatorze princípios para lidar com essa criança em casa.

O quarto capítulo pretende discutir algumas considerações importantes a cerca da estrutura física e orientações pedagógicas para acolher numa classe de ensino regular a criança com TDAH. Apresentando finalmente, o resultado da observação de uma criança comprovadamente diagnosticada como portadora desse transtorno.

Na conclusão desta monografia, apreciamos, nomeadamente as mudanças de perspectivas que influenciaram o desenvolvimento da educação, em termos de características e que, por esses fatos, deverão merecer atenção e estimulação na escola. Nesse sentido, cuidar positivamente dos alunos com TDAH, constitui uma maneira de proporcionar escolas para todos.

2. TRANSTORNO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

2.1 Histórico

Problemas com comportamentos de agitação falta de atenção em crianças e igualmente adultos são considerados como resultado de uma grande variedade de fatores, uns inerentes à criança outros ao meio e alguns outros à situações ulteriores, relacionados à maneira como a escola concebe esses alunos e conseqüentemente, como redefinem suas necessidades em termos de currículo e utilização pelos professores de práticas facilitadoras de aprendizagem.

Os primeiros escritos sistemáticos com problemas de controle dos impulsos, atividade motora excessiva surgem nos finais do século XIX e início do século XX (Still, 1902; Meyer, 1904).

Still (1902) foi, talvez, o primeiro a descrever um conjunto de sintomas considerados constitutivos das manifestais fundamentais do TDAH. Estava convicto da origem orgânica do problema de uma predisposição biológica. Observou um grupo de 20 crianças que se comportavam de maneira excessivamente emocional, desafiadora, passional e agressiva e que mostravam-se resistentes à qualquer tipo de ação com o objetivo de equalização de seus comportamentos. O grupo tinha uma proporção de três meninos para cada menina e era composto de crianças que não apresentavam indícios de maus tratos pelos pais. Still (1902) especulou que devido à ausência de maus tratos, seus problemas deveriam ser de origem biológica. A hipótese ganhou mais força ainda quando Still (1902) observou que alguns membros dessas famílias das crianças eram portadoras de problemas psiquiátricos como depressão, alcoolismo, problemas de conduta, dentre outros. (HALLOWELL et al., 1994)

O simples fato que Still propôs uma base biológica para o problema, embora a evidência definitiva ainda demorou mais algumas décadas para ser aceita pela comunidade científica. Antes disso, as crianças e os pais eram considerados responsáveis pela “falha

moral” e o tratamento era freqüentemente realizado mediante o de castigos e punições físicas. Os manuais de pediatria da época eram repletos de explicações de como bater em crianças e afirmavam a necessidade deste tipo de tratamento.

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

Em 1934, Kahn & Cohen publicaram um artigo no famoso “The New England Journal of Medicine” afirmando que havia uma base biológica para a hiperatividade alicerçada em um estudo realizado com pacientes vítimas da epidemia de encefalite de 1917 a 1918. Os autores deste artigo foram os primeiros a demonstrar uma relação entre uma doença e os sintomas do TDAH.

Em 1937, Bradley mostrou mais uma linha de relação do TDAH com o biológico através da descoberta acidental de que alguns estimulantes, as anfetaminas, ajudavam crianças hiperativas a obter maior concentração. Esta descoberta foi contrária à lógica tradicional, pois os estimulantes em adultos produziam um aumento da atividade no sistema nervoso central, enquanto o inverso acontecia em crianças com TDAH. O por quê desse fenômeno ainda iria permanecer por mais algumas décadas sem resposta.

Posteriormente, as pessoas com este problema receberam uma nova e obscura descrição: “Disfunção Cerebral Mínima” passaram a ser tratadas com dois estimulantes que tinham demonstrado eficácia no tratamento do problema (Ritalina e Cyclert).

Em 1957, MauriceLaufer tentou associar os problemas da “*síndrome hiperkinética*” com o tálamo, estrutura cerebral responsável pela filtragem de sinais somáticos provenientes

do resto do corpo. Embora essa hipótese não pudesse ser comprovada, dava-se início à ligação entre o TDAH e alguma estrutura cerebral.

Nos anos 60, as observações clínicas tornaram-se mais apuradas e tornando-se cada vez mais evidente para a comunidade científica, que a síndrome tinha alguma origem biológica e talvez até genética, absolvendo definitivamente os pais da culpa do problema, entretanto a população em geral continuou culpando os pais, como acontece até hoje em populações menos informadas.

No final dos anos 60, conhecia-se muito, sobre o TDAH, mas diante da ausência de novas evidências ligando a síndrome à bases biológicas, desencadearam-se discussões sobre a existência dessa síndrome. Acreditava-se que o transtorno era culpa dos pais por mimarem e não imporem limites seus filhos. Depois deste período de incertezas, novas descobertas começaram a ser feitas ligando os problemas do TDAH com certos tipos de neurotransmissores.

Em 1970, Kornetsky propôs a hipótese de que o TDAH poderia estar ligado a problemas de certos neurotransmissores, como a Dopamina e a Noroepinefrina. Embora a hipótese seja coerente, as pesquisas realizadas desde então na comprovação dessa hipótese, ainda não chegaram a resultados conclusivos. Mesmo sem saber qual o neurotransmissor específico ligado ao TDAH, muitos pesquisadores acreditam que esse transtorno resulta de um problema de desequilíbrio químico no cérebro. e estudos recentes parecem, confirmar essa hipótese devido a aparente melhora obtida pela psicofarmacologia.

Na década de 1980, vários autores como Mattes & Gualtieri e Chelune (apud HALLOWEL et al.) especularam sobre o envolvimento dos lobos frontais no TDAH devido à semelhança de sintomas apresentados por pacientes de TDAH e àqueles que sofreram danos aos lobos frontais devido à acidentes ou outros problemas. Em 1984, LOU (apud HALLOWEL et al.) encontrou evidências de uma deficiência de circulação sanguínea nos

lobos frontais e no hemisfério esquerdo de pessoas portadoras de TDAH. Todos esses achados foram confirmados em 1990 por ZAMETKIN (apud HALLOWEL et al.) graças ao desenvolvimento de novas tecnologias, como a Tomografia por Emissão de Positrões-PET, que exibem o funcionamento do cérebro “in vivo”. Através de exame de PET, comparativos entre pessoas diagnosticadas com TDAH e controles, ZAMETKIN observou que o cérebro de pessoas com TDAH tinham um consumo de energia cerca de 8% menor do que o normal e que as áreas mais afetadas eram os lobos pré-frontais e pré-motores, responsáveis pela regulação e controle do comportamento, dos impulsos e dos atos baseados nas informações recebidas de áreas mais primitivas do cérebro como o tálamo e o sistema límbico. Conforme estas novas evidências, ficando claro que o TDAH estava realmente associado as alterações no metabolismo cerebral, findando definitivamente com a dúvida sobre a real existência do transtorno e sua ligação biológica. (apud LAGES BASTOS).

2.2 Conceito

Barkley (2000) sobre o conceito de TDAH assinala que:

“O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, constitui-se um transtorno de desenvolvimento do autocontrole, que consiste em problemas com os períodos de atenção, controle do impulso e o nível de atividade.” (p.35)

Trata-se de um dos transtornos mentais mais freqüentes em crianças na idade escolar, atingindo cerca de 3 a 5% da população estudantil.

As crianças portadoras de TDAH ultrapassam o animado limite das travessuras divertidas, deixam de ser adoráveis, “*danadinhos*” e transformam-se em um verdadeiro transtorno na vida dos pais, professores e das pessoas com quem convivem. Com assiduidade, desprezam as regras de convívio social – normas estabelecidas numa instituição – devido às

reações adversas, dos comportamentos desafiadores, rotulados de “*problemáticos*”, “*malcriados*”, “*maleducados*”, “*pouco inteligentes*”, de “*má índole*”. No entanto, é preciso esclarecer que esses adjetivos discriminativos, apenas prejudicam seu crescimento global.

Vale insistir, que com certa frequência seus pais são responsabilizados acerca da educação a elas dispensados, por isso são serem julgados como descuidados, permissivos, amorais, negligentes e desamorosos. Nesse sentido, faz-se necessário alertar que a criança precisa de mais disciplina, organização e de um ambiente com mais limites. São essas, por conseguinte, as conclusões das pessoas leigas com relação aos familiares das crianças com TDAH: reagem com ceticismo, vendo o diagnóstico como uma desculpa dos pais para fugir da responsabilidade dos cuidados dos filhos e tentar colocar a criança como um outro tipo de vítima, sem culpa e sem responsabilidades por suas ações.

Não existem diferenças aparentes das crianças com TDAH de outras tidas como normais. Não há nenhum sinal exterior de que algo esteja fisicamente errado com o sistema nervoso central ou com seu cérebro, apesar de que (Barkley, 2000) acredita que seja uma imperfeição no cérebro que provoca a movimentação constante e outros comportamentos que as pessoas julgam tão intoleráveis numa criança com TDAH.

“O TDAH é um transtorno da capacidade da criança em inibir reações imediatas ao impulso, assim como em usar seu autocontrole em relação ao tempo e ao futuro. Ou seja, aqueles com TDAH sofrem de uma incapacidade de usar o senso temporal sobre o passado e o futuro, para guiar um comportamento.”(Barkley, p.15)

A criança com TDAH possui uma noção de tempo diferente das outras. O tempo lhe “*escapa das mãos*” e sendo incapazes de lidar com este com a mesma eficácia e eficiência das demais da sua faixa etária. Da perspectiva da criança é sempre “*agora*”, o momento, e se ela somente consegue focar o momento, faz sentido agir impulsivamente. A criança com esse

transtorno simplesmente quer fazer o que é prazeroso, divertido no momento, e negar, fugindo do que não esteja reforçando o desejado naquela ocasião. Essa situação, porém, pode ser complicada quando a criança não é capaz de se libertar do controle do momento e se permitir receber a influência do futuro. Essa compreensão do TDAH nos faz entender muitas das suas reações, atitudes, comportamentos; dignificando significativamente sua condição de portador desse transtorno ; explica ainda porque nem sempre eles são capazes de agir como os outros e de fornecer uma base para respeitá-los, e compreender como o TDAH interfere na vida de um portador desse transtorno.

Segundo Barkley (2000) estudos com crianças indicam que a capacidade de inibir um comportamento começa a se desenvolver próximo ao fim do primeiro ano de vida e continua pelos próximos 20 a 30 anos. Com o amadurecimento, podemos atrasar nosso comportamento frente a situações por períodos de tempo cada vez mais longos antes de finalmente reagir.

De acordo com Bronowsky (apud BARKLEY, 2000), possuímos a capacidade de esperar por períodos de tempo mais longos que outras espécies antes de dar uma resposta. Ser capaz de inibir nossa ansiedade imediata para responder e esperar por um tempo, permite-nos (1) criar um senso de passado e um senso de futuro; (2) falar para nós mesmos e usando esse discurso para controlar nosso próprio comportamento; (3) separar emoções de informações frente a nossa avaliação de eventos e (4) quebrar as informações ou mensagens que chegam em partes.

Serão apresentados mais detalhadamente, os cinco processos mentais que fluem a partir da habilidade de inibir nosso comportamento.

2.3 Senso de Passado e Futuro

Bronowsky (1977) argumenta que nossa habilidade de retardar respostas nos proporciona a capacidade de manter um acontecimento ou informação viva em nossa mente por algum tempo após ele ter ocorrido, através da memória de curto prazo. Isso nos permite pensar sobre o evento, estudá-lo cuidadosamente, e compará-lo com nossa memória de experiências passadas. Essas referências do passado podem nos guiar para o entendimento e respostas aos acontecimentos do momento;

Pensar sobre o nosso passado permite-nos criar o que Bronowsky (1977) denominou futuros hipotéticos. Formulamos hipóteses, suposições sobre o que está por acontecer, porquanto pensamos sobre nosso passado e o utilizamos para desenvolver idéias sobre o futuro. Usamos assim o nosso senso do passado para criar um senso de futuro.

O TDAH caracteriza-se por uma incapacidade de inibição de comportamento e de retardar a resposta frente a um estímulo, nesse sentido a teoria de Bronowsky (1977), afirma que pessoas com TDAH devem possuir um senso mais limitado do passado e, como conseqüência, um senso mais estreito do futuro. Como reclamam freqüentemente os pais, crianças com TDAH não parecem aprender com os próprios erros e sucessos. Barkley (2000) acredita que devido à rapidez em responder a um estímulo e situação, não conseguem se transportar a experiências passadas e considerar o que essas teriam para ensinar sobre os eventos presentes. Essencialmente isso significa que crianças com TDAH possuem uma visão míope do futuro.

As pessoas que apresentam TDAH são criaturas do momento. Estão menos preparados para o futuro. Por um lado não parecem tão limitados pelo medo do futuro como muitos de nós.

Por conta do déficit na capacidade de inibir o comportamento, pessoas com TDAH não apenas são míopes em perceber o que se apresenta à sua frente e à frente dos outros, como

também não conseguem ter um desempenho tão bom quanto o deles: Seria culpar um cego por não ver, um surdo por não ouvir, e uma pessoa com TDAH por seus problemas de antecipação e planejamento do futuro. Essas pessoas facilmente são rotuladas de descuidadas, negligentes, inseguras, imaturas e aventureiras.

“O senso alterado de tempo nos portadores de TDAH, (...) faz com que se sintam como se o tempo estivesse passando muito mais vagorosamente do que passa na realidade. (...) Sem senso de futuro, é difícil protelar a gratificação. (Barkley, 2000 – p.69)”. Para eles significa que a maioria dos acontecimentos parecem levar mais tempo do que esperam, acontecem num outro ritmo, o que é sabidamente frustrante. Sem uma percepção do futuro, é difícil para ele adiar; a recompensa, se não vislumbra o que vem depois, complicado retardar a resposta e prorrogar a satisfação.

2.4 Discurso Autodirigido: A Voz de Nossa Mente e Nosso Autocontrole

Segundo Barkley (2000) outra realidade que surge por sermos capazes de inibir ou retardar nossas respostas é dar tempo para falar com nós mesmos. Bronowsky (1977) aponta que todas as outras espécies utilizam a linguagem para comunicação. Somente os humanos desenvolveram a capacidade de usar a linguagem para se comunicar consigo próprios.

Sobre a evolução no processo de construção da linguagem da criança, Barkley(2000) refere:

“Observamos essa habilidade se desenvolver em crianças. Elas evoluem do falar com outros quando bebês para o falar alto consigo próprias enquanto brincam durante seus últimos anos pré-escolares para, gradualmente, falar consigo mesmas subvocalmente (para que outros não ouçam) durante os anos escolares iniciais. Por fim, elas acabam temendo falar consigo próprias e com suas vozes mentais para que não seja detectado nenhum autodiscurso – é o denominado discurso internalizado.” – p.70)

Evoluindo o discurso antes dirigido a outros para aquele direcionado a si próprio, o indivíduo passa do ato de apenas descrever as coisas para o de direcionar, dar instruções a si

mesmo. Abre-se a possibilidade de nortear e controlar o comportamento através de instruções auto-dirigidas. Como resultado, o autodiscurso direciona nossos planos e objetivos.

A habilidade de usar a linguagem para controlar o comportamento, de acordo com Barkley (2000), denominamos de comportamento guiado por regras. Quando estabelecemos planos para o futuro, determinamos metas, objetivos para nós mesmos e direcionamos nossas atitudes de acordo com esses planos. Estamos usando, então, o comportamento guiado por regras. Que nos auxilia diante de situações momentâneas, circunstâncias imediatas a não responder de forma incoerente e arbitrária.

Segundo pesquisas atuais sobre o TDAH, pode-se afirmar com segurança que as áreas do autodiscurso e comportamento guiado por regras são deficientes para esses indivíduos. “A realização do trabalho inconsciente é uma marca legítima do TDAH” (Barkley, 2000). Isso também pode ajudar a explicar o motivo pelo qual crianças com TDAH falam muito se comparadas a outras, seu discurso é menos interiorizado e privado. A pessoa com TDAH mostra-se constantemente controlada pela promessa do que lhe parece mais recompensador no momento. São rotuladas como imaturas, exatamente por serem mais fáceis de se deixar controlar eventos momentâneos e conseqüências imediatas do que outras da mesma idade, haja vista, não possuem a habilidade de seguir regras, falar consigo próprias, usar procedimentos, normas para controlar seu próprio comportamento e, eventualmente, estabelecer suas próprias regras quando se encontram frente a problemas.

2.5 Separando Fatos de Sentimentos

Barkley (2000) nos alerta que:

“Ser capaz de inibir ou de não ansiar por responder, esperando, dá tempo a nosso cérebro para dividir as informações que chegam em duas partes: o significado pessoal do evento (nossos sentimentos e reações emocionais) e a informação ou conteúdo do evento.” (Barkley, 2000 – p.72)

Nessa perspectiva, em um evento torna-se imprescindível avaliar e retardar a resposta para organizar e formular atitudes, reações, mesmo as emocionais, para que sejam mais adequadas à situação. Essa capacidade nos possibilita avaliar mais objetivamente, racionalmente, como uma personagem neutra, externa ao evento. Mais do que as outras espécies, essa capacidade de esperar e avaliar melhor permite-nos perceber o mundo mais objetivamente.

Essa teoria de Bronowsky (1977) parece explicar porque crianças com TDAH comparadas a outras são tão emocionais. A incapacidade de inibir seus sentimentos frente a uma situação e, por não se permitirem tempo para separar sentimentos de fatos, são impulsivos, incoerentes regidos pelas emoções. Essa realidade resulta em hostilidade social, rejeição, punição e por serem vistos como, emocionalmente imaturos, embora pessoas com TDAH, ainda segundo ele, sejam capazes de aprender conscientemente a inibir seu comportamento em determinadas circunstâncias, embora requeira grande esforço.

As pessoas portadoras de TDAH “(...) serão demasiadamente passionais e emocionais em suas ações (...)” (Barkley, p.73). Por responder demasiadamente rápido, não controlando seus impulsos ao agir, terão problemas de adaptação em situações em que precisam ser frias, não-emocionais, calmas e objetivas. Nas áreas em que a expressão emocional é uma vantagem, como a arte ou nas humanidades, ou ainda em negociação e vendas, em que é desejável uma convicção apaixonada, pessoas com TDAH poderão brilhar.

2.6 Internalizando a Motivação

De acordo com Barkley (2000), quando crianças sem TDAH desenvolvem autocontrole emocional, parte do que estão fazendo é internalizar suas emoções e mantê-las distantes do conhecimento das pessoas. Essa habilidade de manter emoções guardadas ou internalizadas enquanto as vivenciamos e buscamos moderá-las pode levar-nos a modificá-las

de acordo com as circunstâncias, com realidade que se apresenta, antes de exibi-las aos outros.

Apesar da internalização das emoções ser importante por muitas razões, indicam-nos se percebemos algo como positivo, negativo ou desagradável, e essa percepção nos impulsiona ir adiante ou parar, modificando para alguma coisa melhor.

“(...) crianças que não podem internalizar suas emoções estão automaticamente desenvolvendo a habilidade para internalizar sua motivação. Essa facilidade é a origem do que muitas pessoas denominam motivação intrínseca e do que outros podem denominar impulso, persistência...”
(Barkley, p.74).

Quando crianças, necessitamos de encorajamento, recompensas ou outros incentivos para prosseguirmos em nossas ações, nossos objetivos; quando maiores somos motivados internamente por nossas metas a caminharmos em direção a um alvo, sendo capazes de resistir a acontecimentos que podem ser distrativas, e de ainda continuar motivadas mesmo na ausência de incentivos, recompensas.

Essa revelação nos ajuda a compreender porque crianças com TDAH tem tantos problemas com persistência, ou o que outros chamam de pequena capacidade de atenção. A questão não é realmente a atenção, mas a automotivação; essas crianças não conseguem criar motivação individual interna tão bem como outras e, por esse motivo, não conseguem ser perseverantes em atividades, objetivos, instruções tão bem quanto os outros quando é ofertado apenas um pequeno incentivo ou motivação. Dependem de fontes externas de motivação. Ajudar essa criança a realizar uma tarefa significa, por conseguinte, proporcionar meios adicionais de motivação, por vezes artificiais, como recompensa.

2.7 Fragmentando e Recombinando a Informação

Consoante Barkley(2000):

“A última habilidade mental importante que Bronowsky (1977) atribuiu à capacidade de inibir nosso comportamento e esperar para responder relaciona-se ao uso interno do

discurso e consiste de duas partes: a habilidade de quebrar a informação ou mensagem que recebemos em partes ou unidades menores (análise) e a habilidade de recombinar essas partes em mensagens ou instruções inteiramente novas (síntese).” (p.74)

Essa habilidade inicialmente nos coloca capazes de decompor e analisar as informações que recebemos em partes e secundariamente recombiná-las com possibilidades quase infinitas de formas e, assim, escolher a mensagem de saída que melhor se adequa naquele momento. Bronowsky (1977) denomina esse processo como reconstituição. As crianças com TDAH não usam tão bem o processo de reconstituição como as outras. Pesquisas revelaram que essas durante brincadeiras não avaliam ou exploram objetos tão bem quanto às outras da mesma idade e mostraram ainda sua limitação em encontrar o máximo de soluções num curto espaço de tempo.

2.8 Características do TDAH

As características básicas do TDAH podem ser sintetizadas particularmente como: um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais frequente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento. Alguns sintomas hiperativo-impulsivos que causam prejuízo poderiam estar presentes antes dos 7 anos, mas muitos são diagnosticados depois, após a presença dos sintomas por alguns anos.

A comunidade científica acredita que o TDAH se refere a três problemas na capacidade de um indivíduo controlar o seu comportamento: dificuldades em manter sua atenção, controle ou inibição de impulsos e da atividade excessiva. Outros profissionais, como Barkley (2000), reconhecem que aqueles com TDAH possuem dois problemas adicionais: dificuldades para seguir regras e instruções e variabilidade extrema em suas respostas a situações, particularmente tarefas ligadas ao trabalho. Pesquisadores concordam, segundo Barkley (2000), que a inibição do comportamento é o problema central para a maioria das crianças portadoras desse transtorno.

Vale referir que cada um dos problemas primários apontados anteriormente, são enriquecidos por Barkley: a compreensão dos fenômenos da ATENÇÃO, do IMPULSO e da ATIVIDADE MOTORA EXCESSIVA, configurando-se a incapacidade de inibição desses aspectos o tripé que fundamenta o TDAH.

2.8.1 O Que é Atenção?

Muitas controvérsias surgiram na formulação do conceito de atenção. Todos presumem que sabem o que seja atenção. Mas sabem mesmo? Este dilema resulta certamente do fato de que a atenção, segundo Ross (apud GOLDSTEIN & GOLDSTEIN,1992), constitui-se um evento oculto que não pode ser controlado diretamente. O que chamamos de atenção tem uma variedade de aspectos e, assim, pode significar coisas diferentes para pessoas diferentes.

Nesta conjuntura, Fonseca (1995) conceitua atenção como:

“A atenção compreende uma organização interna (proprioceptiva, tático-quinestésica) e externa (exteroceptiva, visual e auditiva) de estímulos, organização essa indispensável à aprendizagem, caso contrário as mensagens sensoriais são recebidas, mas não integradas.”(p.254)

Em 1970, Berlyne (apud GOLDSTEIN & GOLDSTEIN,1992) apresentaram importante contribuição para esse campo, auxiliando na diferenciação dos múltiplos significados de atenção e sugerindo que o uso da palavra seja limitado ao processo que se chama de atenção seletiva. Segundo ele, a qualquer momento, uma pessoa recebe estímulos de grande número de fontes e através de cada receptor dos sentidos. As fibras nervosas visuais, auditivas, táteis, cinestésicas e proprioceptivas estão levando constantemente impulsos que muitas vezes requerem respostas conflitantes, mutuamente incompatíveis. Ocorreria então, o caos do comportamento, caso a pessoa não apresentasse capacidade para selecionar entre esses impulsos e atender a um impulso ou a um limitado número deles a um só tempo. A atenção seletiva ajuda-nos a limitar o número de estímulos que manipulamos em

qualquer ocasião. Sem essa capacidade, o homem ver-se-ia completamente dominado pelo estímulo e incapaz de produzir uma resposta adequada. Uma criança que atenda e responda não somente aos estímulos que o professor considera importantes, mas a muitos outros estímulos dispensáveis ou irrelevantes, pode ser considerada como criança hiperativa e distraída.

Ross (apud GOLDSTEIN e GOLDESTEIN, 1992) fala ainda da atenção hiperexclusiva ou atenção superseletiva (a resposta ao estímulo que ocorre mais em função das características do estímulo que “colhem” a atenção da criança do que de qualquer seleção (voluntária) por parte da criança.; enquanto atenção hiperinclusiva atende a muitos aspectos de uma situação de estímulo, mais do que o mínimo essencial para a percepção das características distintas a esse estímulo.

2.8.2 Dificuldade para Manter a Atenção

Pais e educadores freqüentemente descrevem as crianças com TDAH da seguinte maneira:

“Ela muda de uma atividade incompleta para outra.”

“M.C. não consegue brincar de boneca com a irmã(...) Ela não consegue ficar sentada no chão brincando durante muito tempo.”

“Minha filha realiza uma atividade, mas com o meu acompanhamento, pois fica insegura sozinha”.

“M.C. não consegue se concentrar por muito tempo e se distrai com facilidade”.

“Meu filho parece não me ouvir”.

“Minha criança não termina tarefas que lhe são designadas”.

“Ela é freqüentemente confusa ou parece estar num nevoeiro”.

Tudo isso se refere a problemas relacionados à atenção e concentração. Assim, o TDAH é compreendido como um transtorno que envolve uma dificuldade significativa com prestar atenção, período de atenção ou persistência do esforço.

O DSM –V nos oferece uma interessante definição sobre a desatenção:

“(…) pode manifestar-se em situações escolares, profissionais ou sociais. Os indivíduos com este transtorno podem não prestar muita atenção a detalhes ou podem cometer erros por falta de cuidados nos trabalhos escolares ou outras tarefas. O trabalho freqüentemente é confuso e realizado sem meticulosidade nem consideração adequada. Os indivíduos com freqüência tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas e consideram difícil persistir em tarefas até o seu término. Eles freqüentemente dão a impressão de estarem com a mente em outro local, ou não escutam o que recentemente foi dito. Os indivíduos diagnosticados com este transtorno podem iniciar uma tarefa, passar para outra, depois voltar a atenção para outra coisa antes de completarem qualquer uma de suas incumbências...” (p.77)

Ratey & Johnson (1997) acreditam que: “(…) o TDAH seja uma falha no sistema de atenção que cria dificuldades para a criança ou para o adulto (...) Como o TDAH muda de um extremo de atenção ao outro, de pouquíssima a demasiada atenção, alguns profissionais não gostam do rótulo “déficit de atenção”, que consideram, com razão, uma designação incorreta. O problema é mais uma inconsistência de atenção do que um déficit absoluto.”Dependem aqui o fato de crianças com TDAH, serem classificadas em dois campos distintos: com TDAH (distúrbio de déficit de atenção e hiperatividade) e as com TDA (sem a hiperatividade). Os alunos TDAH são os clássicos garotinhos incontroláveis, elétricos”, enquanto que as sem hiperatividade caracterizam-se como as que sonham acordadas, não sendo aconselhável permanecer sentadas próximo a uma janela, pois: “*desligam-se*” em silêncio. No entanto, constata-se com certa freqüência que, as pessoas deixam de observar os problemas de atenção que tanto importunam essas crianças, esquivando-se muitas vezes de um diagnóstico, não obstante podem ser igualmente prejudicadas no que diz respeito ao seu progresso na escola e fora dela.

Logo, observa-se que pessoas com TDAH demonstrem problemas em fixar sua atenção em situações por mais tempo que outras. Elas se esforçam, lutam tenazmente para

manter sua atenção em atividades mais longas, especialmente aquelas mais demoradas, “*maçantes*”, repetitivas ou tediosas. Não obstante, tarefas escolares desinteressantes, complexas, atividades domésticas extensas e palestras longas são problemáticas, assim como leituras extensas e explicações sobre assuntos desmotivantes e conclusão de projetos extensos.

“Quando ela trazia as atividade do colégio: seja pintar, ela não queria, ela não tinha paciência de começar e terminar, começava, parava e dizia: “Mãe, cansei!”. Jogava os lápis, mais tarde é que ela ía terminar as atividade do colégio.” (Depoimento da Mãe de M.C.)

Pesquisas realizadas demonstram que manter a atenção em algo por longos períodos de tempo é a parte mais difícil do prestar atenção para essas crianças. Fonseca(1975) verificou que a criança com TDAH conseguem um período de atenção breve, um tempo mais limitado para as ações que são solicitadas a fazer, mas a manutenção da atenção por tempos maiores, constitui sem dúvida um grande desafio.

À medida que crescem, existe a expectativa de que se tornem aptas a realizar atividades, mesmo aquelas atividades mais enfadonhas, “*maçantes*” ou que exijam muito esforço. Quanto mais velhas ficam, mais devem ser capazes de realizar tarefas necessárias, mesmo as desinteressantes, desmotivantes e com pouca ou nenhuma assistência. As crianças com TDAH, de acordo com Barkley (2000), ficam atrás, entretanto, de outras nessa capacidade, talvez em algo em torno de 30% ou mais. Isso significa que uma criança de 10 anos com TDAH, por exemplo, pode ter um período de atenção equivalente ao de uma outra de 7 sem o TDAH. Isso exigirá que outros pessoas, participem, auxiliando a guiar, supervisionar e estruturar seu trabalho e seu comportamento.

Vale mencionar que, segundo as pesquisas de Barkley (2000), as crianças com TDAH não têm problemas para filtrar informações (distinguir o importante do irrelevante) naquilo que são solicitadas a fazer. Elas parecem prestar atenção às mesmas coisas que as crianças sem o TDAH prestariam se lhes fosse pedido para observar ou ouvir algo.

Barkley (2000) acredita que crianças com TDAH apresentam dois problemas que os pais e professores erroneamente interpretam como distração:

1. Crianças com TDAH provavelmente se sentem chateadas ou perdem o interesse por seu trabalho mais rapidamente que crianças não portadoras de TDAH.

Certamente provoca a busca intencional para realizar que seja mais divertido, interessante, estimulante e ativo, mesmo quando o trabalho designado ainda não tenha sido concluído. As crianças com TDAH tem um nível de alerta cerebral diminuído e, portanto, necessitam de mais estímulo para manter seu cérebro funcionando em níveis normais quando comparadas a outras crianças não portadoras de TDAH. As recompensas perdem seu valor mais rapidamente com o tempo para tais crianças, evidenciando menor receptividade a reforços. Até o momento, a causa desse desinteresse simplesmente não está definida. Certamente foi constatado em grau suficientemente elevado para que denominassem as crianças portadoras de TDAH de “*procuradoras de estímulo*”.

2. Crianças com TDAH parecem atraídas pelos aspectos mais recompensadores, divertidos e reforçativos em qualquer situa. crianças.

Como imãs, elas parecem ser atraídas em direção a atividades imediatamente mais recompensadoras quando existe trabalho que não envolva recompensas.

Barkley (2000) cita exemplo que ilustra bem a afirmação anterior: os Drs. Steven Landau, Richard Milich, e seus colegas na Universidade de Kentucky estudaram crianças com e sem TDAH, enquanto elas assistiam à televisão. Quando não havia nenhum brinquedo na sala, as crianças com TDAH assistiam ao programa de televisão da mesma maneira que as crianças sem TDAH, e eram capazes de responder às questões sobre o que assistiam, mesmo que tendessem a olhar para longe da TV mais frequentemente. Entretanto, quando se colocava brinquedos na sala, as crianças sem TDAH continuavam a assistir ao programa de TV. As

crianças com TDAH ficavam propensas a brincar mais com os brinquedos do que a assistir ao programa de TV. Quando o programa era uma típica comédia, as crianças com TDAH eram capazes de responder tantas questões sobre o programa quanto as crianças sem o TDAH, mas quando o programa era educacional e transmitia informações de forma mais visual que verbal, as crianças com TDAH estavam menos propensas a responder de maneira correta. Assim, as crianças com TDAH se encontravam em desvantagem apenas quando era necessário atenção visual.

Existe ainda, uma terceira explicação a partir de um estudo sobre a curiosidade em crianças com TDAH, conduzido pelos pesquisadores, os Drs Fieldler e Ullman (apud BARKLEY, 2000). Eles verificaram que crianças com TDAH demonstravam maior curiosidade física durante suas brincadeiras, manipulando assim mais objetos, trocando um objeto ou brinquedo por outro, com maior frequência e passando menos tempo com eles. Crianças sem TDAH, de mesma idade, entretanto, mostravam uma curiosidade mais verbal ou intelectual; passavam mais tempo com um brinquedo em particular, dado que suas propriedades intelectuais pareciam interessá-las.

Pesquisas realizadas revelaram que crianças com TDAH se distraem de atividades por períodos mais longos de tempo, não retornando ao trabalho tão prontamente quanto seus colegas sem TDAH.

Sobre a permanência da criança com TDAH em atividades longas e sua relação com a recompensa, Barkley (2000) assinala:

“A incapacidade de prosseguir em tarefas enfadonhas é um sinal de imaturidade.(...) As crianças parecem falar consigo mesmas sobre a importância do trabalho, lembrando quais recompensas podem ganhar mais tarde por completar sua tarefa ou quais punições podem receber caso não a realizem, e encontrando formas de fazer o trabalho de maneira mais interessante(...). Crianças com TDAH, em contraste, tendem a optar por fazer pequenos trabalhos no presente momento em troca de uma recompensa menor, embora mais imediata, em vez de trabalhar mais por uma recompensa maior disponível apenas adiante”(p.53).

As crianças não portadoras de TDAH também aprendem a planejar as consequências, os resultados para que sejam recompensados pelo desempenho de uma tarefa mais difícil, diferentemente as crianças portadoras de TDAH tem um problema de adiamento de gratificação, dificuldades em adiar recompensas, optando por aquelas menores, mais imediatas. Compreender essa problemática do adiamento de recompensas é imprescindível para auxiliar crianças com TDAH.

Se acreditamos que pessoas com TDAH são simplesmente muito distraídas frente a tudo, estaremos utilizando métodos que já foram recomendados a mais de 40 anos – afastando fontes de distração – sendo que tais tentativas de auxiliar podem tornar essas realmente mais agitadas e menos atentas. De acordo com Barkley, reduzir a estimulação torna ainda mais difícil para uma criança com TDAH manter a atenção. Revelando que acrescentar estímulos a tarefas realizadas por crianças e adolescentes com TDAH pode aumentar as suas capacidades de atenção, de ficar atento e de continuar seu trabalho com menos erros.

Conforme Barkley (2000), deve-se, então, tentar aumentar as inovações, as estimulações, ou as diversões nas tarefas solicitadas às crianças com TDAH, também, especificar que certas recompensas ou consequências desejáveis podem ser conquistadas imediatamente caso a atividade seja completada, ao invés de serem adiadas. Afora isso, pode-se também dividir a atividade em pequenas parcelas, permitindo que a criança com TDAH faça pausas mais freqüentes enquanto trabalha.

2.8.3 O Que é um Impulso?

“Um incitamento súbito à ação” é um conceito que não nos diz muito sobre a impulsividade, segundo Ross (apud GOLDSTEIN & GOLDSTEIN). Ao propor a criança um problema cuja solução exija atenção cuidadosa, ela sem pensar, emite resposta errada, agindo de forma precipitada. Quando a criança está trabalhando numa tarefa e subitamente afasta-se

dela, pode-se afirmar que esse ato foi impetuoso. E ainda, quando a forma da criança responder é geralmente impulsiva, podemos descrevê-la como uma criança impulsiva.

A incapacidade de controlar impulsos resultam em problemas de aprendizagem que emitem, sem pensar, frente a um estímulo, a primeira resposta disponível (muitas vezes errada), ao invés de examinarem as possibilidades com cuidado.

O trabalho de Egeland (apud GOLDSTEIN e GOLDSTEIN) indica que a base do problema da criança chamada impulsiva reside não tanto na natureza precipitada de suas reações, mas no fato de que não adota estratégias adequadas de atenção. Elas nessas condições, precisam ser ensinadas a *“parar, olhar e prestar atenção”*. Segundo Ross (apud GOLDSTEIN e GOLDSTEIN), quando se trabalha essas crianças, ensinando-as a atenderem aos aspectos característicos dos estímulos, seletivamente, podem ser superados os problemas de desempenho que haviam sido atribuídos à impulsividade.

Embora a ausência de controle de impulsos possa ser também interpretada como incapacidade de manter uma atenção seletiva, esse pensamento levou a pesquisas consideráveis com o objetivo de ajudar as crianças a atingirem maneiras mais adequadas de reação. Ross aponta que nos últimos anos, desenvolveram-se e testaram-se métodos em condições de pesquisa com a finalidade de ensina-las a *“pararem, olharem e prestarem atenção”* antes de responderem. Palkes, Stewart e Kahana (1968) ensinaram crianças hiperativas a utilizarem comandos verbais autodirigidos, destinados a levá-los a realizarem uma tarefa com reflexão. No que diz respeito ao autocontrole por mediação verbal foi precursor o psicólogo russo Luria (apud BARKLEY, 2000) que considerou os comandos verbais internos como os principais meios pelos quais uma criança desenvolve controle sobre seu comportamento. Luria (1961) refere que as crianças hiperativas podem ser ajudadas a melhorar seu desempenho mediante a incorporação do que expressam de si mesmas.

2.8.4 Dificuldade em Controlar Impulsos

O segundo problema observado no TDAH é a diminuição da capacidade de inibição do comportamento ou do controle de impulsos.

Pais e professores descrevem, geralmente, crianças com TDAH como “*respondendo a perguntas sem pensar, antes mesmo que as questões tenham sido finalizadas*”, e “querendo que seus desejos se realizem de uma hora para outra”. “Crianças com TDAH tem muitos problemas em esperar pelas coisas”. (Barkley, p.54). De acordo ainda com Barkley (2000), revezar-se em jogos, preparar-se para o almoço ou para o recreio na escola, ou apenas esperar até que alguma atividade termine pode torná-los impacientes e irritados. Elas podem se queixar de ter de esperar e até mesmo começar uma atividade que lhes foi solicitado adiar. Isso faz parecer que são muito centradas em si próprias. Crianças com TDAH apresentam consideráveis problemas para conter suas respostas frente a uma situação e para pensar antes de agir. Fazem com frequência, comentários os quais provavelmente não fariam caso pensassem antes. Também respondem ao que outros falam de forma impulsiva, às vezes emocionalmente, e como causa acabam sendo criticadas. Podem, por outro lado agir com rapidez com uma idéia que lhes vêm à mente, sem considerar que se encontram no meio de algo que estão fazendo e que deve ser primeiro finalizado. São excessivas e falam alto e com frequência monopolizam situações.

O DSM-V caracteriza o problema primário do TDAH :

“A impulsividade manifesta-se como impaciência, dificuldade para protelar respostas, responder precipitadamente, antes de as perguntas terem sido completadas, dificuldade para aguardar sua vez e interrupção freqüente ou intrusão nos assuntos de outros, ao ponto de causar dificuldade em contextos sociais, escolares ou profissionais. Outros podem se queixar de dificuldade para se expressar adequadamente. Os indivíduos com este transtorno tipicamente fazem comentários inoportunos, interrompem demais os outros, metem-se em assuntos alheios, agarram objetos de outros, pegam coisas que não deveriam tocar e fazem palhaçadas. A impulsividade pode levar a acidentes e ao envolvimento em atividades potencialmente perigosas, sem consideração quanto às possíveis conseqüências.” (DSM-IV p.78)

Nos cenários social e de ensino, tais comportamentos produzem repercussões negativas e geralmente considerado como ríspido, “*mal educado*”, insensível. Os professores percebem que as crianças com TDAH geralmente “*fazem comentários sem pensar e sem levantar a mão*” em sala de aula e “*iniciam tarefas ou testes sem ler as instruções com cuidado*”. São descritas freqüentemente como pessoas que “*não sabem dividir*” com os outros e “*tomam posse de coisas que desejam e que não lhes pertencem*”.

Elucida-nos Barkley (2000) que:

“Como as crianças com TDAH já apresentam problemas para manter a atenção, imagine como sua incapacidade de resistir a impulsos – como a de abandonar uma tarefa enfadonha – poderá exacerbar seus problemas quando trabalhar mais tempo por recompensas maiores”(p.101).

Em 1986, Rapport (apud BARKLEY, 2000) e seus colaboradores da University of Rhode Island entregaram a um grupo de 16 crianças com TDAH e a 16 crianças sem TDAH uma tarefa a ser executada. Quando explicavam às crianças que iriam receber um brinquedo imediatamente após completar um pequeno número de problemas de aritmética, os grupos realizavam o mesmo número de problemas . Em seguida as crianças poderiam manifestar uma escolha: ganhar um pequeno brinquedo para fazer uma pequena quantidade de tarefa, ou realizar uma quantidade superior por um brinquedo maior e mais valioso; no entanto, não receberiam o brinquedo maior antes de dois dias. Sob tais circunstâncias, um maior número de crianças com TDAH escolheu a recompensa menor e imediata em troca de pouco trabalho, ao passo que as outras crianças estiveram mais propensas a escolher a recompensa maior, adiada, em troca de mais trabalho.

Por conseguinte, esses problemas de atenção e de controle de impulsos também se manifestam nos atalhos que as crianças com TDAH utilizam em seu trabalho: aplicam menor quantidade de esforços e despendem menor quantidade de tempo para realizar tarefas desagradáveis e enfadonhas. Por essa razão, segundo Barkley (2000), não está ainda

esclarecido que conceda tempo extra a crianças ou adultos com TDAH nas atividades da escola ou em suas profissões de fato as beneficiem.

Conforme afirma Barkley (2000), a impulsividade observada no TDAH pode também ser diagnosticada mediante a grande quantidade de riscos ocorridos. Por não considerar antecipadamente as consequências que podem resultar de sua ação, está explicado porque crianças com TDAH são mais propensas a acidentes que outras. Não diz respeito apenas, a questão de serem descuidadas, desatentas ou de não tomarem cuidado com o que pode acontecer; na verdade elas simplesmente não pensam nas possíveis consequências, de sua ação. De fato, são freqüentemente surpreendidas pelos incidentes, situações que acontecem, enquanto que outras antevêm com clareza, os resultados daquela ação.

Com efeito, falta de controle dos impulsos também explica porque adolescentes e adultos com TDAH têm maior probabilidade de correr riscos em acidentes de carro, ingerindo bebidas alcóolicas, fumando cigarros e usando drogas.

Desse modo, impulsividade observada no TDAH também pode explicar porque os adolescentes e os adultos jovens com TDAH tem dificuldades maiores para controlar o dinheiro e o crédito. Eles compram coisas que vêem e desejam apenas por impulso, sem pensar no que realmente tem condições de adquirir no momento. Eles não ponderam as consequências que a compra desses itens terá em seu orçamento semanal ou em sua capacidade de cobrir os débitos já existentes.

Em resumo, impulsividade em pessoas com TDAH não se limita apenas as suas ações, porquanto afeta também seu pensamento.

2.8.5 Hiperatividade

Goldstein & Goldstein (1994) descreve a hiperatividade a partir de quatro características de comportamento:

1. Desatenção e distração: As crianças hiperativas demonstram dificuldade em se concentrar em tarefas e se manterem atentas quando comparadas às outras. Quanto mais enfadonha, desinteressante ou repetitiva for a tarefa, maior a dificuldade encontrada. Desse modo:

“A atenção é um processo complexo que envolve diferentes habilidades. Por exemplo, para funcionar efetivamente na sala de aula, a criança deve dominar um certo número de aptidões/habilidades relativas à atenção-orientação. Isso inclui a capacidade de focalizar a atenção de forma apropriada em um dado momento, começar uma tarefa que lhe foi atribuída, manter a atenção o tempo necessário para terminar a tarefa, ignorar as distrações, dividir a atenção (isto é, ser capaz de fazer anotações e, ao mesmo tempo, ouvir o professor) e estar vigilante e pronto para responder durante as atividades em grupo” (-p.23).

2. Superexcitação e atividade excessiva: As crianças hiperativas tendem a ser excessivamente agitadas e ativas, e facilmente induzidas a uma emoção excessiva. Expressam dificuldades em controlar o corpo em situações que exijam posição sentada em silêncio por muito tempo. Suas reações emocionais são mais intensas e mais frequentes que as de outras crianças.
3. Impulsividade: As crianças hiperativas têm dificuldades de pensar antes de agir. Barkley (2000) descreveu essas crianças como tendo dificuldades de seguir regras. Na maioria das vezes, entendem e conhecem as regras, mas a sua necessidade de agir rapidamente se sobrepõe a sua reduzida capacidade de auto-controle, resultando em um comportamento inadequado e irrefletido. Essas crianças voltam a transgredir, sendo incapazes de refletir sua ação, de aprender com as experiências vividas. Exigindo maior supervisão dos pais e professores.
4. Dificuldade com frustrações: As crianças hiperativas tem dificuldades para trabalhar com objetivos de longo prazo, necessitando mais de repetidas compensações a curto prazo que de uma única recompensa a longo prazo. De acordo com Goldstein (1994), a hiperatividade também pode ser compreendida como resultante de uma disfunção do centro de atenção do cérebro que impede que a criança se concentre e controle o nível de

atividade, as emoções e o planejamento. Assim sendo, o comportamento hiperativo pode ser encarado como um mau funcionamento desse centro de atenção, acarretando problemas. A hereditariedade é considerada por alguns como a causa mais freqüente de hiperatividade.

2.8.6 O Comportamento Excessivo

Caracteriza-se pelos comportamentos: *“irriquieto”, “sempre em pé e em movimento”, “agindo como que movido por um motor”, “constantemente escalando tudo”, “não conseguindo permanecer sentado quieto”, “fala demais”, “geralmente produz zumbidos ou sons estranhos”*. Essas descrições definem o movimento excessivo ou a hiperatividade, que é a terceira característica do TDAH. Tais características sugerem comportamentos de inquietação, impaciência, ritmo desnecessário e conversa excessiva. Caracteriza-se porquanto em um comportamento difícil de ignorar. Os pais que vêem seus filhos trocando de assento, batendo as mãos ou os pés, brincando com objetos próximos, ritmando e tornando-se impacientes e frustrados durante períodos de espera, sabem que tal comportamento não é normal. Os professores que observam essas crianças movendo-se freneticamente, saindo de suas carteiras e *“zigzagueando”* pela sala, brincando com brinquedos trazidos de casa, falando ao mesmo tempo, emitindo sons ou até mesmo cantando, enquanto deveriam permanecer sentadas como as outras, sabem que tal comportamento não é típico da maioria.

“M.C.(...) era uma criança muito excitada, só gostava de brincar se fosse pulando, se fosse subindo bem alto, se fosse correndo.” (Depoimento da Mãe de M.C.)

Barkley (2000) em seus estudos iniciais sobre a hiperatividade, publicado em 1976 e 1978, referiu que essas crianças se movimentavam aproximadamente oito vezes mais que outras crianças; que o movimento de seus braços era duas vezes mais freqüentes que o de crianças sem TDAH; que suas pernas se moviam aproximadamente quatro vezes acima que de

outras crianças, e que eles eram três vezes mais impacientes enquanto assistiam a um filme curto na TV e quatro vezes mais inquietos e agitados durante testes psicológicos enquanto estavam sentados a uma mesa.

Estudos como os mencionados têm demonstrado que crianças com TDAH saem do lugar muito mais freqüentemente que outras crianças da mesma idade em circunstâncias semelhantes, mesmo durante o sono. Porém, o fato de que a criança com TDAH não regulam ou não controlam seu nível de atividade, enquadrando-se às dimensões do momento, é o que lhes causa maior problema.

Nessa perspectiva mais importante para entender sobre crianças com TDAH não é simplesmente sua atividade motora excessiva, mas seu padrão de resposta comportamental exacerbado. Barkley (2000) usa o termo hiper-responsividade para descrever crianças que são mais propensas a responder a coisas a seu redor em qualquer situação, do que outras; seu comportamento ocorre de forma rápida, vigorosa e facilmente em situações em que outras se tornariam mais inibidas. Seu nível maior de atividade realmente parece, em grande parte, oriundo de sua maior capacidade de resposta frente a uma dada situação.

Significa assim dizer, que a hiperatividade e a impulsividade observadas nessas crianças fazem parte do mesmo problema, ou seja, a inibição de comportamento. Barkley (2000) acredita que parte do problema em manter a atenção resulta também da ausência de inibição.

Assim posto, a grande questão que enfrentam as pessoas com TDAH, não refere-se notadamente, às falhas na sua atenção em comparação aos indivíduos sem TDAH (embora às vezes ocorram), mas as dificuldades que demonstram quando retornam a atividade que estava desenvolvendo antes de sua atenção ser desviada. Barkley (2000) acredita que essa capacidade de preservar a atenção nos acontecimentos, trabalho dentre outras ações, faz-se necessário que a pessoa também seja capaz de inibir seus desejos ou tendências para fazer

outras coisas. As dificuldades em tal caso pode, na realidade, ser parte de seu problema de inibir respostas frente a objetos a seu redor, assim sendo, desviam a atenção mais do que outros e não conseguem resistir à tentação de abandonar uma tarefa desinteressante em troca de algo mais estimulante. A propósito, as pessoas com TDAH acham muito mais difícil resistir à tentação da distração, sustentando a inibição de seu desejo de realizar outras coisas, quando estão trabalhando em uma tarefa mais longa. Também consideram-se incapazes de retornar à tarefa em que estavam trabalhando quando interrompidas, haja vista a dificuldade de inibir o desejo de responder a outras situações a seu redor, que podem ser mais atrativas ou irresistíveis. Por esta razão, manter a atenção representa conservar a inibição, sendo possivelmente o problema de inibição a explicação do problema de atenção no TDAH.

Vale salientar que, apenas recentemente passaram a dar crédito na premissa de que a essência do TDAH é primariamente um problema de falta de inibição de comportamento. Ultimamente esse transtorno pode ser renomeado, refletindo uma nova visão, tendência como um transtorno de inibição de comportamento.

Afora as três características descritas como resultantes do TDAH, Barkley (2000) e colaboradores, descrevem ainda duas outras: dificuldade em seguir regras e instruções e variabilidade extrema em suas respostas a situações (particularmente tarefas ligadas ao trabalho).

2.8.7 Dificuldade em Seguir Instruções.

Como nosso comportamento é controlado por direções e instruções, somos capazes de seguir instruções e aderir a normas e regras, o que notadamente não se verifica em crianças com TDAH. Com frequência acabam ficando alheias ou engajam-se em atividades não relacionadas às que foram solicitadas são norteadas mais pelo que acontece à sua volta do que referentes as normas, orientações estabelecidas.

Diante da incapacidade em seguir instruções e regras, são de imediato rotuladas de imaturas, indisciplinadas, desorganizadas, preguiçosas, dentre outras.

Na reflexão de Barkley (2000):

“(…) essas dificuldades em seguir regras e instruções estão relacionadas ao problema subjacente de impulsividade. Não está muito claro se a impulsividade cria o problema por causar uma interrupção no seguimento das regras, quando se deseja mudar para uma atividade mais competitiva, ou quando a impulsividade é a base de uma capacidade debilitada de linguagem para guiar ou controlar o comportamento. Luto com esse dilema por mais de uma década, e nunca fiquei realmente seguro sobre qual surgiu primeiro – a falta de inibição do comportamento ou a diminuição do controle do comportamento através da linguagem, especificamente regras ou instruções” (p.61 –).

Com efeito, indivíduos com linguagem desenvolvida e com melhores habilidades verbais são geralmente muito menos impulsivos e mais reflexivos na realização de tarefas, se comparadas àqueles com habilidades verbais menos desenvolvidas. Falar consigo mesmos ajuda a inibir desejos iniciais de responder de uma determinada maneira aos impulsos. O uso do discurso autodirigido também auxilia no controle do comportamento da criança.

De fato, o problema de inibição de respostas observado no TDAH, segundo Barkley (2000), surge primeiro, interferindo com o desenvolvimento posterior do uso do autodiscurso dirigido para o autocontrole. Portanto, o fraco controle dos impulsos, evita que as crianças com TDAH utilizem o autodiscurso tão eficientemente quanto outras crianças. Isso coloca-os em atraso no seu desenvolvimento do controle de impulsos, do autocontrole e do uso de planos e metas para dirigir seu comportamento.

2.8.8 Fazendo um Trabalho Inconsciente

Um quinto e último sintoma que Barkley (2000) observa em criança com TDAH diz respeito ao trabalho inconsciente. Como a maioria das crianças com TDAH possuem inteligência de média a superior, sua incapacidade de produzir um trabalho aceitável de forma consistente causa perplexidade nas pessoas à sua volta. Algumas vezes, essas crianças

parecem ser capazes de completar o trabalho estabelecido facilmente e sem ajuda. Outras vezes, elas não conseguem terminar ou completar seu trabalho, podendo até nem fazê-lo, mesmo sendo supervisionadas. Diante disso, com o tempo cria-se um padrão errôneo de que uma pessoa com TDAH seja preguiçosa. A grande questão reside no pressuposto de que, não podem manter um padrão consistente de produtividade de trabalho como as outras crianças.

Não se conhece ao certo, as razões pelas quais crianças com TDAH exibem mais esse padrão inconsistente em seu comportamento e especialmente na sua produtividade. Sabe-se que o uso da linguagem e do discurso autodirigido para permite o desenvolvimento de uma consciência muito maior na forma como agimos e trabalhamos. No caso das crianças com TDAH, por serem mais influenciadas pelo momento do que por um plano ou por uma regra preconcebida. Seu trabalho dependerá consideravelmente das condições alternantes a cada dia.

Barkley (2000) acredita que a produtividade, o rendimento em crianças com TDAH, depende mais das circunstâncias da situação imediata do que de autocontrole, de autodiscurso e de vontade que, eventualmente governará a produtividade em outras crianças.

Assim, as capacidades de parar, de pensar, de planejar e de agir, bem como a de sustentar a ação frente à distração – coisas que fazemos para ajudar nosso controle – configura-se um problema para as crianças com TDAH. Pesquisas científicas atuais, entretanto, sugerem que todos esses problemas superficiais podem ser provenientes de um déficit central mais profundo de inibição de comportamento – um retardo do desenvolvimento de controle de impulsos. Algumas vezes denominam esse *problema de desinibição*, o que significa que o comportamento é liberado da inibição sob circunstâncias nas quais outros normalmente inibiriam tal conduta.

Barkley (2000) acredita que todas as cinco características primárias de TDAH refletem um problema sério de inibição de comportamento, desenvolvendo como consequência, um

sério problema de autocontrole ou uma forma diferenciada em relação forma como o Eu age, enquanto gerenciador dos padrões de comportamento. O Eu em uma criança com TDAH não é um controlador, regulador ou gerenciador de comportamento; configurando-se à vista disso, como “*diferente*” e distinto se comparado em relação a outras pessoas em outras. Por conseguinte, os problemas das crianças com TDAH não são originários da falta de habilidades, mas de autocontrole.

3. AS CAUSAS DO TRANSTORNO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

3.1 A NATUREZA DO TRANSTORNO

O TDAH constitui-se um transtorno complexo, de fato, exige de todos os envolvidos paciência, aceitação, mas ao mesmo tempo, determinação, controle e imposição de limites. Assim o dia-a-dia dessas crianças, pais, professores são por vezes um desafio. Por sua natureza, parece criar relações conflituosas entre a criança com TDAH e o meio envolvente. As rotinas mais comuns, de um dia normal podem parecer uma série de batalhas. É imprescindível, porquanto, conhecer a natureza do transtorno – o que pode ou não ser mudado – e desistir de lutar contra o inevitável, tornando a vida de todos os envolvidos nesse problema mais fácil, mais tranqüila.

Barkley (2000) defende que existem variados graus do transtorno na população; algumas pessoas apresentam TDAH leve ou mesmo limítrofe, enquanto outros apresentam TDAH moderado ou severo. Fala ainda da constante evolução na definição de TDAH, referindo que em outros países podem não reconhecer o transtorno dessa forma. Na Inglaterra, pode ser chamado de problema de conduta, ou as crianças podem ser simplesmente estigmatizadas de indisciplinadas, como na Europa Oriental e nos países da antiga União Soviética. Infelizmente, esses rótulos perpetuam a falta de consciência sobre o TDAH como um problema de caráter individual, conquanto, seja uma doença neurologicamente determinada (com suas prováveis raízes genéticas) e encontrada no mundo inteiro.

Em pesquisas e estudos realizados, Barkley (2000) observou que o transtorno é três vezes mais comum em meninos do que em meninas, ocorrendo em aproximadamente 1 a 3% das meninas e 3 a 8% dos meninos.

Um dos aspectos mais inquietantes do TDAH para os pais, segundo Barkley (2000), diz respeito à sua relação, com a idade: o transtorno evolui com o crescimento da criança. O que funcionou aos seis anos pode não prosseguir com a idade de 16. Nessa perspectiva até 80% das crianças em idade escolar com diagnóstico de TDAH continuarão a apresentar esse transtorno na adolescência e, entre 30 e 65% subsistirá até a vida adulta. Os pais geralmente percebem o problema quando a criança tem três ou quatro anos de idade, às vezes antes disso.

Crianças com TDAH na idade infantil são descritas pelos pais como impacientes, “*sempre a toda*”, agindo como que dirigidos por um motor, freqüentemente subindo pelas paredes e se intrometendo nas coisas; persistentes em suas vontades, necessitados da atenção paternal e geralmente instáveis quanto a curiosidade sobre o ambiente. Essas crianças requerem, portanto de um monitoramento muito mais freqüente e próximo com a evolução da sua conduta, se comparadas a outras da sua faixa etária. Vale referir que exibem, também, tristeza, tornam-se irritadas com rapidez e baixa adaptação, mostrando-se provavelmente aflitas para suas mães.

Conforme nos esclareceu Barkley (2000):

“Quando as crianças com TDAH ingressam na escola, deposita-se sobre elas um peso social maior que durará, no mínimo, pelos próximos 12 anos. Ficará provado que se trata da área de maior impacto para suas incapacidades, criando uma fonte de angústia maior para muitas delas e para seus pais. As habilidades de sentar quieto, atender, escutar, obedecer, inibir um comportamento impulsivo, cooperar, organizar ações e seguir completamente as instruções, bem como dividir, brincar de maneira adequada e interagir de forma agradável com outras crianças são essenciais para conquistar uma carreira acadêmica de sucesso. Os pais terão agora de combater não apenas os problemas de comportamento em casa, mas também o peso de auxiliar seu filho a se ajustar às necessidades acadêmicas e sociais da escola. Lamentavelmente, os pais precisarão tolerar as queixas de muitos professores, que vêem as dificuldades da criança como fruto dos problemas em casa ou como falta de habilidade dos pais na criação dos filhos”.

(p.107)

Igualmente os pais de crianças com TDAH queixam-se freqüentemente que estas não aceitam tarefas domésticas e responsabilidades tão bem quanto outras da mesma idade.

Precisando de ajuda nessas tarefas, como vestir-se, tomar banho, dentre outros. Geralmente são simplesmente toleradas ou expulsas de atividades sociais como ir ao clube, à aula de música ou praticar esportes. Essa rejeição social tem início, frequentemente nos anos escolares, desencadeando sentimentos de humilhação, sufocamento e aversão aos outros, ocorrendo também de sua inserção no meio social e participar de atividades; diante do insucesso, tendem a desenvolver, mais tarde, baixa auto-estima e/ou uma imagem irrealisticamente positiva de si própria em relação a outros. Nesse sentido, foi verificado também que superestimam suas habilidades e a capacidade de obter êxito em uma tarefa quando solicitada de antemão. Urge postular a manifestação de sentimentos de culpa diante de suas dificuldades com seus pais, professores devido a limitação de sua autoconsciência (Barkley, 2000; Ross, 1995).

3.2 O que Causa o TDAH?

É um grande desafio elaborar provas científicas diretas das causas de um problema de comportamento humano. No que se refere ao conhecimento das causas e de como estas influenciam o cérebro e o comportamento, tem-se progredido consideravelmente desde a metade de 1980.

Segundo Barkley (2000) por quase cem anos, os cientistas conjecturaram, sobre o que atualmente denomina-se TDAH, ter como origem alguma lesão cerebral. Perceberam semelhanças marcantes de problemas comportamentais entre crianças com TDAH e pessoas que sofreram lesões na porção frontal do cérebro (logo atrás da testa, conhecida como região fronto-orbital). Essa região constitui-se uma das mais desenvolvidas nos seres humanos se comparada a outros animais, acreditando-se ser a responsável pela inibição do comportamento, manutenção da atenção, emprego do autocontrole e planejamento do futuro.

No início do século XX, pesquisas convenceram os cientistas de que lesões cerebrais decorrentes de infecções, como encefalites e meningites, traumas resultantes de quedas, traumas no crânio por complicações na gravidez ou no parto, eram as principais causas dos sintomas do TDAH. Há mais de 20 anos, entretanto, os investigadores perceberam que a maioria das crianças com TDAH não apresentavam história de lesões cerebrais óbvias ou significativas (Meyer,1904; Hohman,1922; Goldstein,1936; apud Nogueira & Lopes)

Alguns cientistas sugeriram que certos neurotransmissores (substâncias químicas do cérebro, que permitem as células nervosas transmitirem informações a outras células) encontram-se diminuídas nos portadores de TDAH.(Nielsen, 1999; Barkley, 2000).

Entretanto, apenas dois genes reguladores da dopamina, foram identificados como associados ao TDAH; um está envolvido na remoção de dopamina da sinapse, sendo denominado mecanismo transportador de dopamina, e o outro se encontra envolvido na determinação da sensibilidade dos neurônios, no caso, a própria dopamina. Indubitavelmente, mais genes serão identificados num futuro próximo.

A idéia de que o TDAH seja causado pela quantidade reduzida de uma ou duas substâncias químicas cerebrais permanece promissora, mas não foi ainda comprovada definitivamente.

Outra pesquisa refere ser o TDAH geneticamente transmitido (Barkley, 2000), alertando que em quase 50% das crianças foi verificado ser um dos progenitores, também portadores do mesmo problema. E mais, que um terço dessas crianças possuem familiares com TDAH.

Assim posto, as causas do TDAH permanecem em parte desconhecido, registra-se consenso quanto a considerar que procedem de um problema médico do foro neurológico e não o resultado de competências parentais inadequadas ou de dietas (Nielsen, 1999).

3.2.1 Baixa Atividade Elétrica

Um grande número de estudos comparou a atividade elétrica no cérebro de crianças com TDAH e outras sem TDAH. Diversos desses estudos realizados usando-se um eletroencefalograma (EEG) nas portadoras de TDAH na posição sentada, em repouso e realizando certas tarefas mentais verificaram que a atividade elétrica do cérebro delas é menor que a observada em crianças não portadoras de TDAH, particularmente sobre a área frontal. Dessa forma, em 1973, Monte Buschsbaum e Paul Wender, então no National Institute of Mental Health (NIMH), mediram a atividade de EEG mediante estimulação repetida para desencadear respostas evocadas. Quando comparadas 24 crianças com TDAH e 24 crianças normais, as crianças com TDAH responderam como as crianças sem TDAH mais novas. Suas respostas refletiram um padrão menos maduro de atividades elétricas do cérebro.

3.2.2 Menor Fluxo Sanguíneo

De acordo com Barkley (2000), quanto mais ativas as regiões cerebrais, mais sangue é necessário. Em 1984, um grupo de cientistas na Dinamarca publicou um estudo comparativo do fluxo sanguíneo de crianças com TDAH e de outras sem TDAH. Verificaram aquelas que apresentavam menor fluxo sanguíneo na área frontal do que estas, particularmente no núcleo caudado – estrutura importante na conexão das regiões frontais do cérebro e estruturas medianas conhecidas como sistema límbico.

Neste sentido, descobertas científicas atuais, de acordo com Barkley (2000):

“(...) indicam claramente que a área anterior do cérebro, conhecida como região fronto-orbital, e suas diversas conexões feitas através de feixes, de fibras nervosas para a estrutura denominada núcleo caudado (parte do corpo estriado), conectada com a porção mais distante na parte de trás do cérebro chamado de sistema límbico, pode ser responsável pelo desenvolvimento do TDAH. Essas áreas do cérebro são as que nos auxiliam a inibir nosso comportamento, a mantermos a atenção e a inibir nossas respostas. Também nos permitem inibir e controlar emoções e motivação, bem como nos ajudam a usar a

linguagem para controlar nosso comportamento e planejar o futuro.” (Barkley, p.85)

Assim posto, a marca registrada do TDAH, problema de inibição ou autocontrole, é gerado pelo nível reduzido de atividade nas regiões do cérebro responsáveis por essas habilidades humanas.

Recentemente, estudos conduzidos por Castellanos, Giedd e colaboradores; e por Filipek (apud BARKLEY, 2000), do Massachusetts General Hospital e da Harvard Medical School, encontraram evidências sobre regiões cerebrais menores nas crianças com TDAH. Tais estudos verificaram que a região frontal direita, diversas estruturas no glânglio basal (o estriado e globo pálido) e certas regiões no lado direito do cerebelo eram significativamente menores em crianças com TDAH se comparadas a outras normais. Em outros estudos notaram redução de atividade significativa na região frontal direita durante tarefas que necessitavam de inibição, em comparação com crianças normais. Todos esses resultados levaram os cientistas a conclusão de que o TDAH surge provavelmente a partir dessas regiões cerebrais menores e menos ativas (córtex direito pré-frontal, glânglio basal e cerebelo direito).

3.2.3 Agentes do Meio Ambiente

3.2.3.1 Substâncias Consumidas Durante a Gravidez

Estudos em animais apontaram que a nicotina e o álcool causam desenvolvimento anormal em determinadas regiões cerebrais e que essas anormalidades estimulam o acréscimo na frequência da hiperatividade, comportamento impulsivo e desatenção.

Vários estudos foram realizados sendo observado a relação do TDAH com a exposição direta ao fumo durante a gravidez ou a exposição indireta após a gestação em crianças nascidas de mães que consumiam álcool durante o período gestacional. Os resultados demonstraram que a exposição ao fumo se relaciona a um maior risco de problemas de comportamento semelhantes àqueles de portadores de TDAH e crianças de mães alcoólatras,

têm maior probabilidade de apresentar problemas de comportamento com hiperatividade e falta de atenção.

Assim, talvez, a conclusão mais significativa seja a de que as mães crescem o risco de seu filho ter TDAH pelo hábito de fumar e consumir de bebidas alcólicas durante a gravidez esse risco pode ser ainda maior caso a mãe também seja portadora desse transtorno.

Uma pequena ressalva em tal caso: - todos esses estudos proporcionam meramente evidências de associação entre aquelas substâncias e o TDAH. Cabe ressaltar, destarte, que as associações podem manifestar-se de forma irreal. Nesse sentido, nicotina do fumo de cigarros e bebidas alcólicas consumidas durante a gravidez se mostraram como causa significativa de anormalidades de desenvolvimento no núcleo caudado e regiões frontais do cérebro de crianças.(Barkley, 2000)

3.2.3.2 Exposição Ao Chumbo

Existem evidências específicas de que níveis altos de chumbo no organismo de crianças e jovens podem estar associadas a maior risco de comportamento hiperativo e desatenção.

Estudos com animais e seres humanos mostram que exposição ao chumbo, em níveis moderados a altos lesa o tecido cerebral. Portanto, o chumbo caracteriza-se como uma toxina para o cérebro, assim como o álcool e a nicotina, devendo ser, portanto, encarado como causa potencial de desatenção, hiperatividade ou mesmo TDAH, clinicamente detectados em alguns casos.

3.2.3.3 Hereditariedade e TDAH

Pesquisas sugerem que deve haver predisposição genética para o transtorno.

"A hereditariedade é a causa mais frequente de hiperatividade". (GOLDSTEIN,1997, p.66)

Segundo Goldstein (1997), a primeira ligação foi estabelecida pelo estudo dos parentes de uma criança hiperativa. Sabe-se que uma criança hiperativa tem uma probabilidade quatro vezes maior de possuir em sua família outros membros com o mesmo problema.

Barkley (2000) acredita que os fatores específicos herdados no TDAH incluem, provavelmente, uma tendência a problemas de desenvolvimento do córtex frontal do cérebro e do núcleo caudado.

"(...) inúmeros estudos confirmaram que ao menos dois genes podem estar relacionados ao TDAH. Um deles, denominado D4RD, está relacionado com a dimensão da personalidade conhecida como buscador de novidades. Crianças e adultos com TDAH são mais propensos a ter uma forma desse gene que revela essa busca por novidades em suas personalidades. Ou seja, eles exibem em maior grau um comportamento de buscador de sensações, de correr riscos, de impulsividade e de inquietação mais do que o típico para a população normal. Um segundo gene, o DAT1, também apresenta uma forma particular mais comumente associada ao TDAH esperado. Esse gene auxilia a regulação da atividade da dopamina no cérebro pela influência sobre a rapidez com que esta é removida da sinapse, a pequena conexão entre os neurônios. (Barkley,2000 p.89)

3.3 Os Mitos: O Que não Causa TDAH

3.3.1 Não é Algo que Eles Comem

Na década de 1970 e início de 1980 anos 70, era freqüente encarar o TDAH como resultado da ingestão de produtos químicos e aditivos nos alimentos.

“Essa teoria se fundamentou principalmente nas afirmações de Benjamin Feingold, de que metade de todas as crianças hiperativas ficariam assim por comer alimentos contendo aditivos e defensivos químicos. A maior parte das pesquisas realizadas na década seguinte foi incapaz de comprovar a teoria de Feingold (apud Barkley,2000).

Nunca foi provado que crianças normais desenvolviam TDAH devido consumir essas substâncias ou que crianças com TDAH se tornavam consideravelmente piores por ingeri-las.

A despeito desse ponto de vista ter sido compartilhado entre muitos cientistas estudiosos do TDAH, a mídia popular continuou a propagar crenças infundadas.

Adotou-se, entretanto, uma visão popular de que o açúcar causava o TDAH.

Nesse sentido, inúmeras pesquisas foram realizadas para atestar a veracidade dessa teoria. Em 1986, Milick, Wolraich & Lindgren (apud BARKLEY, 2000) publicaram uma revisão sobre os efeitos adversos do açúcar no comportamento de crianças. Concluíram que a maioria dos estudos falhou ao verificar qualquer efeito associado à ingestão de açúcar e os poucos estudos positivos verificaram que o açúcar melhorava o comportamento ao invés de agravá-lo.

3.3.2 Enjôo e TDAH

Segundo Barkley (2000), durante muitos anos, Levinson, de Nova York, tem colecionado material da mídia que cobre sua teoria de que o TDAH, os transtornos de aprendizagem e outros problemas de comportamento podem ocorrer devido a um problema no sistema vestibular do cérebro, afetando o equilíbrio, o senso de gravidade e a posição da cabeça. Esse sistema se localiza no ouvido interno e conecta-se com partes do cérebro, especialmente o cerebelo, posicionado na porção ínfero-posterior do crânio. Contrário ao que a maioria dos cientistas acredita, Levinson (apud BARKLEY, 2000) afirma que esse sistema também regula os nossos níveis de energia, porque qualquer impedimento pode levar a hiperatividade e ao comportamento impulsivo.

Refutando essa teoria, Goldstein e Ingersoll (apud BARKLEY, 2000), concluíram que essa hipótese não é consistente com as investigações sobre o TDAH, o sistema vestibular e suas funções. Esse sistema não parece estar envolvido no controle do impulso, na medida da atenção, na regulação ou nível de atividade.

3.3.3 Fungos Podem Causar TDAH?

De acordo com William Crook, pediatra e alergologista do Jackson Tennessee, realizou estudos dos fungos como uma causa maior para o TDAH. Vale referir que fungos são

tipicamente controlados no organismo por outras bactérias e pelo sistema imunológico. Crook defendia que as toxinas liberadas pelos fungos irritavam o cérebro e o sistema nervoso, enfraquecendo o sistema imunológico do organismo, recomendando, portanto, que crianças com TDAH sejam colocadas em dieta com baixas quantidades de açúcar, haja vista poder estimular o crescimento de fungos. Como Feingold, ele também acredita que aditivos e outros produtos químicos de alimentos podiam contribuir para o problema dos fungos no organismo, devendo, portanto, ser eliminados da dieta de crianças com TDAH.

Hoje, nem mesmo raras amostras de evidência clínica sugerem e apóiam a hipótese de Crook. Sabe-se que a American Academy of Allergy and Immunology não verifica comprovação científica para a teoria de sensibilidade a fungos, sendo os pais encorajados a ignorar todo e qualquer conselho baseado nela. Certamente, as recomendações de Crook, acerca de que crianças devem tomar grandes doses de vitaminas e minerais, podem ser potencialmente prejudiciais.

3.4 Má Condução de Paternidade ou Família Caótica Podem Causar TDAH?

Teorias que acusam o meio ambiente como sendo o fator maior do TDAH não receberam, entretanto apoio na comunidade científica. Alguns escritores afirmaram que o comportamento hiperativo resulta do fraco controle paternal sobre as crianças: crê-se que pais muito permissivos não fornecem treinamento, estrutura ou disciplina suficientes. No entanto, nenhum estudo apóia tal ponto de vista.

Com este propósito, inúmeras pesquisas foram realizadas e os resultados demonstraram ser improvável que qualquer causa meramente social, como “*má condução da paternidade*” ou uma vida familiar estressante, desestruturada cause TDAH na criança. Ao contrário, as pesquisas sugerem que crianças com TDAH podem gerar estresse em seus pais causando a vida familiar desestruturada.

3.5 Excesso de Televisão-TV

De acordo com Barkley (2000), nos últimos anos, o colunista Rosemond, dentre outros, argumentam que o TDAH ocorria primariamente em crianças que passavam muito tempo assistindo *televisão* – muito mais que as gerações anteriores. Essa idéia de que assistir televisão em excesso diminua a atenção constitui-se um recurso superficial. Nenhum estudo foi capaz de evidenciar que crianças com TDAH assistem mais à televisão que crianças normais. A maior evidência contra a idéia de Rosemond consiste nos resultados dos estudos realizados com gêmeos, os quais comprovam que o ambiente familiar, não contribui significativamente para as diferenças entre crianças com maiores graus de sintomas de TDAH. Assistir televisão faz parte do ambiente compartilhado; portanto, esses estudos indicam que assistir televisão por muito tempo não causa o TDAH.

Resumidamente, fatores biológicos (anormalidades no desenvolvimento cerebral) estão mais intimamente associados e talvez sejam causadores do TDAH. Até o momento, os estudos indicam que existe uma contribuição genética muito forte para essas anormalidades, maior que a contribuição dos agentes ambientais ou fatores puramente sociais. Tudo aponta para a idéia de que as crianças com TDAH apresentam menor atividade cerebral nas regiões frontais – precisamente os centros cerebrais conhecidos por estarem envolvidos com inibição de comportamento, persistência nas respostas, resistência à distração e ao controle do nível de atividade.

Assim posto, temos muito a aprender sobre o TDAH e suas possíveis causas, mesmo diante dos avanços, feitos nas últimas décadas. Os fatores neurológicos geneticamente determinados configuram-se assim, como a causa mais importante na explicação desse problema.

4. O CONTEXTO FAMILIAR DA CRIANÇA COM TDAH

4.1 A Família Lidando com o Diagnóstico

Depois de reunir todas as forças físicas, emocionais para submeter o filho a uma avaliação e sendo confirmado seu diagnóstico como portador do TDAH, que sentimentos, impressões, reações vivenciaram esses pais? Perceber as reações emocionais dos pais diante da informação sobre o TDAH constitui parte importante da adaptação ao transtorno de seus filhos. Esse conhecimento e aceitação do problema influenciam a qualidade dos investimentos que serão capazes de realizar no auxílio e facilitação da vida de seus filhos.

Alguns pais podem, de início, enveredar na negação do diagnóstico. Desesperadamente mantém a teoria de que nada está errado que não possa ser corrigido através de conselhos, orientações ou estratégias mais simples para controlar o comportamento. Segundo Barkley (2000) isso ocorre, provavelmente, quando eles não suspeitam que muita coisa estava errada com seu filho, ou mesmo se o pai de um amiguinho levanta a possibilidade de existir algum problema. Quando são os últimos a saber que seu filho é portador de TDAH, é comum rejeitarem, negarem ou minimizarem a extensão do problema.

Outros pais aceitam, com alívio, a informação sobre o TDAH, abraçando seu diagnóstico como resposta a uma incansável busca. Finalmente, identificado o problema, abrem-se caminhos e formas de auxílio. Essas famílias, geralmente, sentem-se aliviadas do peso que carregavam quanto a incerteza e a culpa. Sabendo que o TDAH é de base biológica, desfazem-se todos os mitos e conceitos criados sobre o problema.

Freqüentemente o pai e a mãe de uma criança com TDAH são rotulados de “*permissivos*”, “*negligentes*”, “*desatentos*” na educação. Para alguns, um diagnóstico de TDAH provoca ira e raiva contra aqueles que os culpam pela falta de controle do problema dos filhos e ira voltada a todos que garantam que nada estava errado. “Quando os pais

descobrem finalmente que não são os culpados, ira e ressentimento não são reações exageradas.” (Barkley,p.152)

De fato, é compreensível e natural uma leve reação de tristeza diante da informação sobre o TDAH do filho. Quase todos os pais se angustiam com a perda do estado de normalidade; alguns deles experimentam ainda um sentimento de profundo luto: o filho saudável já não existe mais, existe o filho com um problema que o diferencia dos demais, que lhe impõe limitações, que foge dos padrões comportamentais socialmente aceitos.

Com efeito, o meio natural e desejado de lidar com a informação sobre o TDAH é a aceitação: aceitação dos problemas como pode se tornar e, igualmente das suas possibilidades futuras. Percebe-se claramente que ela necessita de auxílio para lidar com seu problema, e ser protegido quando ameaçada, por alguns de exclusão; propiciando condições para que crianças com TDAH se desenvolvam ao máximo ou se adaptem tão bem como crianças “normais”. Não aceitar certas limitações da criança pode gerar raiva, intolerância e frustração, aos pais, além de promover uma sensação sobre a criança: a de viver numa sociedade que exclui os que não se adaptam inteiramente às suas estruturas.

No entanto, é imprescindível a aceitação dos pais diante das dificuldades do seu filho, de modo que eles possam assumir e cumprir o desafiante papel no progresso da criança. Assim, eles devem propiciar de forma ativa situações que favoreçam desenvolver a autoestima da criança, alicerçada através do amor, do bom relacionamento familiar, da aceitação da família, dos colegas, dos professores, do sucesso escolar, social dentre outros. Os pais precisarão encontrar situações prazerosas para seu filho, seja em esportes, artes, hobbies ou projetos de ciência e deverão ser capazes de enxergar além das suas limitações e perceber seus esforços, empenhos e talentos. Quando os pais amadurecem e passam a aceitar o “*filho real*”, com suas dificuldades e limitações, então saberão acolhê-lo no seio familiar e saberão ajudá-lo a ser incluído no meio social.

4.2 As Interações de Crianças com TDAH e Suas Mães

Os primeiros estudos de observação direta de interações de mães e seus filhos com TDAH foram realizados por Campbell, da University of Pittsburgh, em 1975. Campbell (apud BARKLEY, 2000) observou que meninos com hiperatividade (atualmente TDAH) iniciaram mais interações do que outros quando trabalhando com suas mães, necessitando também de mais ajuda. Essas crianças, a curto prazo, pareciam necessitar de mais atenção, mais conversa e solicitavam mais intensamente a ajuda de suas mães. Estas por sua vez deram mais sugestões e orientações que as de outras crianças. Em outras palavras, as mães de crianças com TDAH controlaram mais o comportamento de seus filhos do que as mães de crianças sem TDAH.

Barkley (2000), refletindo também sobre essa interação, verificou-se que as crianças portadoras eram muito menos submissas, mais negativas, mais capazes de abster-se de tarefas e menos persistentes em concordar com as normas impostas por suas mães.

4.3 As Interações de Crianças com TDAH e Seus Pais

Uma das queixas que Barkley (2000) ouviu repetidamente de mães de crianças com TDAH é que elas parecem se comportar melhor com os pais. Observou ainda que eram menos negativas com seus pais e capazes de permanecer por um período maior de tempo em tarefas do que com suas mães.

Várias teorias definem essa interação. Segundo Barkley (2000), deve haver algo relacionado ao fato típico de que as mães carregam ainda mais a responsabilidade de interagir com crianças com TDAH do que os pais no ambiente de casa. As mães parecem contar mais com razão e afeto para conquistar a obediência do filho. Como as crianças com TDAH não seguem instruções muito bem e não são sensíveis a elogios, essa forma de proceder parece motivá-las bem menos. Os pais podem racionalizar e repetir menos ordens, podendo impor

punição imediata pela não-submissão. Talvez, então, um pai que age rapidamente proporcionando alguma consequência ao bom e ao mau comportamento da criança consiga obter mais submissão. Não podemos descartar o fato do tamanho físico e da maior força do pai, que podem ser intimidadores para uma criança com TDAH.

4.4 As Interações de Crianças Com TDAH e Seus Irmãos

Irmãos de uma criança com TDAH tem aproximadamente uma chance em três ou quatro de apresentar também TDAH.

O relacionamento de uma criança com TDAH e seus irmãos e irmãs parece ser diferente daquele observado em outras famílias. Elas argumentam mais, gritam com maior frequência seus irmãos, são mais impacientes e suscetíveis a assumirem um comportamento inapropriado, problemático. Espera-se por conseguinte, que os conflitos sejam maiores que o normal e ocorram entre eles mais desentendimentos.

Como se sentem os irmãos sem TDAH? Que sentimentos experimentam? Irmãos e irmãs tendem a crescer cansados, ansiosos por conviver com um comportamento tão instável e desafiante. Alguns se ofendem com o grande peso da tarefa que carregam, se comparados a uma criança com TDAH. Certamente, o maior tempo e atenção que a criança com TDAH recebe dos pais é fonte de inveja, ciúmes, queixas, especialmente quando os irmãos sem TDAH são mais novos.

4.5 Como o TDAH Afeta as Interações Entre Pais e Filhos

Um questionamento que certamente não pode ser respondido com muita precisão e clareza, mas refletir sobre os próprios sintomas do TDAH. Os padrões de comportamento desatento, impulsivo e hiperativo de crianças com TDAH geralmente entram em conflito com a demanda que todos os pais devem receber de seus filhos. Muitas atividades do dia-a-dia

exigem que a criança mantenha sua atenção, tenha disciplina, aja organizadamente, o que se torna um grande desafio para aqueles portadores do TDAH.

Segundo Barkley (2000), quando uma criança com esse transtorno apresenta problemas de submissão, os pais não podem ajudar reagindo com mais intolerância. Nesse sentido a criança e os pais, contribuem para os crescentes conflitos; faz-se necessário compreender que a criança não age assim intencionalmente com um propósito definido.

Pesquisas sobre interações de crianças com TDAH, outras pessoas e crianças fora da família, como professores e colegas, revelam que quando é colocada em uma classe, tanto os professores quanto as mães aumentam suas ordens, repressão e disciplina. Da mesma forma, quando entra pela primeira vez em um grupo novo, as outras crianças começam a agir como “*pequenas mães*”, dando mais ordens, sugestões com auxílio. Quando isso não silencia o comportamento hiperativo, alterado, a outra pode se tornar irritada, provocada ou entrar em conflitos com a criança com TDAH. Caso falhe, se distanciará, indo para longe desses indivíduos rebeldes, intrometidos.

Na tentativa de controlar a conduta inapropriada de seus filhos, na observação de Barkley (2000), os pais seguem vários caminhos, buscando outras estratégias. Inicialmente tentam ignorar a atenção a seus filhos quando estes exibem um comportamento hiperativo, acreditando talvez que esse comportamento possa ter por objetivo chamar a atenção; assim, ao ignorar a criança poderia ocorrer a diminuição ou solução do problema. De acordo ainda com Barkley (2000), como o comportamento da criança não é meramente resultado da obtenção de atenção, essas técnicas provavelmente não terão sucesso. Com a continuação ou identificação do comportamento disruptivo, os pais passam a dar mais ordens, a ditar mais normas, especialmente aquelas voltadas a controlar os impulsos da criança. Essas ordens são geralmente inibidoras, restritivas e irão repeti-las freqüentemente.

Num certo momento, os pais podem experimentar sentimentos de frustração, fracasso e até mesmo exasperação devido às constantes e repetidas ameaças, direcionamentos. Esse procedimento dos pais em motivar seu filho portador da síndrome a ouvir e obedecer, falha (como freqüente acontece), eles podem evoluir para o uso da disciplina física ou outras formas de punição para retomar o controle sobre o comportamento rebelde da criança. Alguns pais podem, simplesmente, desistir nesse ponto, cedendo ao seu comportamento, concordando com ela e fazendo suas tarefas ou simplesmente fugindo, deixando a tarefa por fazer. Caso a criança comece a obedecer, mas a qualidade da obediência for fraca, os pais seguirão auxiliando-a na realização das tarefas domésticas.

Alguns pais, segundo Bakley (2000), parecem ter atingido um estado de fracasso na condução de seu filho que poderia ser melhor descrito como sendo um estado de “impotência aprendida”. Eles fazem mínimo ou nenhum esforço para dar ou reforçar ordens a seus filhos, deixando-os fazer o que lhes agrada. Eles começam a se “libertar” da criança, proporcionando a ela pouca ou nenhuma supervisão. Nesse ponto, muitos pais relatam depressão, baixa auto-estima em seu papel e demonstram insatisfação, resistência com o envolvimento em suas responsabilidades paternas.

Resumidamente, viver com uma criança portadora de TDAH pode comprometer seriamente a saúde mental dos pais e seu compromisso com a paternidade. É imprescindível monitorar a criança, ajudá-la, viabilizar meios de inserção no contexto familiar, social, mas também acompanhar os pais, instrumentalizá-los para que possam lidar com as realidades que advém desse problema.

Não há dúvida que pais de crianças com TDAH, especialmente mães, e particularmente quando o filho é muito pequeno, experimentarão maior estresse do que pais de crianças sem TDAH. Barkley (2000), acompanhando um número considerável de famílias com crianças com TDAH, verificaram que as mães das crianças com TDAH apresentam níveis baixos de

auto-estima maternal e experimentam mais depressão, autocensura e isolamento social do que as outras. Percebeu ainda, que o estresse de criar uma criança com TDAH e o risco maior de problemas emocionais e pessoais pode comprometer até mesmo um relacionamento ou casamento, especialmente, quando o filho tem um comportamento seriamente opositor e agressivo.

Pais de crianças com TDAH vêm modificadas as relações familiares, até mesmo as relações sociais. “(...) podem experimentar uma forma de isolamento social em detrimento de suas habilidades de cuidados com seu filho e seu próprio bem-estar emocional.” (Barkley, p.127)

Barkley (2000) menciona em suas pesquisas que, os pais biológicos de crianças com TDAH são mais suscetíveis a apresentar TDAH e outros transtornos psiquiátricos, sendo os mais comuns problemas de conduta, comportamento anti-social, alcoolismo, alterações de humor e incapacidade de aprendizagem. Deve-se lembrar, entretanto, que esses transtornos psiquiátricos estão associados a agressividade e comportamento anti-social da criança e não tanto com a apresentação desse transtorno. “Quanto mais agressivo e anti-social for o comportamento da criança, maior o número e a severidade dos transtornos psiquiátricos entre os familiares.” (Barkley, p.127)

Assim colocado, ter uma criança com TDAH provoca um grande estresse sobre os pais, particularmente sobre as mães. O comportamento exigente, intrometido, inapropriado e bastante intenso da criança com TDAH, assim, como sua limitação em controlar impulsos, orientar sua atenção, resultam em maiores esforços por parte dos pais para orientar e supervisionar suas ações.

4.6 Quatorze princípios para lidar com uma criança com TDAH

Barkley (2000), a partir das pesquisas e das observações feitas, definiu quatorze princípios que auxiliam os pais, propondo diretrizes eficazes em como lidar com uma criança com TDAH. Caracterizam-se por princípios práticos, inseridos no dia-a-dia da criança, que norteiam suas condutas, posicionamentos, como pedras fundamentais no manejo diário do comportamento dela, de modo a favorecer uma relação menos conflituosa e mais proveitosa entre pais e filhos.

Acrescenta Barkley (2000):

“O TDAH é uma deficiência de auto-controle que alguns profissionais denominam de funções executivas críticas de planejamento, organização e condução de comportamentos humanos complexos por longos períodos de tempo. Isto é, numa criança com TDAH, a porção “executiva” do cérebro, que supostamente deve estar organizada e controlando o comportamento, auxiliando a criança a planejar o futuro e a seguir planos, faz um trabalho muito pobre.” (Barkley, p.157)

Assim a criança com TDAH não sofre de falta de habilidades ou conhecimentos; mostrar como fazer algo para corrigir seus problemas não será muito útil, sendo mais eficaz dar instruções claras, reorganizar seu trabalho para que seja mais motivador e interessante. Faz-se, portanto imprescindível, redirecionar seu comportamento a objetivos futuros versus gratificação imediata e proporcionar recompensa imediata por ter completado uma tarefa ou por ter aderido a regras.

Parece simples teoricamente, mas na prática é um grande desafio para os pais. Esses princípios proporcionam aos pais condições de projetar uma programação para ser aplicada em casa e na sala de aula. Os quatorze princípios elencados por Barkley(2000) serão apresentados em linhas gerais, sem a pretensão de investigar detidamente, aprofundar seu conhecimento teórico e prático.

1. Respostas e Resultados mais Imediatos

Como Virgínia Douglas renomada psicóloga canadense e especialista em TDAH, crianças com TDAH parecem viver muito mais sob o controle do momento do que as crianças

normais. Por conseguinte, ou você se torna parte desse momento, ou terá pouca influência sobre seu filho com TDAH.

Quando elas são colocadas diante de trabalho que julgam enfadonhos, tediosos ou não recompensador, sentem necessidade de encontrar algo mais interessante para fazer. Para que permaneçam na atividade, teremos de nos organizar para respostas e resultados positivos podem ser que tornem a tarefa recompensadora, bem como conclusões negativas mais leves para interromper a atividade. De forma semelhante, quando a criança tentar mudar comportamentos negativos, os pais devem proporcionar recompensas e respostas rápidas pelo que ela conseguiu realizar de positivo.

Respostas positivas podem ser dadas sob a forma de elogios, cumprimentos ou de afeição física, mas de maneira que se expresse enfaticamente aquilo que a criança realizou de bom, de positivo. Em algumas circunstâncias, deverá envolver recompensas como privilégios extras, pois somente os elogios dos pais não serão suficientes para motivar a criança a permanecer na tarefa solicitada. Assim qualquer tipo de resposta quanto mais imediatamente for fornecida, mais eficiente será.

2. Respostas mais Frequentes

Segundo Barkley (2000), crianças com TDAH necessitam de respostas e resultados não apenas imediatos podendo muitas vezes, mostrar-se mais eficaz quando dados ocasionalmente, embora sejam mais benéficos quando frequentes. Reconhecidamente, ir muito longe com isso pode ser irritante para a criança e cansativo para os pais, mas é necessário fazê-lo persistentemente.

Vejamos um exemplo:

“(…) em vez de agradar uma criança que apresenta problemas consideráveis para terminar a lição de casa quando finalmente toda lição fica pronta, ou punir a criança por não terminar após várias horas quando deveria levar apenas 20 minutos, é preferível instruir a criança que ela pode ganhar pontos por ter completado cada

problema de matemática, e que os pontos se somam até que ele possa conquistar um privilégio. Um tempo limite razoável – 20 minutos também deve ser estabelecido para toda tarefa designada e, quando o tempo acaba, a criança é multada e perde um ponto por cada problema não-resolvido. Durante o período de trabalho, elogia-se freqüentemente a criança pelas tarefas ainda por fazer e diz palavras de encorajamento para manter o trabalho com empenho, ao mesmo tempo em que registra pontos.” (Barkley,pgs. 158 e 159)

3. Utilize Resultados mais Potentes e Abrangentes

A criança com TDAH precisa de resultados mais significativos e potentes para motivá-la a realizar trabalhos, a seguir regras ou a comportar-se bem. Esses resultados mais significativos podem incluir afeição física, privilégios, lanches, divertimentos especiais, recompensas materiais como brinquedos e até mesmo dinheiro.

“Isso parece violar o conhecimento geral de que a criança não deve ser recompensada materialmente com muita freqüência, pois essas recompensas poderiam substituir recompensas intrínsecas, como o prazer da leitura, o desejo de satisfazer os pais e amigos, o orgulho de conduzir um trabalho ou atividade nova ou a estima dos colegas por sair-se bem em um jogo. Essas formas de reforço ou recompensa, porém, são muito menos capazes de influenciar a criança portadora de TDAH para se comportar bem.” (p.159)

4. Utilize Incentivos Antes de Punir

Quando a criança se comporta mal e os pais lançam mão de punições, isso pode ser bom para crianças sem TDAH, que tem esse comportamento ocasionalmente, mas não é justo para uma criança com TDAH. Segundo Barkley(2000), punição quando usada isoladamente ou na relativa ausência de recompensa e respostas positivas, não é muito eficiente para mudar um comportamento. Frequentemente, isso gera ressentimento e hostilidade e, eventualmente, ela passa a evitá-los. Deve-se evitar a tendência habitual de punir primeiro, seguindo essa regra: positivos antes de negativos.

Barkley(2000) acredita que:

“A regra de usar positivos antes de negativos é simples: quando você quer mudar um comportamento indesejável, decida primeiro qual comportamento positivo quer substituir com ele. Isso o levará instintivamente a iniciar uma observação dos comportamentos positivos...”. (Barkley, p.160)

Para tanto, os pais devem punir consistentemente, todavia de forma seletiva, apenas diante do comportamento particularmente negativo. Não se deve punir o filho por tudo aquilo que ele fez de errado.

5. Exteriorize Tempo e Pontes de Tempo

A teoria de Barkley(2000) explica que, crianças com TDAH são atrasadas em seu desenvolvimento quanto ao senso interno de tempo e de futuro. Por não possuírem o mesmo senso de tempo de uma criança normal, não conseguem responder da mesma forma, nas atividades que envolvem limites de tempo e preparação para o futuro. Precisam de alguma referência externa sobre o período de tempo permitido para uma determinada tarefa. É imprescindível aos pais usar qualquer meio para exteriorizar o intervalo de tempo e dar a criança uma forma mais precisa de marcar o tempo durante o trabalho. Para tarefas que envolvam intervalos de tempos mais longos, a elaboração de uma ponte, isto é, quebra da tarefa em pequenas partes, porções a serem realizadas um pouco a cada dia. Essa ponte de tempo, seguramente, auxilia a criança com TDAH a realizar tarefas com um espaço de tempo mais amplo, lacunas maiores, e que sem essa metodologia certamente ela encontraria grandes dificuldades.

6. Exteriorize a Informação Importante no Ponto de Performance

Como o trabalho de memória ou a habilidade de manter informações necessárias em mente para completar tarefas estão prejudicadas significativamente em uma criança portadora de TDAH, pode ser muito útil colocar informações importantes em formato físico no ponto em que o trabalho deve ser realizado. “(...)Denomino esse ponto de ponto de performance –

uma frase que Sam Goldstein inventou para se referir ao local e tempo crítico para realização de uma tarefa.”(Barkley, p.161)

Caso a criança tem lição de casa para fazer na mesa da cozinha (onde pode ser supervisionado durante o preparo do jantar, por exemplo), é interessante colocar diante dela um cartão com regras e lembretes importantes como “permaneça fazendo sua tarefa, não saia e peça ajuda se precisar”, ou “leia as instruções cuidadosamente, faça toda a lição e, quando acabar, volte ao começo e cheque novamente todas as respostas para ver se ficou tudo completo e correto”. Esse lembretes devem ser elaborados sob medida, para se dirigir a problemas que cada criança apresenta naquele determinado ponto de performance.

7. Exteriorize a Fonte de Motivação no Ponto de Performance

Como sugerem as teorias de Barkley(2000), crianças com TDAH têm problemas para interiorizar não apenas tempo e regras, mas também com relação a motivação. Não conseguindo reunir forças internas para realizar uma atividade considerada enfadonha, tediosa, demorada ou trabalhosa. Esse déficit na motivação intrínseca, como observou Barkley (2000), pode ser sobrepujado em alto grau, dando-se à criança um “*empurrão*” de motivação externa como incentivo: recompensa ou reforço por ter se comportado, limitado sua atividade e seguido as regras. Esse incentivo pode ser oferecido ao permitir-se que ela ganhe algo quando o trabalho for realizado.

8. Torne Mais Físicos o Pensar e a Resolução de Problemas

Crianças com TDAH não parecem capazes de lidar tão bem com informações mentais quando tem de parar e pensar sobre uma situação ou problema. Elas respondem impulsivamente sem valorizar as suas opções. Barkley (2000) acredita ser bastante útil e de grande ajuda buscar formas de representar um problema e suas soluções de forma física. Pode

ser a forma de informação mais difícil de exteriorizar-se, mas parece particularmente eficaz com trabalhos escolares. Portanto, sempre que um problema deve ser resolvido, é importante pensar em alguma forma de tornar esse problema e suas partes em uma possível solução física, para que a criança possa tocá-lo, manipulá-lo, movê-lo e, então, organizar os pedaços de informação de forma a ajudá-la a resolver o problema.

9. Lute por Consistência

Barkley (2000) sugere que os pais utilizem sempre a mesma estratégia para controlar o comportamento de seu filho: ser imprevisível ou capcioso ao dar ordens é convite comum ao insucesso, assim como perder as esperanças, quando um novo método de controle falha, produzindo resultados imediatos desastrosos. Usar consistência significa considerar quatro aspectos importantes: 1) ser consistente com o tempo; 2) não abandonar de imediato um programa de mudança de comportamento que apenas tenha iniciado; 3) responder da mesma forma quando as situações se modificam e 4) ter certeza que o pai e a mãe utilizam os mesmos métodos.

10. Não Fale Muito, Aja!

Goldstein (1997), psicólogo e especialista em trabalhos clínicos com TDAH, sugeriu de forma enfática, que os pais devem ser mais comedidos com suas falas, falar menos e mais firme nas atitudes; utilizar as consequências: aja, não fale muito! A criança com TDAH não apresenta falta de inteligência, habilidades ou raciocínio, portanto, simplesmente falar não alterará seu problema de base neurológica; certamente por ser mais sensível às consequências e respostas que os pais utilizam. Assim, os pais devem frequentemente agir com rapidez.

11. Planeje-se com Antecedência para Situações Problemas

Segundo Barkley (2000), a capacidade dos pais em prever onde seus filhos costumam ultrapassar os limites impostos e da surpresa em perceber como poucos parecem fazer bom uso dessa informação. O referido pesquisador sugere cinco passos simples antes de encarar qualquer situação problemática:

- **Passo 1** - Pare logo antes de entrar no local com chances de um problema potencial, como lojas, restaurantes, igrejas ou casa de amigos;
- **Passo 2** - Revise com a criança duas ou três regras que ela geralmente tem problemas para seguir, sem explicações cansativas, apenas uma breve determinação das regras. Peça, então, à criança que repita essas simples regras;
- **Passo 3** - Aprimore a recompensa ou incentivo que a criança pode ganhar por obedecer às regras;
- **Passo 4** - Explique a punição que pode ser usada, como a perda de um privilégio;
- **Passo 5** - Siga seu plano quando adentrar a situação e lembre-se de dar respostas imediatas e frequentes à criança enquanto estiver nela. Se necessário, punir prontamente a criança por qualquer ato que viole as regras.

12. Mantenha uma Perspectiva da Deficiência

Por vezes, frente à dificuldade de conduzir uma criança com TDAH, os pais podem perder de vista a realidade problemática que acompanha essa criança e tornarem-se enfurecidos, irritados, confusos ou, por muito menos, frustrados quando suas tentativas de controle não funcionam. Podem até nivelar-se a elas e argumentar sobre a questão de como outra criança se portaria. É importante lembrar que os pais são adultos. Caso alguém precisa manter o juízo, esse alguém deve ser os pais.

Uma forma de conservar-se calmo em determinadas circunstâncias é tentar alguma distância psicológica dos problemas de seu filho.

13. Não Personalize os Problemas de Seu Filho

É importante os pais não permitirem que seu senso de auto preocupação e dignidade pessoal tornem-se notícia caso eles “vençam” um argumento ou conflito com seu filho. É imprescindível ficar calmo, se possível manter o senso de humor sobre o problema e seguir de todas as formas os outros princípios já referidos, quando responde a seu filho. Às vezes, isso pode até significar deixar a situação por um momento, dirigindo-se a um recinto diferente para recompor-se psicologicamente.

14. Pratique o Perdão

Praticar o perdão é o princípio mais importante, segundo Barkley (2000), mas geralmente o mais difícil de empregar consistentemente na vida diária: i) cada dia, depois que seu filho for colocado na cama ou antes que você durma, gaste apenas um momento para rever o dia que passou e desculpe a criança pelas transgressões, isso não significa que a criança não deve ser responsabilizada pelas más ações e sim que os pais devem deixar para trás qualquer mágoa; ii) torna-se imprescindível concentrar-se em perdoar outras pessoas que possam ter interpretado mal o comportamento inapropriado da criança naquele dia e que agiram de maneira ofensiva, ou simplesmente rejeitaram a criança, rotulando-o de preguiçoso ou moralmente defeituoso e iii) os pais devem aprender a perdoar-se por seus próprios erros ao tentar controlar a criança. Crianças com TDAH tem a capacidade de trazer à tona o pior nos pais, o que com frequência resulta em pais se sentindo terrivelmente culpados de seus próprios erros, sem se permitirem cometer os mesmos erros repetidamente sem consequências.

Percebemos que estes princípios são os mais difíceis de se aderir, mas os mais fundamentais à arte de conduzir a criança com TDAH pacífica e eficientemente.

5. CONSIDERAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DA CRIANÇA COM TDAH NA ESCOLA

Dentre os inúmeros desafios enfrentados pela criança com TDAH, indubitavelmente, o ajustamento na escola configura-se com um dos mais complexos. Em seus estudos Barkley (2000) concluiu que um terço ou mais de todas as crianças portadoras ficam para trás na escola, no mínimo uma série, durante sua carreira escolar, e até 35% não completam o ensino médio. As notas e os pontos acadêmicos conseguidos encontram-se significativamente abaixo das notas de seus colegas de classe.

O papel do professor nesse contexto é de fundamental importância. As relações professor-aluno afetam consideravelmente a adaptação da criança portadora de TDAH no ambiente escolar. O conhecimento do professor sobre esse transtorno e a boa vontade para desempenhar esforços extras para compreender o universo dela e ajudá-la, constituem certamente, uma grande diferença. Compreende-se, entretanto, que não cabe ao professor, unicamente, a responsabilidade de incluí-la e viabilizar os meios necessários para sua permanência na escola, faz-se mister que uma equipe de profissionais qualificados (psicólogo, professor itinerante, etc) dêem também suporte.

Os professores geralmente respondem aos problemas desafiadores exibidos pelas crianças portadoras de TDAH assumindo posturas controladoras e autoritárias. Com o tempo, suas frustrações com tais crianças podem torná-los ainda mais negativos em suas interações. Essas experiências negativas podem comprometer as já tão pobres conquistas sociais e acadêmicas dessas crianças, reduzindo sua motivação para aprender e sua auto-estima, resultando até em insucesso e abandono da escola. Contrariamente, uma relação professor-aluno positiva, pode melhorar seu desempenho acadêmico e social. Como mediador nesse processo o professor pode marcar positiva ou negativamente a criança com TDAH,

colocando-se como instrumento ou entrave no desenvolvimento das suas potencialidades, bem como em sua inserção no meio escolar e social.

Quando uma escola se dispõe a acolher crianças com necessidades educacionais especiais, torna-se imprescindível o trabalho dos mediadores na inserção dessa no ambiente escolar: profissionais capacitados para auxiliar tanto o professor como os alunos.

Algumas considerações sobre a estrutura do ambiente escolar, regras a serem observadas em sala de aula, compreendemos como relevante na inclusão da criança especial na escola.

No passado, os profissionais pediam aos pais e aos professores para que reduzissem a quantidade de estímulos na sala de aula, porque poderia levar a excessiva distração dessas crianças. Pesquisas que avaliaram tais medidas verificaram, entretanto, que elas não melhoravam o comportamento na sala de aula nem o desempenho acadêmico. De forma similar, a crença de que salas de aula tradicionais são demasiadamente restritivas e de que classes que permitem maior liberdade e flexibilidade possam confundí-las quanto aos limites já definidos.

Barkley (2000) sugere algumas características para sala de aula da criança com TDAH:1) Distribuição das cadeiras em sala de aula, tendo em vista que trabalhos recentes demonstram que as cadeiras devem ser dispostas em fila (disposição tradicional), voltadas para a frente da sala de aula . O arranjo modular, no qual várias crianças dividem uma mesa grande, especialmente se voltadas umas para as outras enquanto trabalham, parecem proporcionar estímulos excessivos, o que certamente, provocará desatenção ao trabalho escolar. E ainda, a criança deve ser colocada o mais perto possível da mesa do professor o mais possível do local onde ele permanece a maior parte do tempo, quando orienta e instrui a turma. Assim posto, alterar a disposição das cadeiras em sala de aula é um dos meios eficazes para melhorar o comportamento dessa criança na sala de aula.

As salas de aula que são fisicamente inclusas (entre quatro paredes e uma porta) são geralmente muito melhores para uma criança com TDAH do que as assim chamadas salas de aula abertas, que são geralmente mais barulhentas e apresentam diversas possibilidades para distração visual. Certamente, ambientes muito barulhentos se associam à menor atenção para o trabalho e a maiores níveis de comportamento disruptivo.

Uma rotina bem organizada e previsível numa sala de aula. Também é muito útil. Segundo Barkley (2000), a disposição de uma escala de regras para esse ambiente escolar pode ser adicionada a esse senso de estrutura. É importante ainda que visualmente a criança seja lembrada das normas de funcionamento da sua sala de aula e da sua escola. Utilizar cartazes de retorno na frente da classe mostrando como as crianças seguem as regras, se comportam e trabalham pode também ajudar a criança com TDAH. Sabe-se que as tarefas acadêmicas devem se adequar às habilidades da criança. Aumentar a inovação e o nível de interesse nas tarefas através do uso de maior estimulação parece reduzir o comportamento disruptivo, aumentar a atenção e melhorar o desempenho total delas.

De fato, torna-se importante o professor mudar o estilo de apresentação de aulas, tarefas e materiais para ajudar a manter o interesse e a motivação da criança com TDAH. Quando são designadas tarefas passivas ou pouco interessantes, devem ser intercaladas com tarefas dinâmicas ou de grande interesse, favorecendo a atenção e a concentração. Tarefas que requerem uma resposta ativa como oposição à passividade permitem também que as crianças com TDAH canalizem melhor seu comportamento disruptivo em respostas construtivas. O Combinar aulas com momentos breves de exercício físico na sala de aula também pode ser uma sugestão útil, por produzir o senso de fadiga e monotonia, proporcionando mais disposição para enfrentar períodos extensos de trabalho escolar. Essa atitude pode renovar a capacidade de atenção não apenas da criança portadora, mas das outras crianças também.

As atividades escolares podem ser mais breves para se adequarem à capacidade de atenção da criança. É importante fornecer um retorno imediato em relação à realização das atividades, e os limites para sua realização, devem ser em espaços curtos.

Assim, a atenção de uma criança durante uma atividade em grupo pode crescer com um estilo de aula mais entusiasmada, breve e que permita a participação ativa da criança.

Vale lembrar a importância do professor dominar um conhecimento significativo acerca desse transtorno, aliás, imprescindível, na condução do processo educativo. Para tanto, acessar a literatura existente nessa área e estar atento às inovações sobre o tema: ser um investigador.

5.1 Estudo de um caso:

No período de outubro de 2002 a julho de 2003, em uma escola da rede particular de ensino, foi observada uma criança com diagnóstico de Síndrome/Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. O estudo aconteceu numa sala de 4ª e 5ª séries, de forma sistemática, em curtos espaços de tempo, mediante observação direta em sala de aula, sem intervenção no processo educativo. Foram realizadas também entrevistas com a mãe, professoras e coordenadoras dos diferentes níveis da criança (anexo 1) e coleta de material (atividades/avaliações) com o objetivo de delinear seu perfil e a natureza do transtorno.

A observação na instituição revelou um manifesto esforço da equipe pedagógica da escola em favorecer meios para refletir e instruir o seu corpo docente a cerca da educação inclusiva. Percebeu-se aqui a resistência e a insegurança de alguns decorrentes, talvez, dos desafios a serem enfrentados, da impossibilidade de ter “*receitas prontas*” e respostas conclusivas.

Uma equipe de apoio constituída por duas psicólogas e uma psicopedagoga auxiliam os professores, os pais, os alunos e coordenadores nas dificuldades surgidas; a psicóloga

escolar realiza um acompanhamento individual com o aluno e a família para orientação e encaminhamento a outros profissionais, quando necessário, sendo o atendimento especializado realizado fora da escola. E esses profissionais (terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, psicóloga, neuropediatra) que prestam o atendimento extra-escolar estabelecem contato com a escola, através de reuniões periódicas agendadas pela instituição.

As entrevistas e observações nos forneceram informações elucidativas sobre os problemas do sujeito desse estudo e serão compartilhados a seguir.

5.2 Dados de Identificação da Instituição (Anexo 2)

I – Depoimento da Mãe (dez/2002)

Segundo relato da mãe, M.C., primogênita de cinco filhos de um casal de classe média alta, desde muito pequena apresentou uma atividade motora excessiva. Começou a andar aos 10 meses, bem antes, em relação aos outros irmãos e passava rapidamente de uma brincadeira a outra. Até por volta dos quatro anos, a mãe não percebia um comportamento diferenciado, apesar de em certos momentos, suspeitar de alguma coisa; todavia, somente a partir do nascimento da 2ª filha, começou a observar em M.C. atitudes diferenciadas. À medida que a irmã crescia, percebia também reações diferentes. A partir de então resolveu procurar ajuda de um profissional.

Iniciou sua vida escolar com um ano e 4 meses no Colégio Shalom*.

“Tudo começou pela hiperatividade...” Segundo a mãe ela não conseguia sentar no chão e nem permanecer em brincadeiras calmas. Desde o início da educação infantil, iniciava uma brincadeira e não concluía. Não teve grandes dificuldades no processo de alfabetização devido ao acompanhamento sistemático da mãe, que supervisionava as atividades.

Esse acompanhamento, segundo ela, era difícil, cansativo, estressante para ela como para a filha. No intuito de ajudar e colaborar com a aprendizagem, a mãe tornava expostas

algumas dificuldades, limites, reforçava alguns comportamentos. “(...) Cobrei além do que ela poderia dar. Acredito que eu pudei a M.C...” Com o desejo de ver superada algumas dificuldades de atenção e falta de controle dos impulsos, os pais julgaram ter podado sua expressividade, limitado sua opinião.

“A impulsividade, acredito, que foi podada”. Ao observar suas atitudes impulsivas, hiperativas exercia um controle ferrenho sobre ela, sendo constantemente observada e direcionada no seu comportamento social.

Sobre suas atividades: constantemente corria pelo apartamento, subindo em objetos altos, colocando-se em situações de perigo; não conseguia brincar de boneca com a irmã e de nenhuma outra brincadeira que exigisse atenção, raciocínio; evitando jogos com dificuldades (ex:perfil); preferindo brincar quando tem a certeza de algo que já sabia, além de interrogar a mãe, repetidas vezes.

Segundo a mãe, M.C. tem auto-estima baixa, insegurança, não acreditando nas suas capacidades que outros percebem nela. Irrita-se profundamente com a segurança da 3ª irmã; com as respostas que a 2ª consegue dar e ela não. Quase nunca escuta a pergunta pela primeira vez, necessitando que sempre seja repetida, para obter uma resposta.

Sobre medicação utilizada, fez uso quando criança de TEGRETOL por um curto espaço de tempo. Seguindo a orientação da neuropediatra que a acompanhava, sendo seu uso interrompido após a constatação através de exame, de um comprometimento de um lado do cérebro que teria propensão a convulsões.

Relato Sobre M.C.

O caso de M.C. ilustra os sintomas clássicos relacionados ao TDAH: desatenção, pouca capacidade para fixar-se numa tarefa até o final, impulsividade e incapacidade de

pensar no que faz antes de agir, hiperatividade e impaciência freqüente. Assim como para a maioria das crianças com TDAH, os problemas de M.C. foram percebidos nos anos da educação infantil, mas só foram diagnosticados após alguns anos. A ajuda profissional foi procurada ainda muito cedo pelos pais.

Urge referir que, há pouco mais de um século, M.C. não teria sido diagnosticada como portadora de um transtorno, mas seus “*sintomas*” provavelmente seriam notados. Se ela vivesse na Alemanha, provavelmente seria chamada de “irrequieta Phil”, ou mais precisamente “irrequieta Phillis”. Aquela época que Hoffman, um médico alemão, escreveu um poema com esse nome sobre um garoto hiperativo. Provavelmente, apenas aqueles que convivessem com M.C. a considerariam um problema real.

Tivesse ela nascido 40 anos mais tarde na Inglaterra, poderia ter sido encaminhada ao Still, médico britânico pioneiro na publicação da descrição de 24 crianças como M.C.. Seus pais poderiam receber a notícia de que ela sofria de um defeito da força de vontade ou inibição volitiva, como denominava Still. Ele poderia ter dito que suas ações ilustravam um sério defeito no controle moral de seu comportamento e poderia ter concluído que sua causa era neurológica. E, ainda, como pouco se sabia sobre como tratar tal problema, o prognóstico para M.C. teria sido provavelmente desolador se comparado aos padrões atuais de tratamento. É muito provável que M.C. não recebesse diagnóstico de nenhum transtorno, mas que fosse encarada como mal-educada, passional(emocional) ao extremo ou mesmo como idiota, apesar de seu desenvolvimento intelectual normal. Naqueles dias, ela bem poderia ter de enfrentar uma vida de rejeição social, ostracismo e dificuldades nos estudos. Nos dias de hoje, com uma intervenção precoce, M.C. e sua família são dadas esperanças não apenas para o manejo dos sintomas do TDAH, mas também para possivelmente minimizar o impacto do TDAH no seu desenvolvimento.

Diante das observações em sala, de seus relacionamentos com professores, colegas, funcionários da instituição, dos comportamentos e atitudes apresentadas e acompanhamento das avaliações e atividades, pode-se inferir que o diagnóstico precoce e o acompanhamento constante da família foram um diferencial na vida de M.C.. A sua vida escolar não corresponde às teorias a cerca da aprendizagem de uma criança com esse transtorno; M.C. é uma das melhores alunas da sua sala, obtendo em algumas disciplinas o índice de notas mais elevado da turma. É extremamente criativa, escrevendo poesias, fazendo interessantes composições. É responsável na entrega das tarefas escolares (4ª série) realizadas com a mãe, e agora (5ª série) apenas supervisionada por ela.

A observação colocou-nos ainda diante de uma pré-adolescente que tem uma baixo auto-estima, uma imagem negativa das suas capacidades e dificuldades de relacionamento com os seus pares.

II – Entrevista com a Mãe (Jul/2003)

Pergunta: Você poderia descrever, falar um pouco como foi o período de gestação da M.C. e assim relatar algum dado importante que recorde?

D.: A M.C. é minha primeira filha, eu fiquei grávida dela já na lua de mel e foi uma grande expectativa para nós. Eu queria muito ter uma filha mulher e ela foi assim muito esperada. Apesar de ter sido a primeira filha e ter sido logo após o meu casamento, tudo era muito novo. Mudei de emprego, entrei numa vocação e casei, foram várias experiências novas. A gravidez foi sempre muito bem acolhida, foi muito bem-vinda, foi sempre bem aceita, mas quando eu estava com, a única coisa que me lembro que aconteceu, quando eu estava acho que, em julho, acho que teria uns seis meses, sete menos, ela nasceu em outubro, mais ou menos isso, fui fazer parte do acampamento do Shalom, das campanhas, das gincanas e me envolvendo com as gincanas, andei dando uns pulos e aconteceu de ter rompido algo e houve um

vazamento, posso dizer que de água. Eu vim para Fortaleza para ter um certo repouso, e tudo. Então minha vida era mesmo agitada, fazia várias atividades, primeiro porque não tinha filhos e segundo, minha vida precisava disso, ainda hoje é assim e na época também era. Houve esse momento que aconteceu isso, eu voltei pra casa, fiquei com mais repouso. Agora o parto, foi normal, apesar de que ela demorou muito pra nascer, não que passasse do tempo, mas demorou muito dentro da sala de parto. O primeiro filho achei que isso fosse tudo normal, mas nasceu, depois que nasceu foi que o médico disse que foi um pouco difícil, mas não foi de fórceps, só foi difícil a passagem, a saída.

Pergunta: Você poderia ainda descrever como foram os primeiro anos de vida: fatos importantes, momentos que foram relevantes ou descreva em linhas gerais esses primeiros anos de vida da M.C.?

D.: Bom, o 1º ano de vida, M.C. mamou até os três meses, quatro meses, graças a Deus eu consegui uma pessoa muito boa para cuidar dela nos três primeiros meses e depois até um ano e pouco, e toda vida ela ficava comigo ou com essa babá que era uma pessoa muito boa, muito cuidadosa, que gostava muito dela. E M.C. sempre foi uma criança saudável, a única coisa que ela teve foi uma alergia muito grande quando tinha 10 meses, chegando a tomar corticóides, porque pegou uma alergia ao medicamento. Foi o que mais marcou de grave nesse tempo. Então ela chegou a tomar corticóide durante uns 10 dias. M.C. também entrou na escola muito nova, na época eu era professora na escola, então quando ela fez um ano e quatro meses entrou na escola no maternalzinho, mas era no mesmo período que eu ensinava. Sempre na hora do meu recreio eu ia lá, olhava, e ela não estranhou porque sabia que estava ali comigo, mas no ano seguinte ela fez novamente o maternal I. E daí foi, quando a M.C. fez um ano, eu fiquei grávida da minha segunda filha, quer dizer, quando ela fez um ano eu estava com 3 meses de grávida. Então, antes dela completar dois anos, minha segunda filha nasceu. M.C. deve ter sentido, porque ela como primeira filha, mudou de quarto, teve que

deixar o berço, veio para cama; e ela como primeira filha, nós sempre exigíamos dela uma postura mais adiantada, assim, logo ela teve que dormir sem grade na cama, logo teve que fazer certas atitudes que talvez ainda não tivessem no tempo dela. Dormir de cama, mas logo aprendeu a dormir de cama sem grade e aí quando a minha filha, a segunda, começou, cresceu e ficou na idade de brincar com ela foi que nós vimos a diferença de comportamento. A M.C. tinha um comportamento muito, como é que eu posso dizer, “agoniado”, assim muito “excitado”. Era uma criança muito excitada, só gostava de brincar se fosse pulando, se fosse subindo bem alto, se fosse correndo. Nós morávamos em apartamento, ela pulava da janela dela para a varanda, ela fazia atitudes que nós achávamos que era de uma criança... Ainda mais menina e a gente pode comparar com a segunda, porque a diferença de uma pra outra ficou muito pouca, ficou de um ano e três meses, a diferença de uma pra outra. Eu tive como comparar, aí comecei a achar que aquele comportamento não era normal. Quando ela trazia as atividades do colégio: seja pintar, ela não queria, ela não tinha paciência de começar e terminar, começava, parava, e dizia: “-Mãe, cansei”. Jogava os lápis, mais tarde é que ela ia terminar as atividades do colégio. Isso foi me alertando, procurei uma neurologista, achando já que ela tinha alguma coisa e tudo; e a neurologista na época passou um remédio para ela e tudo. Só que eu dava e não sentia um resultado, M.C. tinha por volta dos quatro anos, cinco anos, por aí, sou horrível para data, pra lembrar números. E então M.C. tinha quatro ou cinco anos e neurologista realmente diagnosticou algo e me passou a medicação. Passaram-se seis meses, um ano e a medicação e não via grandes melhoras. O comportamento dela não tinha havido uma melhora, era o mesmo. Comecei a questionar, a retirar a medicação porque já que não houve uma melhora, não ia ficar dando um remédio controlado só por dar, eu questionei, e eu e meu marido decidimos e informamos a médica que estávamos retirando a medicação e ela aceitou e acatou. M.C. ficou uns três anos sem medicação. Quando chegou na terceira série o quadro se agravou, em termos de aprendizagem, começamos a ver que ela não

conseguia as coisas, não conseguia ter uma concentração para estudar, para ter um retorno. Ela não conseguia fazer nada só, nem quando nós ajudávamos. Então procurei novamente a neurologista, e ela diagnosticou então que ela M.C. tinha um déficit de atenção, síndrome de déficit de atenção, mas ela não podia tomar nenhum medicamento porque tinha uma parte do cérebro favorável a ter convulsão. Então ela ficou esse tempo, 3ª e 4ª séries sem tomar nenhum medicamento, agora na 5ª série ela está tendo a oportunidade de tomar a Ritalina, que é o medicamento, que é a medicação, porque a área de convulsão já amadureceu, já não corre tanto risco.

6. CONCLUSÃO

A proposta desse trabalho constituiu na investigação do conceito do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, justificado diante do elevado número de crianças que apresentam esse transtorno, como também instrumentalizar pais, educadores para incluí-los no contexto familiar, escolar e social.

Nesse intuito, o estudo foi estruturado em dois segmentos: o componente teórico – constituído da revisão de literatura acerca desse transtorno, distribuída em quatro capítulos – e o componente empírico, relativo a observação de um caso.

O primeiro capítulo versou sobre a trajetória histórica da identificação de crianças portadoras do TDAH. Referiu a preocupação de profissionais que desde o início do século XX, realizaram trabalhos científicos sobre o assunto. Observou-se uma significativa evolução na compreensão e no conceito desse transtorno.

Cumprir mencionar a valiosa contribuição de alguns estudiosos desse período: Still, por exemplo, propôs uma base biológica para o problema, contrapondo-se a idéia vigente, de “falha moral” no comportamento. Willian James, pai da psicologia americana, especulou que os distúrbios de comportamento seriam devidos a problemas na função inibitória do cérebro em relação à estímulos ou à algum problema no córtex cerebral. Charles Bradley, a partir da descoberta acidental de alguns estimulantes, reforçou a relação do TDAH com o biológico. Laufer estabeleceu o começo da ligação entre o TDAH e alguma estrutura cerebral. Barkley esclareceu finalmente que o TDAH estava associado a alterações no metabolismo cerebral.

Foi discutido ainda, nesse capítulo, que o TDAH tem uma raiz central: a deficiência da inibição. Diante dessa incapacidade de controlar o comportamento, surgem três problemas primários: dificuldade em manter atenção, controle ou inibição dos impulsos e atividade motora excessiva (BARKLEY, 2000; BRONOWSKY,1977).

O segundo capítulo abordou as causas do TDAH pontuando os agentes internos e externos que favorecem ao aparecimento desse transtorno e apresentando alguns dos mitos que não causam o TDAH, surgidos ao longo da história.

O conhecimento das causas tem progredido consideravelmente desde a metade da década de 80. Percebeu-se que os fatores biológicos (anormalidades no desenvolvimento cerebral) configuram a causa do TDAH.

Até o presente momento, estudos indicam que existe uma contribuição genética para essas anormalidades, maior que a dos agentes ambientes ou dos fatores puramente sociais. Os fatores neurológicos geneticamente determinados são apontados como a causa mais importante na explicação desse problema.

O terceiro capítulo enfocou o contexto familiar da criança portadora do déficit de atenção/hiperatividade. Refletiu-se as impressões experimentadas pelos familiares com a comprovação do diagnóstico.

As relações familiares da criança com TDAH são afetadas e modificadas profundamente, transformando as relações sociais. As interações das crianças com os pais, irmãos é consideravelmente comprometida, tendo em vista, as exigências de conviver com um portador desse transtorno. Foi mencionado ainda quatorze princípios que subsidiam os pais para lidar de forma mais efetiva, ofertando diretrizes objetivas e claras e princípios práticos inseridos no seu dia-a-dia, de modo a incluí-la nos contextos familiar e social (BARKLEY, 2000).

O quarto capítulo referiu algumas considerações sobre a escola que acolhe a criança com TDAH. O professor desempenha função relevante nos processos de identificação, mas, sobretudo no atendimento educacional proporcionado aos portadores de TDAH; como um mediador no processo de inserção da criança no ambiente escolar, constitui-se uma peça fundamental; sendo auxiliado por uma equipe de profissionais qualificados. Vislumbramos

ainda que, a estrutura física da escola que recebe criança com TDAH é relevante no seu processo de inclusão. A disposição para organizar uma escala de regras para a sala de aula, bem como posicionamentos pedagógicos flexíveis, abertas às necessidades dessa criança são imprescindíveis no seu acolhimento e permanência na escola.

A observação direta de uma criança portadora do transtorno déficit de atenção/hiperatividade, confirmou o que teorizamos sobre o referido problema. De forma experiencial construiu-se informações sobre esse transtorno a partir da observação e de elementos concretos fornecidos.

7. BIBLIOGRAFIA

- BARKLEY, Russel A. (2000). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Ed. Artmed
- _____ (1998). *Distúrbio de déficit de atenção hiperatividade: Um manual para tratamento e diagnóstico*. 2ª edição. New York.
- BRONOWSKY, J. (1977) . *Linguagens humanas e animais*. Cambridge, MA: Mit Press
- CID – 10. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados. Diagnósticos para pesquisa*.
- CORREIA, Luís de Miranda & SERRANO, Ana Maria (1998). *Envolvimento parental em intervenção precoce*. Porto Editora, LDA
- DSM – V. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (1994). Ed. Artmed
- GOLDSTEIN, Sam & GOLDSTEIN, Michael (1994). *Hiperatividade. Como desenvolver a capacidade de atenção da criança*. Ed, Papirus, Campinas.
- GARDNER, H. (1995). *Inteligências múltiplas*. Ed. Artmed, Porto Alegre
- FREEMAN, J. & GUENTHER, Z. (2000). *Educando os mais capazes – Idéias e ações comprovadas*. São Paulo: E.P.U.
- FONSECA, Vitor da (1995). *Introdução às dificuldades de aprendizagem*. Ed. Artmed, 2ª edição
- LOPES, A. João & NOGUEIRA, Alfredo (1998). *Necessidades Educativas Especiais: Estudos e Investigação*. 1ª edição, Sistemas Humanos e Organizações, LDA.
- MORAIS, Antônio Manuel Pamplona. *Distúrbios de Aprendizagem*. Ed. Edicon, 7ª edição
- NIELSON, L.B. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na sala de aula: Um guia para professores*. Porto: Porto Editora,

ROSS, A. O. (1979). *Aspectos psicológicos dos distúrbios de aprendizagem e dificuldades na leitura*. Mc. GrawHill. São Paulo

ARTIGOS NA INTERNET

Bastos, F; Bueno, M (1999). *Diabinhos: Tudo sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade* – acessado em 20 de junho de 2003 no endereço [http:// w.w.w. neurociências.nu/pesquisa/add.htm](http://w.w.w.neurociencias.nu/pesquisa/add.htm)

Pessoa, Vera. *Tese de Doutorado. Déficit de Atenção/Hiperatividade* – acessado em 03 de junho de 2003 no endereço: [http:// w.w.w. neurociências](http://w.w.w.neurociencias)

8. ANEXOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Categoria: particular

Recursos humanos:

- Direção
- Gerente administrativo
- NAP (Núcleo de Apoio Psicopedagógico)
- Supervisão (Educação Infantil, Ensinos Fundamental I e II)
- Coordenadores Pedagógicos (Educação Infantil, Ensinos Fundamental I e II)
- Sefor (Serviço de Formação Religiosa)
- Professores regulares Apoios pedagógicos
- Auxiliar de coordenação
- Responsáveis pelos laboratórios: Ciências, Informática
- Responsável pela Biblioteca
- Responsável pelo Setor de Esporte
- Responsável pelo Setor de Manutenção
- Tesouraria
- Secretaria e setor pessoal
- Portaria
- Recepção
- Cantina
- Auxiliar de cozinha
- Setor de Marketing
- Setor de Serviços gerais

Modalidades de atendimento:

a) 18 classes de ensino regular

infantil - 7 salas

fundamental i - 4 salas

fundamental ii - 5 salas

médio - 2 salas

(dados coletados no ano de 2002)

b) 15 classes de ensino regular

infantil – 6 salas

fundamental i – 4 salas

fundamental ii – 4 salas

(dados coletados em julho/2003)

NÚMEROS DE ALUNOS COM ATENDIDOS NA ESCOLA.

Série	Nº Alunos	Dificuldades
II período (Infantil)	01	Síndrome não identificada
IV período (Infantil)	01	Leve dificuldade psicomotora
2ª série (Fund. I)	01	Dificuldade auditiva severa
5ª série (Fund. II)	01	Dificuldade auditiva severa
6ª série (Fund. II)	01	Dificuldade de aprendizagem, de expressão de sentimentos e pensamentos e psicomotora
7ª série (Fund. II)	01	Paralisia cerebral, dificuldades psicomotoras e no pensamento lógico-matemático (nível de 2ª série)
8ª série (Fund. II)	01	Dificuldade psicomotora
8ª série (Fund. II)	01	Dificuldade de socialização e expressão do pensamento e sentimentos
8ª série (Fund. II)	01	Hidrocefalia
8ª série (Fund. II)	01	Comprometimento neurológico, acarretando dificuldades na aprendizagem e socialização.
8ª série (Fund. II)	02	Lentidão de pensamento

Observação: Foi observado aluno com déficit de atenção nos Ensinos Fundamental I e II

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

Critério	Condição	Avaliação
Desatenção	Seis ou mais dos seguintes sintomas de desatenção persistem por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento.	<ul style="list-style-type: none"> • Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuidos em atividades escolares, de trabalhos e outros. • Com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas. • Com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavras. • 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). • Com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades. • Com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como fazer tarefas escolares ou deveres de casa). • Com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplos, brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais). • É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa. • Com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.
Hiperatividade	Seis ou mais dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Frequentemente agita as mãos os pés ou remexe-se na cadeira • Frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais espera-se que permaneça sentado. • Frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação). • Com frequência tem dificuldade para brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer. • Está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor” • Frequentemente fala em demasia.
Impulsividade	Seis ou mais dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Frequentemente dá respostas precipitadas antes das perguntas terem sido completadas. • Com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez. • Frequentemente interrompe ou mete-se em assuntos de outros (exemplo: intromete-se em conversas ou brincadeiras)

Observações: a) Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos sete anos de idade; b) Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (exemplo: na escola, no trabalho, em casa); c) Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

