

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO – CETREDE
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE FUNDAMENTOS DA EDUCAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA**

TRANSTORNO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE - TDAH

LORENNA GOMES DE OLIVEIRA

**FORTALEZA- CEARÁ
2010**

TRANSTORNO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE - TDAH

LORENNNA GOMES DE OLIVEIRA

MONOGRAFIA SUBMETIDA À COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.

Esta monografia foi submetida como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Psicopedagogia, pela Universidade Federal do Ceará e encontra-se a disposição dos interessados na Biblioteca Central da referida Universidade.

A citação de qualquer trecho desta monografia é permitida, desde que seja feita de conformidade com as normas da ética científica.

Lorena Gomes de Oliveira

MONOGRAFIA APROVADA EM: ____/____/____

Glauca Maria de Menezes de Ferreira L. D.
Orientadora

Dedico este trabalho a Deus, que colocou em minha vida acadêmica pessoas significativas, que transformaram as situações adversas em desafios para serem superados com determinação e aprendizagem, fazendo com que a verdadeira amizade demonstrada seja de fato o diferencial na relação interpessoal.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me deu vida e inteligência, e me dá força para continuar a caminhada em busca de meus objetivos.

Aos meus pais pelo amor, carinho, dedicação e apoio incondicionais que sempre me deram em todos os momentos de minha vida e pela contribuição em mais uma vitória.

Aos professores que dividiram seus conhecimentos com responsabilidade e competência que transformaram estes momentos em grandiosos saberes.

E aos demais que, de alguma forma, contribuíram na elaboração desta monografia.

“As dificuldades despertam em nós capacidades que em circunstâncias normais estariam adormecidas” (Horácio).

RESUMO

O texto a seguir tem como tema, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), assunto que vem sendo considerado por alguns profissionais da educação, como um dos fatores que tem impacto no desenvolvimento do indivíduo nos processos educativo e pessoal. Sendo considerado um dos transtornos mais comuns da infância e da adolescência, porquanto afeta entre 3% a 6% das crianças em idade escolar, e repercute na vida da criança e do adolescente levando a prejuízos em múltiplas áreas, como adaptação ao ambiente acadêmico, relações interpessoais e desempenho escolar. A importante contribuição de fatores genéticos para o seu desenvolvimento é sugerido por estudos epidemiológicos, que mostram não só uma recorrência familiar significativa, bem como uma hereditariedade bastante alta para esse transtorno. Atualmente, tendo-se em vista a impossibilidade de cura, métodos e práticas são divulgados na tentativa de minimizar os seus efeitos, possibilitando um crescimento digno, e maiores possibilidades de adaptação social aos portadores. As páginas seguintes estão repletas de conceitos e explicações oriundas de pesquisas atuais em neurociência, psicologia e psiquiatria, que são importantes no entendimento dos problemas complexos de como esse transtorno pode ser reconhecido e tratado eficientemente. O primeiro capítulo apresenta uma definição do TDAH, suas características, sintomas, como é possível que pessoas aparentemente normais tenham dificuldades crônicas em manter o foco para tarefas que veem como sendo importantes, enquanto são capazes de prestar bastante atenção em coisas menos importantes, mas que lhes interessam. Defende que, apesar das aparências, o núcleo do problema no TDAH não é ausência de força de vontade, mas sim uma dificuldade duradoura do “executivo” ou das funções administrativas do cérebro. No segundo, descreve a terapêutica medicamentosa (seus pontos positivos e negativos), a terapêutica da família e escola (como a relação familiar e escolar influência nesse contexto), e a intervenção de profissionais especializados na área, o psicopedagogo, o terapeuta e o psiquiatra esclarecendo algumas dúvidas de como lidar com pessoas portadoras do TDAH, a forma de integrar o processo diagnóstico (tratamento e psicossociais) na intervenção da escola. Discussões detalhadas da epidemiologia, da etiologia, da neuropsicologia, do quadro clínico, das comorbididades encontradas, das peculiaridades das avaliações psicopedagógicas e de linguagem no transtorno do TDAH são apresentadas. Espera-se que este trabalho possa contribuir para que o impacto do TDAH seja minimizado na nossa população por meio de maior detecção dos casos e por um adequado encaminhamento de propostas terapêuticas, tendo por base mais a evidência científica e menos as crenças populares.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO-----	09
1- TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE-----	11
1.1- Características e Sintomas-----	14
1.2- Prevalência-----	17
2- TERAPEUTICA DO TDAH-----	19
2.1- Terapêutica medicamentosa-----	20
2.2- Terapêutica da Família-----	22
2.3- Terapêutica da Escola-----	25
2.4- Intervenção Psicopedagógica-----	30
CONCLUSÃO -----	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	36

Introdução

O estudo do transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) comprova que esse e todos os outros transtornos envolvem o funcionamento cognitivo-comportamental e emocional, sendo necessário um tratamento integrado, direcionado tanto aos déficits de base orgânica quanto aos comportamentais. Diversas pesquisas reforçam a hipótese que o TDAH tem caráter hereditário significativo. Já no aspecto neuroquímico o TDAH é concebido como um transtorno no qual os neurotransmissores catecolaminérgicos funcionam em baixa atividade. A ênfase está na desregulação central dos sistemas dopaminérgicos e noradrenérgicos que controlam a atenção, organização, planejamento, motivação, cognição, atividade motora, funções executivas e também o sistema emocional de recompensa.

Ao contrário do que se pensa o TDAH não é superado na adolescência. Os sintomas em alguns casos parecem ser minimizados nesta fase pelo fato de algumas pessoas desenvolverem estratégias para lidar com essas condições, e dessa maneira acabam por atenuar os sintomas.

Alguns estudos demonstram que uma porcentagem significativa da população infantil apresenta TDAH, e que muitas vezes não é corretamente identificado, isto acarreta, porém grandes prejuízos e frustrações na realização das atividades construtoras da aprendizagem; causando também alguns problemas de saúde mental, tais como: ansiedade e depressão, distúrbio comportamentais. Tais como: agressividade, mentira e roubo.

Este trabalho monográfico tem como finalidade auxiliar os profissionais ligados à área da educação e familiares, no esclarecimento do TDAH, como a identificação, diagnóstico e intervenção junto a crianças com esse tipo de transtorno, para que em parceria, escola e família consigam desenvolver um trabalho de prevenção com êxito.

Alguns tópicos são considerados básicos na discussão do tema. Assim, no capítulo 1 apresentamos as características e sintomas (traços peculiar e mudança patológica), onde procuramos de forma simplificada mostrar como detectar as características e os sintomas de uma pessoa portadora de TDAH, os efeitos debilitantes dos problemas crônicos de desatenção no desempenho e funcionamento desse ser humano, que o diagnóstico atual do TDAH incorpora somente uma parte de uma ampla gama de dificuldades cognitivas associadas que reagem, muitas vezes, de maneira favorável ao tratamento medicamentoso. No capítulo 2 iremos retratar a terapêutica medicamentosa da família, escola e a intervenção psicopedagógica, suas contribuições para o desempenho do portador do TDAH, a forma de

tratamentos, tipos e dosagens da medicação, acompanhamentos terapêuticos e psicopedagógico para o portador e a família, onde os mesmos aprenderão a lidar com os problemas decorrentes do transtorno e como trabalhar a inclusão dos mesmos na sociedade. Enfim, um melhor esclarecimento do diagnóstico e tratamento do distúrbio do Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH.

É consenso que grande parte do diagnóstico vem das informações obtidas por meio da anamnese. Para coletar uma boa história, é necessário saber o que perguntar. Para isso, é importante um completo domínio dos eventos neuropediátricos normais e patológicos, para esse nível de domínio é imprescindível muito estudo e também experiência na área, que é complexa.

Sabe-se que o suporte inicial para um diagnóstico correto começa pela semiologia. De nada adianta a solicitação de vários exames se não temos um respaldo clínico para eles, ou seja, se não sabemos por que foram solicitados.

Capítulo 1 - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH

Dá-se o nome de TDAH ao transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, que na realidade é uma síndrome neurobiológica. Essa síndrome foi descrita pela primeira vez em 1845 pelo psiquiatra alemão Heinrich Hoffmann no livro *Zappelhlipp*. Desde que foi descrita de forma mais completa por Still, em 1902, recebeu diversos nomes ao longo do tempo. Já foi chamado de inibição de volição, lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima, reação hipercinética da infância, distúrbio do Déficit de Atenção, à medida que mudavam as hipóteses sobre sua causa.

Atualmente, o nome é dado em referência aos sintomas do quadro, e não à sua possível origem.

Como qualquer problema médico-psicológico, sabe-se muito sobre alguns aspectos do TDAH e pouco sobre outros. Existem pontos que se encontram firmemente embasados no conhecimento científico e que têm guiado o tratamento com melhor qualidade e sucesso. Portanto, certas crenças sem fundamentos sobre o TDAH são, às vezes, veiculadas de forma sensacionalistas e equivocadas, causando angústia.

Embora nos últimos anos a mídia tenha divulgado, com bastante frequência, matérias e informações sobre o TDAH, é comum encontrar pessoas que procuram profissionais desqualificados, sem conhecimento adequado, em busca de alívio para o seu sofrimento. Também encontram-se profissionais que se frustraram ao tratar inadequadamente casos de TDAH, face às dificuldades de estabelecer o diagnóstico diferencial ou devido ao fato de não conseguir adesão ao tratamento.

A ausência de orientações específicas na literatura para os familiares dos portadores se faz sentir. Muitas vezes, ações são tomadas de modo intempestivo, com consequências inesperadas que poderiam ser evitadas.

É importante ressaltar que a vida de um portador de TDAH pode ser muito diferente, caso ele seja diagnosticado, mas tratado ou não-tratado.

Desde a infância, o portador de TDAH enfrenta dificuldades que vão desde rótulos negativos até a sua desqualificação como pessoa. Em função de tal situação, desenvolvem uma baixa auto-estima e passam a crer que são incapazes de fazer corretamente as tarefas cotidianas.

O TDAH afeta o portador em diversas áreas de sua competência pessoal e no relacionamento interpessoal. Esses efeitos começam a manifestar-se muito cedo na vida do

portador e, geralmente, costumam ter um alto impacto na sua auto-imagem e, por conseguinte, na sua auto-estima. Rótulos depreciativos dos mais variados, como encapetado, “cabeça nas nuvens”, irresponsável ou sem educação são empregados, frequentemente, em relação aos sintomas apresentados pelo portador.

A questão do TDAH, portanto não se resume apenas a problemas de desempenho, mas também tem forte impacto na construção da auto-imagem e da auto-estima. No entanto, caso o TDAH seja diagnosticado e tratado adequadamente, o portador pode levar uma vida satisfatória, com a possibilidade de construir carreira promissora, manter uma família e usufruir de relações afetivas prazerosas.

Segundo Goldstein, (2001) normalmente quando é detectada e as pessoas envolvidas tomam ciência de sua gravidade e abrangência, a criança já se encontra com a auto-estima abalada. Nesse momento a participação dos pais é essencial na sua reconstrução.

Diante de tal fato, como ocorrência de todo esse processo, a criança costuma apresentar sintomas de depressão e ansiedade, ficando mais irritada, outras apresentam sintomas físicos.

Comparada às outras do mesmo grupo de idade e níveis de desenvolvimento, as pessoas com síndrome do TDAH têm a tendência, muitas vezes, de serem possuidoras de uma “mente desfocada”. Isso não significa que essas pessoas nunca sejam capazes de focar adequadamente.

Segundo Borges (1996) as crianças hiperativas dão a impressão de falta de maturidade, apesar da inquietação, teimosia e agressividade dão sempre a impressão de imaturos e frágeis, apresentam sinais neurológicos menores, que são considerados como sinais de retardo de maturação neurológicos. Essas crianças são descritas como desajeitados ou incapazes de segurar uma bola, amarrar os sapatos, abotoar uma camisa ou segurar um lápis.

Taylor apud Borges (1997) observa que crianças hiperativas podem provocar a falência emocional de uma família. Algumas vezes, os pais ficam sem saber como agir, porém, outras vezes, adaptam-se bem ao estilo da criança. Geralmente, o que se observa é que se instalam entre os membros da família, tensões, tornando conflituosas todas as atividades da vida cotidiana. 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 autonomia da criança, alicerçando através do amor, do bom relacionamento familiar, da aceitação dos colegas, dos professores, do sucesso escolar, social dentre outros. Os pais

deveram encontrar situações prazerosas para seu filho, seja em esporte, artes, e deverão enxergar além das suas limitações e perceber seus esforços, empenhos e talentos.

De fato, é compreensível e natural que os pais fiquem angustiados diante da informação de que seu filho tenha um distúrbio e venham a pensar que o filho saudável já não existe, devemos conscientizá-los de que não se trata de uma doença, sim uma disfunção, um comprometimento orgânico e neurológico, daí percebe que o mesmo necessita de auxílios para lidar com o problema, sendo protegido com amor e compreensão diante da situação para se desenvolver ao máximo ou se adaptar bem como as crianças consideradas normais.

Wenders (1980, p. 21), *“Os pais precisam ser absolvidos da auto tortura, por pecados que nunca cometeram (...) isso reduzirá a sua ansiedade e depressão (...) diminuindo o fardo da família (...) Diz também: definir uma criança infeliz e não como má, muitas vezes diminuirá a hostilidade dos pais, permitindo que se comportem de modo mais terapêutico.”*

Diante disso, os pais passarão a amadurecer a idéia e aceitar o filho com suas dificuldades e limitações, acolhendo-o no seio familiar e ajudando-o a ser incluído na sociedade.

É importante que os pais busquem terapia para adquirirem informações e apoio, diminuindo assim o sentimento de frustração e isolamento que atinge a família. É aconselhável que os pais não se prendam demasiadamente ao problema da hiperatividade da criança, faz-se necessário um descanso, ocupando-se de outras atividades prazerosas a fim de amenizar o desgaste emocional que é uma constante na vida familiar, como também incentivar a participação em projetos de seu interesse contribuindo, assim, para uma melhoria na concentração, pois na maioria das vezes o portador do TDAH não sabe que é portador desse transtorno, isso porque, ele não conhece o problema.

1.1- Características e Sintomas

O TDAH é uma das síndromes neuropsiquiátricas mais comuns. Ela caracteriza-se pela presença de vários sintomas relacionados entre si, os quais podem apresentar-se ou não simultaneamente.

Podemos subdividir, de acordo com o DSM-IV, o TDAH em três tipos:

- _ Transtorno de déficit de atenção com predominância do sintoma de desatenção;
- _ Transtorno de déficit de atenção com predominância do sintoma de hiperatividade;
- _ Transtorno de déficit de atenção combinado, no qual ambos os sintomas manifestam-se.

O que todos esses pontos têm em comum é a dificuldade das facetas da “desatenção”.

O TDAH parece ser um problema de falta de força de vontade, mas não o é. Ele é essencialmente um problema químico nos sistemas de gerenciamento do cérebro.

Em 1902, pesquisadores descreveram pela primeira vez as características dos problemas de impulsividade, falta de atenção e hiperatividade apresentada por crianças (Russell, 2006, p. 23).

As características do TDAH aparecem cedo para a maioria dos indivíduos, logo na primeira infância. O distúrbio é caracterizado por comportamentos que são crônicos, com duração de no mínimo seis meses, que se instalam definitivamente antes dos sete anos.

Quando se pensa em TDAH, a responsabilidade recai sobre toxinas, problemas no desenvolvimento, alimentação, ferimento ou malformação, problemas familiares e hereditariedade, causas que podem afetar o funcionamento do cérebro e, como tal, o TDAH pode ser considerado um distúrbio funcional do cérebro. Atualmente, quatro subtipos de TDAH foram classificados. (Simone Sena, 2007)

➤ **TDAH- tipo desatento:** A pessoa apresenta, pelo menos, seis das seguintes características: enxerga detalhes ou faz erros por falta de cuidado; dificuldades em manter a atenção; parece não ouvir; dificuldades em seguir instruções; dificuldade na organização; evita não gosta de tarefas que exigem um esforço mental prolongado; frequentemente perde os objetos necessários para uma atividade; distrai-se com facilidade; e esquecimento nas atividades diárias.

➤ **TDAH- tipo hiperativo/impulsivo:** É definido se a pessoa apresentar seis das seguintes características: inquietação, mexendo as mãos ou os pés ou se remexendo na cadeira; dificuldade em permanecer sentado; corre sem destino ou sobe nas coisas

excessivamente (em adultos, há um sentimento subjetivo de inquietação); dificuldade em engajar-se numa atividade silenciosamente; fala excessivamente; responde perguntas antes de elas serem formuladas age como se fosse movido a motor; dificuldades em esperar sua vez e interrompe e se intromete.

➤ **TDAH- tido combinado** é caracterizado pelas pessoas que apresentam os dois conjuntos de critérios dos tipos desatento e hiperativo/impulsivo.

➤ **TDAH- tipo não específico** a pessoa apresenta algumas características, mas número insuficiente de sintomas para chegar a um diagnóstico completo. Esses sintomas, no entanto, desequilibram a vida diária.

Na escola, crianças com TDAH apresentam maior probabilidade de repetência, evasão escolar, baixo rendimento acadêmico e dificuldades emocionais e de relacionamento social. Supõe-se que os sintomas do TDAH sejam catalisadores, tornando as crianças vulneráveis ao fracasso nas duas áreas mais importantes para um bom desenvolvimento- a escola e o relacionamento com os colegas.

Pessoas que apresentam sintomas de TDAH na infância demonstram maior probabilidade de desenvolver problemas relacionados com o comportamento positivo-desafiador, delinquência, transtorno de conduta, depressão e ansiedade.

Aumenta a cada dia o reconhecimento da eficiência dos tratamentos na redução dos sintomas imediatos apresentados por pessoas com TDAH. Os pesquisadores, no entanto, acreditam que somente reduzir os sintomas das crianças com TDAH não traz resultados satisfatórios em longo prazo. Assim, aumenta a consciência de que os fatores que predisõem todas as crianças a uma vida bem sucedida são especialmente importantes para as crianças que apresentam problemas relacionados a distúrbios com o TDAH. Há uma maior aceitação da necessidade de “equilibrar a balança” para as pessoas com TDAH. Portanto, os tratamentos são aplicados para permitir alívio dos sintomas enquanto se trabalha no sentido de assistir a pessoa a construir uma vida bem sucedida. A máxima “tornar as tarefas interessantes e fazer o pagamento valer a pena” parece ser extremamente importante para as pessoas com TDAH.

Relatos sobre adultos com TDAH mostram que eles enfrentam problemas sérios de comportamento anti-social, desempenho educacional e profissional pouco satisfatório, depressão, ansiedade e abuso de substâncias. Infelizmente, muitos adultos de hoje não foram diagnosticados como crianças com TDAH. Cresceram lutando com uma deficiência que frequentemente, passou sem diagnóstico, foi mal diagnosticada ou, então, incorretamente tratada.

A maioria dos adultos com TDAH apresenta sintomas muito similares aos apresentados pelas crianças. São frequentemente inquietos, facilmente distraídos, lutam para conseguir manter o nível de atenção, são impulsivos e impacientes. Suas dificuldades em manejar situações de “stress” levam a grandes demonstrações de emoção. No ambiente de trabalho, é possível que não consigam alcançar boa posição profissional ou status compatível com sua educação familiar ou habilidade intelectual.

1.2- Prevalência

Estudos mostram que a prevalência do TDAH, hoje estimado pode variar de 3% a 30% nas crianças em idade escolar, em diferentes países, incluindo o Brasil. Considerando 19 estudos com metodologias semelhantes, observam-se variações de 2% a 17% diminuindo a prevalência à medida que a idade aumenta. Brown (2007; p. 29)

Esse transtorno na infância é mais frequente em meninas que em meninos, com uma relação de 2:1, mas dependendo dos critérios de inclusão, pode chegar à relação de 6,2: 1, quando considerados casos graves.

A prevalência de TDAH varia em função do tipo da amostra, dos instrumentos e critérios diagnósticos adotados e, principalmente, em função das informações obtidas no processo de avaliação diagnóstica (pais, crianças, adolescentes e/ou professores).

O TDAH foi diagnosticado por meio dos critérios do DSM-IV. (Barkley, 2008, p. 112). A utilização desse instrumento válido e confiável para averiguação de TDAH foi um dos pontos positivos para o estudo. Além disso, as informações sobre os sintomas comportamentais foram obtidas de duas fontes diferentes: professores e pais ou responsáveis. Os pais conheciam o resultado da avaliação comportamental feita pelos professores, e vice-versa. Essa prática contribui para reduzir a possibilidade de ocorrência de vieses, bem como de superestimar o efetivo a ser aferido.

A prevalência de TDAH relatada na literatura fica compreendida em faixa bastante ampla. Alguns estudos apresentam valores extremamente baixos, como 0,5%, enquanto outros registram taxas de até 26%. (Barkley, 2008, p. 111). Um exemplo de estudo que registrou prevalência alta dessa facção foi uma pesquisa realizada na Alemanha em amostra de escolas, que encontrou prevalência de 17,8% de TDAH. Outro estudo sobre prevalência realizado foi por Vasconcelos et al, (2007) que analisaram amostra de escolas de Niterói - Rio de Janeiro e encontraram uma prevalência de TDAH de 17,1%. Os autores atribuíram esta taxa elevada à alta frequência de fatores psicossociais, associados numa população sócio-economicamente desfavorecida.

Este estudo apresentou algumas limitações. A prevalência encontrada neste estudo deve ser analisada com cautela. A população estudada consistia em indivíduos que eram de baixa renda (US\$ 2,3 ao dia por pessoa) e frequentavam escolas públicas. Este fato reduz a avaliação externa dos resultados para crianças de outras classes sócio-econômicas e que frequentavam escolas particulares.

As crianças “indeterminadas” não foram incluídas no grupo de casos, pois pesquisas apontam que existem diferenças qualitativas entre crianças que exibem sintomas em um só ambiente (TDAH situacional) e crianças que apresentam sintomas em dois ou mais ambientes (TDAH reativo).

Estudos sugerem que o TDAH reativo é uma síndrome distinta, que se manifesta com maior intensidade e maior nível de incapacidade. O TDAH situacional de sintomatologia exclusivamente escolar pode estar relacionado com fatores tais como déficit cognitivo, desestruturação na sala de aula, transtorno de ansiedade, de separação e dificuldades dos professores de controlar o comportamento dos alunos. Da mesma maneira, é possível que sintomas exclusivamente domiciliares possam corresponder, pelo menos em alguns casos, à um efeito das atitudes dos pais. Assim, é possível que o grupo de indeterminados seja bastante heterogêneo, incluindo crianças que apresentam uma forma mais branda de TDAH e crianças cujos sintomas seriam mais bem explicados por outros distúrbios (p.ex., déficit cognitivo) ou por problemas na relação entre os professores e os alunos.

Conforme observado na discussão dos critérios do DSM, o declínio da prevalência do TDAH com a idade pode ser, em parte, um aspecto do fato de que os itens do DSM se aplicam principalmente a crianças pequenas, refletindo os construtos subjacentes do TDAH de forma adequada em idades menores, mas tornando-se menos aplicáveis as faixas etárias mais altas. Isso pode apresentar uma situação em que os indivíduos permanecem prejudicados nos construtos que compreendem o TDAH à medida que amadurecem, enquanto superam a lista de sintomas do transtorno, resultando em um declínio ilusório da prevalência.

Também se sabe que a prevalência do TDAH varia significativamente em função do gênero das crianças estudadas, conforme já documentado. A proporção de indivíduos do sexo masculino em relação ao feminino que manifestam o transtorno varia consideravelmente.

Em conclusão, a prevalência de TDAH nestas escolas brasileiras (13%) é mais elevada que a prevalência tradicionalmente mencionada (3-5%) evidenciando a importância desse distúrbio na população estudada. O sexo masculino foi mais acometido que o sexo feminino e o subtipo mais prevalente foi o misto, ambos de acordo com estudos anteriores.

Capítulo 2-Terapêuticas do TDAH

A redução da gravidade do TDAH e das dificuldades associadas a ele exige intervenções efetivas que abordem problemas em casa, na escola e na comunidade. Essas intervenções devem alcançar as crianças cujas famílias não tenham acesso aos serviços; abordar dificuldades que limitem a participação nos serviços existentes; ser aceitáveis para pais, professores e alunos; ser sustentáveis no decorrer do período de desenvolvimento em que os problemas surgem e acessível para os prestadores de serviço.

Os métodos científicos envolvem estudos que procuram diferenciar, de modo controlado, as hipóteses corretas das crenças errôneas sobre o problema, propondo, a partir delas, meios de tratamento, que são estudados de modo controlado, avaliando-se os resultados. Isso significa que pacientes são tratados e comparados com outros que não receberam o mesmo tipo de tratamento.

Com o avanço dos estudos sobre o TDAH, mais dados vão surgindo, e é provável que no futuro seja possível detectar por meio de exames de neuroimagem do cérebro do portador sinais característicos das alterações. Esses exames, porém, estão em fase de pesquisas, pois ainda que possamos detectar padrões de funcionamento diferenciando grupos de portadores, essas diferenças não permitem ainda identificar casos individuais. Isso se deve à grande variedade de padrões que existem em seres humanos. Mas, mesmo no caso de desenvolvimento de exames que possibilitem a detecção de padrões neurobiológicos, como os característicos do TDAH, ainda assim o critério de diagnóstico será clínico, e os exames, apenas são mais um dado para compreensão do caso.

A perícia do profissional de saúde que realiza o diagnóstico é sempre fundamental para a compreensão do problema em todas as implicações. Além disso, a quase totalidade dos problemas de transtornos psiquiátricos não possui testes específicos e é diagnosticado com base no conjunto de sintomas e sinais que caracterizam o quadro.

2.1 Terapêuticas Medicamentosas

Existem muitos medicamentos que podem ajudar a melhorar os sintomas do TDAH. O remédio atua corrigindo o desequilíbrio químico nos neurotransmissores, que no caso são responsáveis pela regulação do humor, da atenção e do controle do impulso. Em 1913, Bradley descobriu casualmente o efeito das anfetaminas, num grupo heterogêneo de crianças internadas num centro de tratamento utilizando a benzedrina, que é um estimulante.

De acordo com Wender (1980), algumas delas tinham desordens de comportamento que incluíam desabilidades educacionais específicas, problemas agressivos. Havia uma melhora significativa no desempenho escolar em metade das crianças. Uma grande proporção delas tornou-se emocionalmente controlada. O tratamento medicamentoso através de drogas psicoativas, como descrito abaixo, é sempre indicado nos casos de hiperatividade “verdadeira.” (Ryon Braga, 1968, p. 67). Deve ser coadjuvante e utilizado pelo menor tempo possível. Não se pode prever, com absoluta certeza, o efeito de qualquer medicação psicoativa em crianças, o que leva à utilização de testes clínicos. Inicia-se este teste, na maioria dos casos, com um psicoestimulantes.

Alguns estudos indicam que os estimulantes são pouco efetivos para tratar o TDAH no contexto de sintomatologia maníaca coexistente, e que o seu uso nesses pacientes pode piorar a sensibilidade de humor. Embora alguns estudos sugiram que o próprio TDAH talvez se associe a retardos no crescimento e taxas de tiques, existem preocupações com os efeitos dos estimulantes sobre o crescimento e sobre o indivíduo com tiques. Tais limitações e problemas potenciais associados aos estimulantes apontam para a necessidade de tratamentos alternativos

Os antidepressivos tricíclicos dispõem de uma ampla variedade de efeitos neuroquímicos sobre os neurotransmissores. Todavia, acredita-se que a sua atividade no TDAH provenha das ações sobre a recaptção de catecolaminas (norepinefrina e da dopamina). As vantagens dessa classe de drogas incluem sua meia-vida relativamente longa (cerca de 12 horas). Já o hidrocloreto de bupropiona é um novo antidepressivo da classe das aminocetonas, relacionado com as fenilisopropilaminas, mas farmacologicamente distinto dos antidepressivos conhecidos. Em um estudo aberto de adultos com TDAH documentou-se uma melhora persistente de um ano, com uma média de 360 MG por seis a oito semanas. Embora alguns estudos tenham sugerido que os inibidores de monomina oxidase (IMAOs) possam ser efetivos para o TDAH juvenil e adulto, os IMAOs irreversíveis (p. ex., fenelzina, tranilcipromina) têm potencial para crises hipertensivas associadas a transgressões dietéticas e a interações medicamentosas.

A utilidade dos inibidores seletivos na recaptação de serotonina (ISRS) no tratamento dos sintomas básicos do TDAH não tem o amparo da experiência clínica. Também é incerta a utilidade do antidepressivo atípico serotoninérgico-noradrenérgico venlafaxina no tratamento do TDAH. Embora observada uma taxa de resposta de 77% nos indivíduos que concluíram o tratamento em estudos abertos de adultos com TDAH, 21% abandonaram o estudo devido aos efeitos colaterais. Um estudo de rótulo aberto com faixa de dosagem desse composto no TDAH pediátrico documentou grandes benefícios clínicos com excelente tolerabilidade (inclusive um perfil cardiovascular seguro), proporcionando a criação de diretrizes para novos estudos controlados.

O tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas. No âmbito das intervenções psicossociais, o primeiro passo deve ser educacional, através de informações claras e precisas à família a respeito do distúrbio. Muitas vezes, é necessário um programa de treinamento para os pais, a fim de que aprendam a manejar os sintomas dos filhos. É importante que eles conheçam as melhores estratégias para o auxílio de seus filhos na organização e no planejamento das atividades.

2.2. A terapêutica da família

O conhecimento e aceitação do problema influenciam a qualidade dos investimentos que serão capazes de realizar. A princípio, percebem-se reações emocionais dos pais diante das informações, constitui parte importante da adaptação ao distúrbio do filho.

Alguns pais podem, de início, não concordar com o diagnóstico. Angustiadados, mantêm a teoria de que nada está errado que não possa ser corrigido com orientações para contornar a situação.

Segundo Barkley (2000), isso ocorre, provavelmente, quando eles não suspeitam que muitas coisas estão erradas e que essas implicações poderão contribuir para o futuro de seus filhos.

É nesse momento que passam a conscientizar-se da real situação, vindo em seguida às primeiras dúvidas, como agir, qual profissional procurar, qual escola escolher etc.

A escola escolhida pelos pais deve defender valores semelhantes aos defendidos pela família e seguir o mesmo caminho que ela pretende trilhar, para que a educação da escola seja complementar à de casa, pois esses alunos precisam de apoio e intervenção acadêmica com maior intensidade. Haverá a necessidade de acomodações, que respeitem a especificidade das necessidades de cada um e, para isso, é preciso verificar o nível de conhecimento da direção e dos professores a respeito do assunto.

Se os professores conhecem realmente as dificuldades vividas pelas famílias de crianças com TDAH, é provável que compreendam as atitudes dos pais, da mesma forma que estes podem se sensibilizar com a situação dos professores quando percebem as reais dificuldades que seus filhos encontram e provocam dentro da sala de aula.

Ouve-se muito de mães de crianças com TDAH, que elas parecem se comportar melhor com os pais e são mais capazes de permanecer um maior período de tempo em tarefas do que com suas mães.

Segundo Beakley (2000.p.56). *“Deve ser algo relacionado ao fato de que as mães carregam a maior responsabilidade de interagir com a criança com TDAH do que os pais no ambiente de casa”*.

As mães contam mais com a 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-los bem menos. Os pais podem racionalizar e repetir menos ordens, podendo impor punição imediata pela não submissão. Não podemos descartar o fato

do tamanho físico e de maior força do pai, que podem ser intimidadores para uma criança com TDAH.

O relacionamento de uma criança com TDAH com seus irmãos parece ser diferente daquele observado em outras famílias. Elas gritam com maior frequência com seus irmãos e são mais impacientes e suscetíveis a assumirem um comportamento inapropriado, problemático. Os irmãos de crianças com TDAH tendem a crescer cansados, ansiosos por conviver com um comportamento tão instável e desafiante. Alguns se ofendem com grande peso da tarefa que carregam se comparados com crianças portador do distúrbio. Certamente, o maior tempo e atenção que a criança recebe dos pais é fonte de inveja, ciúmes, queixas, especialmente quando os irmãos sem TDAH são os mais novos.

Outros reagem com raiva, pois essas crianças são dispensadas de atividades e responsabilidades, ou tem mais oportunidades de ganhar recompensas pelo comportamento que, rotineiramente, se espera deles sem recompensa, por um lado, os irmãos podem ficar com ciúmes e com raiva e, de tudo.

Contudo, são poucos os estudos sobre o TDAH focando a estrutura familiar como um todo. A maioria dos estudos sobre o TDAH tem abordado principalmente os aspectos relativos ao portador em sua relação imediata. Mas algumas pesquisas têm sido feitas, sobretudo utilizando a Teoria Sistêmica Familiar, na tentativa de descrever um modelo para compreender o funcionamento estrutural de famílias de portadores do TDAH. (Russell, 2008, p. 211). Encontra-se uma diversidade de configurações estruturais nas famílias estudadas.

No entanto, certos traços comuns foram detectados. Em primeiro lugar, todas as famílias exibiam sistemas parentais modificados, caracterizados por afastamento emocional ou ausência dos pais, ao mesmo tempo em que as mães apresentam um quadro depressivo. As famílias exibiam ainda uma rigidez sistêmica, mostrando dificuldade de ajustar a sua estrutura a fim de responder às necessidades de mudança às diversas situações.

Outros pontos importantes foram observados: famílias com membros portadores de TDAH sem hiperatividade reportam um nível disfuncional de adaptabilidade. No entanto, o grau de disfuncionalidade tornava-se muito maior com a presença de hiperatividade e agressividade. Esses estudos parecem consistentes com as observações de que a dimensão de hiperatividade é mais estressante para os envolvidos com cuidado do portador.

Todavia, essa é uma das dimensões que melhor responde às abordagens psicossociais, o que sugere que a disfunção da família reflete nas interações com o portador, aumentando o seu estresse e a gravidade dos seus sintomas.

Porém, famílias com membros portadores de TDAH corretamente tratados desenvolvem padrões de interação muito mais satisfatórios e funcionais, propiciando um campo favorável para o desenvolvimento do portador.

2.3-A terapêutica da escola

O papel da escola é fundamental na observação da criança hiperativa, pois na maioria das vezes é a mesma que detecta os problemas que acarretam o não desenvolvimento da criança no processo educativo e emocional do indivíduo, e a partir daí prepara-se para uma longa caminhada: a procura das prováveis soluções.

Crianças com TDAH estão sujeitas ao fracasso escolar, à dificuldades emocionais e a um desempenho negativo como adulto, quando comparado a seus colegas. No entanto, a identificação precoce do problema, seguida de tratamento adequado, tem demonstrado que essas crianças podem vencer obstáculos. A pessoa com TDAH, desde que precocemente diagnosticada, consegue conviver com seu distúrbio, fazendo acomodações necessárias ao longo da vida.

A maneira mais eficiente de tratar uma criança com TDAH é adotando um procedimento multidisciplinar, isto é, coordenando um trabalho que envolva profissionais das áreas médica, saúde mental e pedagógica, em conjunto com os pais. Um tratamento com esse tipo de abordagem inclui:

- _trabalho com os pais, quanto ao conhecimento correto de distúrbios e suas complicações, e ao desenvolvimento de estratégias de controle efetivo do acompanhamento;
- _um programa pedagógico adequado;
- _aconselhamento individual e familiar, quando necessário, para evitar o aumento de conflitos na família; e
- _uso de medicação, quando necessário.

Alunos com TDAH parecem ter potencial de aprendizagem igual ao das outras crianças. Entretanto, é na escola que eles enfrentam seus maiores problemas. Já na educação infantil, a criança precisa aprender a lidar com as regras, a estrutura e os limites de uma educação organizada. Sendo que é importante que pais e professores entendam os motivos que levam esse aluno a não corresponder ao que se espera dele.

Os professores são frequentemente, aqueles que mais facilmente percebem quando o aluno apresenta problemas de atenção, aprendizagem, comportamentos ou emocionais/afetivos e sociais. É papel da escola procurar esclarecer as causas dos problemas. A primeira avaliação deve ser feita por um grupo interno; depois, as preocupações são transmitidas aos pais, mostrando-se opções para um diagnóstico correto, que pede a avaliação de outras áreas. Uma vez determinado o problema, pais, professores e terapeutas planejam juntos as estratégias e intervenções a serem implementadas (modificação do ambiente,

adaptação do currículo, adequação do tempo de atividade, acompanhamento de medicação se necessário etc.).

As crianças com o distúrbio de TDAH quando vão para alfabetização, demoram muito mais que as outras a ler e escrever, pois seu esquema corporal é alterado pela inquietação e agitação motora. Manter-se sentado, permanecer calado, atento e concentrada, são atributos que ele não consegue desenvolver, não escreve na linha e quebra seguidamente a ponta do lápis, levantando-se para ir ao cesto apontá-lo.

Segundo Borges (1997; p. 26) *“A adaptação e ajustamento da criança hiperativa necessita de uma intervenção terapêutica. Dois tipos de medidas têm sido adotadas: as terapias comportamentais (que inclui terapias de modificação e terapia cognitiva) e os estimulantes.”*

Diante disso, podemos afirmar que antes de iniciarmos qualquer terapia comportamental é necessário conhecer certos princípios e condições: para se efetuar um programa de modificação do comportamento é imprescindível uma análise completa dos comportamentos problemáticos, seus componentes, os eventos que os acompanham desencadeiam o contexto no qual aparecem. Os pais e professores são os principais responsáveis na aplicação do programa. O programa de modificação de comportamento é um processo longo e difícil e deve ser planejado de forma rigorosa. É necessário estabelecer objetivos realistas sem visar necessariamente o desaparecimento completo do comportamento desviante.

Atualmente, uma das grandes dificuldades enfrentadas pelos alunos com TDAH e sua família é a realização da tarefa de casa. Nesse sentido, os professores precisam lembrar que um estudante com TDAH (e/ou com problemas de aprendizagem) leva de 3 a 4 vezes mais tempo para fazer uma lição do que seus colegas. É necessário fazer adequações para que a quantidade de trabalho não exceda seu limite de possibilidade. O objetivo da lição de casa é revisar e praticar os conteúdos da aula. Acima de tudo, o dever de casa não deve ser jamais um castigo ou consequência de comportamento inadequado na escola. Frequentemente, professores de crianças com TDAH sentem tanta frustração quanto seus pais. Assim como seus alunos, são seres humanos únicos, com características específicas, e nenhum conjunto isolado de sugestões e estratégias funciona na inter-relação de todos os professores com todos os alunos. Há necessidade de ajuste de ambas as partes. Algumas vezes, várias intervenções são experimentadas antes que um resultado positivo apareça. Daí a necessidade de se escolher a escola e o método de ensino mais adequado para o aluno, especialmente aquele com TDAH. O sucesso escolar de crianças com TDAH exige uma combinação de interações terapêuticas, cognitivas e de acompanhamento, principalmente da família.

Segundo Goldstein e Goldstein (1997; p.38) *“O pai, geralmente, se coloca mais distante e tem menos oportunidade de se enervar, pois não participa diretamente dos cuidados à criança. São, portanto, as mães que mais se lastimam e se preocupam, por não saberem como agir com essa criança.”*

Na idade escolar, a criança hiperativa começa a se aventurar no mundo e já não tem a família para agir como amortecedor. O comportamento, antes aceito como engraçadinho ou imaturo, já não é tolerado... Ela precisa agora aprender a lidar com regras, a estrutura e limites de uma educação organizada e seu temperamento simplesmente não se ajusta muito bem às expectativas da escola.

Para Vygotski (2004; p. 83) *“A aprendizagem é um processo social. É possibilidade através das áreas de desenvolvimento proximal, isto é da distancia entre a zona de desenvolvimento real, que costuma determinar através de soluções independentes de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, ou seja, aquilo que a criança não sabe, mas que pode aprender. A zona de desenvolvimento proximal pode ser ilustrada através daquilo que a criança faz hoje com o auxílio de adultos ou mesmo de crianças mais hábeis, mas que amanhã poderá fazer Por si mesma.”*

Diante de tal fato, o professor deve criar facilidades para que a criança com TDAH adquira novas amizades, pois os amigos são essenciais para o desenvolvimento dessa criança. A instabilidade comportamental, a ansiedade e a falta de concentração em algumas crianças hiperativas fazem com que as outras crianças se afastem delas, pois não compreendem a sua forma de relacionamento, e acabam as considerando inconvenientes.

As tarefas devem variar, mas continuar sendo interessante para os alunos, os horários de transição, bem como os intervalos de reuniões especiais devem ser frequentes, os professores precisam estar atentos à qualidade do reforço negativo do seu comportamento.

O sucesso na sala de aula frequentemente exige uma série de intervenções. A maioria das crianças com TDAH pode permanecer na classe normal, com pequenos arranjos na arrumação da sala, utilização de um auxílio ou programas especiais a serem utilizados fora da sala de aula. As crianças com problemas mais sérios exigem salas de aulas especiais.

O controle do comportamento é uma intervenção para a criança com TDAH. O uso eficiente do reforço positivo combinado com punições num modelo denominado “custo de respostas” tem sido uma maneira particularmente bem sucedida de lidar com crianças portadoras do transtorno. Nessa visão cabe ao profissional desenvolver um repertório de atividades físicas para a turma toda, como exercícios de alongamento ou isométricos onde será trabalhado o cognitivo – comportamental buscando auxiliar o portador a desenvolver padrões cognitivos – comportamentais que ajudem a lidar com o seu cotidiano, organizando-

se para agir com relação as suas tarefas. Estabelecer intervalos previsíveis de período sem trabalho que a criança pode ganhar como recompensa por esforço feito. Isso ajuda a aumentar o tempo da atenção concentrada da impulsividade através de um processo gradual de treinamento.

Reparar se a criança se isola durante situações recreativas barulhentas. Isso pode ser um sinal de dificuldades de coordenação ou auditiva que exigem uma intervenção adicional.

Preparar com antecedência a criança para novas situações. Ela é muito sensível em relação às suas deficiências e facilmente se assusta ou se desencoraja.

Desenvolver métodos variados utilizando apelos sensoriais diferentes (som, visão, tato) para ser bem sucedida ao ensinar uma criança com TDAH. No entanto, quando as novas experiências envolvem uma série de sensações (sons múltiplos, movimentos, emoções ou cores), esses alunos provavelmente irão precisar de tempo extra para completar sua tarefa.

Não ser mártir. Reconhecer os limites da sua tolerância e modificar o programa da criança com TDAH até o ponto de se sentir confortável. O fato de fazer mais do que realmente quer fazer traz ressentimentos e frustrações.

Permanecer em comunicação constante com o psicólogo ou orientador da escola, os pais e o médico.

Ir devagar com o trabalho. Doze tarefas de 5 minutos cada uma traz melhores resultados do que duas tarefas de meia hora. Mudar o ritmo ou o tipo de tarefas com frequência elimina a necessidade de ficar enfrentando a inabilidade de sustentar a atenção, isto vai ajudar a auto-percepção. Nunca causar constrangimento ou menosprezar o aluno. Proporcionar um ambiente acolhedor, demonstrando calor e contato físico de maneira equilibrada e, se possível, fazer os colegas também terem a mesma atitude.

Proporcionar trabalho de aprendizagem em grupos pequenos e favorecer oportunidades sociais. Grande parte das crianças com TDAH conseguem melhores resultados acadêmicos, comportamentais e sociais quando no meio de grupos pequenos.

Comunicar-se com os pais. Geralmente, eles sabem o que funciona melhor para o seu filho.

Favorecer oportunidades para movimentos monitorados, como uma ida à secretaria, levantar para apontar o lápis, levar um bilhete para o professor, regar as plantas ou dar de comer ao mascote da classe.

Adaptar suas expectativas quanto á criança, levando em consideração as deficiências e inabilidades decorrentes do TDAH. Por exemplo, se o aluno tem um tempo de atenção muito curto não esperar que ele se concentre em apenas uma tarefa durante todo o período da aula.

Recompensar os esforços, a persistência e o comportamento bem sucedido ou bem planejado.

Proporcionar exercícios de consciência e treinamento dos hábitos sociais da comunidade. Avaliação frequente sobre o impacto do comportamento da criança sobre ela mesma e sobre os outros ajuda bastante.

Favorecer frequente contato aluno-professor. Isto permite um “controle” extra sobre a criança com TDAH, ajudá-la a começar e continuar a tarefa permite um auxílio adicional e mais significativo, além possibilitar oportunidades de reforço positivo e incentivo para um comportamento mais adequado.

Colocar limites claros e objetivos; ter uma atitude disciplinar equilibrada e proporcionar avaliação frequente, com sugestões concretas.

Segundo Russell (2008; p.141). *“Muitas crianças hiperativas vivenciam comportamentais ou emocionais secundários na escola como consequência da capacidade de satisfazer as experiências da sala de aula.”*

Diante disso, percebemos que alguns problemas se desenvolvem muitas vezes em resposta a fracassos frequentes e repetidos, e que algumas crianças tornam-se deprimidas, retraídas, agressivas e irritadas por conta de tais fatores.

2.4- A intervenção Psicopedagógica

A psicopedagogia ocupa-se do aprendiz em seu processo de aprender e de ensinar levando em consideração as realidades objetivas e subjetivas que habitam o intuitu da criança e do adolescente. Considera também o conhecimento em sua complexidade e numa dinâmica em que os aspectos afetivos, cognitivos e sociais se completem. Sendo assim, não apenas o desempenho escolar interessa, mas todas as relações de aprendizagem que a criança estabelece.

A psicopedagogia foi inicialmente uma ação subsidiada da medicina e da psicologia, perfilando-se posteriormente como conhecimento independente e complementar, possuindo como objeto de estudo, a aprendizagem, e recursos diagnósticos, corretores e preventivos.

Diante do baixo desempenho acadêmico, as escolas estão cada vez mais preocupadas com os alunos que têm dificuldades de aprendizagem, não sabem mais o que fazer com as crianças que não aprendem de acordo com o processo considerado normal e não possuem uma política capaz de contribuir para a superação dos problemas de aprendizagem.

Considerando o exposto, cabe ao psicopedagogo intervir junto à família das crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem, por meio de uma entrevista e de uma anamnese com essa família para tomar conhecimento de informações sobre a sua vida orgânica, cognitiva, emocional e social.

Numa linha terapêutica, o psicopedagogo trata das dificuldades de aprendizagem, diagnosticando, desenvolvendo técnicas remediáveis, orientando pais e professores, estabelecendo contato com outros profissionais das áreas psicológica, psicomotora, fonoaudiológica e educacional, pois tais dificuldades são multifatoriais em sua origem e, muitas vezes, no seu tratamento. Esse profissional deve ser mediador em todos esses processos indo além da simples junção dos conhecimentos da psicologia e da pedagogia.

Os desafios que surgem para o psicopedagogo dentro da instituição escolar relacionam-se de modo significativo. Por meio de técnicas e métodos próprios, o psicopedagogo possibilita uma intervenção psicopedagógica visando à solução de problemas de aprendizagem em espaços institucionais. Juntamente com toda equipe escolar, está mobilizado na construção de um espaço adequado às condições de aprendizagem de forma a evitar comprometimentos. Elege a metodologia ou a forma de intervenção com o objetivo de facilitar ou desobstruir tal processo.

Além do já mencionado, o psicopedagogo está preparado para auxiliar os educadores realizando atendimentos pedagógicos individualizados, contribuindo para a compreensão de problemas na sala de aula, permitindo ao professor ver alternativas de ação e ver como as demais técnicas podem intervir, bem como participando do diagnóstico do distúrbio de aprendizagem e do atendimento a um pequeno grupo de alunos.

Vale lembrar o que diz Bossa (1994, p.74) sobre o diagnóstico: *“O diagnóstico psicopedagógico é um processo, um contínuo sempre revisável, onde a intervenção do psicopedagogo inicia segundo vimos afirmando, numa atitude investigadora, até a intervenção. É preciso observar que essa atitude investigadora, de fato, prossegue durante todo o trabalho, na própria intervenção, com o objetivo de observação ou acompanhamento da evolução do sujeito.”*

Diante disso, cabe ao psicopedagogo avaliar o aluno e identificar os problemas de aprendizagem, buscando conhecê-lo em seus potenciais construtivos e em suas dificuldades, encaminhando-o, por meio de um relatório, quando necessário, para outros profissionais--psicólogo, fonoaudiólogo, neurologista etc.-- que realizam diagnóstico especializado e exames complementares com o intuito de favorecer o desenvolvimento da potencialização humana no processo de aquisição do saber.

Segundo Bossa (2000), os primeiros Centros Psicopedagógicos foram fundados na Europa, em 1946, por J. Boutonier e George Mauco, com direção médica e pedagógica.

Estes centros uniam conhecimentos da área de Psicologia, Psicanálise e Pedagogia, onde tentavam readaptar crianças com comportamentos socialmente inadequados na escola ou no lar e atender crianças com dificuldades de aprendizagem apesar de serem inteligentes.

Na literatura francesa encontramos trabalhos de Janone Mery, onde retrata algumas considerações sobre o tema psicopedagogia e sobre sua origem, onde se percebeu as primeiras tentativas de articulação entre Medicina, Psicologia, Psicanálise e Pedagogia, na solução dos problemas de comportamento e de aprendizagem.

Segundo Alicia Fernandes (2001; p. 29): *“Entende-se que objetivo da pedagogia é ajudar na adequação da realidade da criança à sua possibilidade de aprendizagem, promovendo uma ponte entre a criança e conhecimento. Investigando como ela aprende.”*

Diante disso, espera-se que através desta união Psicologia, Psicanálise e Pedagogia, conheça a criança e seu meio, para que possa ser possível compreender o caso e determinar uma ação reeducadora.

De acordo com os estudos feitos por Weiss (1999), para a intervenção junto à criança com TDAH deve ser realizado um diagnóstico clínico, porém, o primeiro passo será entender o conceito de diagnóstico. Esta terminologia está associada à doença. No caso da

psicopedagogia, diagnosticar o problema da aprendizagem. No entanto, esta proposta de trabalho vem dar um significado na maneira de diagnosticar, pois buscará um processo dinâmico de olhar a aprendizagem e a não aprendizagem, procurando assim ver o outro como um todo nas suas diversas ações e relações.

Tem sido muito comum nos consultórios de psicopedagoga a queixa de pais que verdadeiramente desabam, denunciando estarem exaustos com a rotina estressante que seus filhos lhe impõem, depois de várias tentativas de atendê-los em sua necessidade e agitação. Os pais ficam perplexos diante do tumulto que causam em suas famílias.

À medida que se estabelece a anamnese, é comum os pais se referirem ao distúrbio do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), como se dele não tivessem o conhecimento. O mesmo acontece com os professores(...) quando procurados para saber o motivo pelo qual encaminharam ou deram apoio para a procura de um diagnóstico psicopedagógico de determinado aluno, é comum revelarem que ficam na dúvida entre um distúrbio do TDAH e o perfil de preguiçosos e agitação ou indisciplinado. Alguns professores reclamam que esses alunos são terríveis, não param, porém sabem todas as regras do futebol, contudo, falta interesse para os estudos.

O processo de diagnóstico já começa com o primeiro contato com alguém vinculado à criança, podendo ser pessoal ou telefônico, na qual o profissional deverá conversar a respeito da criança procurando obter informações relacionadas à sua vida pessoal, familiar, social e escolar, que solicitou a avaliação e qual o motivo da solicitação. É importante esclarecer à criança o motivo de ela estar sendo avaliada, também se deve observar o nível de ansiedade do informante, como expressa sua fala sobre o sintoma e quais suas expectativas em relação à cura.

Este contato é de extrema importância no trabalho. Podendo ser colhido dado histórico e emocional, dando oportunidade de um breve conhecimento da estrutura social em que a criança está inserida. Pois para avaliar, o psicopedagogo deve ter claro o que irá avaliar, portanto, conhecer o objeto do diagnóstico que irá estabelecer, ou seja, o psicopedagogo avalia, sobretudo, a aprendizagem.

Ressaltamos, é preciso que os profissionais da área tenham sensibilidade e competência para acolher com serenidade a multiplicidade dos pontos de vista em cada situação, seja na clínica durante o atendimento, seja em contato com a família. É importante analisar, para tanto, do que a família exatamente se queixa quando procura um psicopedagogo. Ela pode vir ao consultório porque está exausta e precisa de ajuda, ou porque a escola pediu uma avaliação, ou ainda, porque a psicóloga quer uma visão psicopedagógica

para traçar uma estratégia de abordagem junto à escola, ou ainda porque o neurologista mandou.

Afirma Vasconcelos (2002) que a avaliação visa reorganizar a vida escolar e doméstica da criança portadora do distúrbio de TDAH, portanto, devemos ter muito cuidado ao avaliarmos uma criança, pois a hiperatividade está em moda. Todas as crianças agitadas são chamadas de hiperativas, o que, na maioria das vezes, não é verdade. A falta de limites e da presença dos pais, professores, educadores e disciplinadores podem vir a confundir e a rotular, inadequadamente, mas da presença de adultos comprometidos com sua formação e desenvolvimento

A proposta de intervenção está em função do resultado avaliado do diagnóstico. De posse do material o psicopedagógico, coletado, elabora-se um plano de trabalho para apresentar a família. Se a família estiver de acordo, será efetivado um novo contrato terapêutico, explicitando-se: o tempo para emergirem as mudanças atitudinais e comportamentais, as resistências as mudanças, como a família vai atuar, todos os requisitos para que a intervenção psicopedagógica aconteça.

Portanto, a psicopedagogia, pode fazer um trabalho entre os muitos profissionais, visando à descoberta e o desenvolvimento das capacidades das crianças, bem como pode contribuir para que os alunos sejam capazes de olhar esse mundo em que vivem de saber interpretá-lo e de nele ter condições de interferir com segurança e competência. Assim o psicopedagogo não só contribui com o desenvolvimento da criança, como também contribuirá com a evolução de um mundo que melhore as condições de vida da maioria da humanidade.

Conclusão

Ao término da elaboração deste trabalho pode-se constatar o quanto foi envolvente esta pesquisa. A escolha do tema deu-se em função de lidarmos com muitas crianças agitadas ou mesmo sem limites, daí a importância de buscarmos conhecimentos para sabermos melhor conviver com elas e identificar se o mau comportamento é simplesmente falta de limites ou trata-se do distúrbio de TDAH.

A cada nova fonte pesquisada víamos com nossa curiosidade aguçada, tamanho era a gama de informações novas que adquiriríamos e registrávamos passo a passo, de como proceder e agir com uma criança portadora de TDAH. Verificamos que o TDAH é um distúrbio e como tal deve ser tratado, sendo que não tem cura e que o tratamento apenas melhora os sintomas e deve ser administrado de acordo com o comprometimento, ministrando-se os medicamentos para diminuir a hiperatividade motora e melhorar a atenção. Em alguns casos mais leves, o auxílio de uma terapia comportamental com portador do distúrbio e com a família já ameniza os sintomas do TDAH; em casos mais graves, exige-se uma ação multidisciplinar: pais, professores, médicos, terapeutas e medicamentos.

O papel do professor é fundamental para auxiliar no diagnóstico do TDAH, visto que a hiperatividade só fica evidente no período escolar, quando é preciso aumentar o nível de concentração para aprender.

Deste modo, é importantíssimo o professor estar bem orientado e ter conhecimento sobre o TDAH para identificar uma criança sem limites de uma hiperativa. O portador do TDAH precisa ter na escola um acompanhamento especial, já que não consegue conter seus instintos, tumultuando a sala de aula, a vida dos colegas e dos professores. É preciso aplicar uma ação didático-pedagógica direcionadas para essas crianças, visando estimular sua autoestima, levando em conta a sua falta de concentração, e criando atividades diversificadas para que não haja um comprometimento durante sua aprendizagem.

O professor será o elo entre a família e o especialista, durante o tratamento, pois o seu papel não é de dar diagnóstico, mas sim de esclarecer aos pais que este distúrbio se não for tratado, gera inúmeras complicações sociais para seu convívio social, levando-o à depressão e até mesmo à busca de drogas, à insatisfação e à infelicidade, a um conflito interno por não atender as atividades do dia a dia, e é a reação gerada pelos demais companheiros da escola.

Concluimos que a hiperatividade por não ser doença, não tem cura, mas precisa ser tratada e que nem todas as crianças que apresentam comportamentos não aceitáveis são

portadores de TDAH, que muitos agem assim por falta de limites, seja na escola ou no âmbito familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br>. Acesso. 21 de março 2010.

WALLON, H. **As origens do caráter de criança.** Difusão européia do livro. São Paulo, 1971.

WENDER, P. **Disfunção Cerebral Mínima na Criança.** São Paulo, Editora Monolr, 1980. Tradução: Dr. José Salomão Schwartzman e Dr. Charles Peter Tilbert.

WEISS, Maria Lucia Zemme. **Psicopedagogia Clínica: Uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar.** 5, Ed. Rio de Janeiro, 1999.

VYGOTSKY, L. S. **Formação Social da Mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores.** 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

RUSSELL A. Barkely: **Transtorno de déficit de atenção (TDAH): guia completo e autorizado para os pais, professores e profissionais de saúde;** tradução Luís Sérgio Roizman; Porto Alegre.

FERNÁNDEZ, A. **O saber em jogo. A psicopedagogia proporcionando autorias de pensamentos.** Porto Alegre, Artmed, 2001.

GOLDSTEIN, S. M. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança.** 2 ed. Papyrus. São Paulo, 1996.a.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.** Ed. Artmed, Porto Alegre, 2000.

BORGES, S.M.C. **Há um Fogo Queimando em mim: as representações sociais da criança hiperativa.** UFC. Fortaleza, 1997.

BOSSA, Nadia A. **A psicopedagogia no Brasil. Contribuições a partir da prática.** Porto Alegre, Artes Médicas, 2000.

ROHDE, L. A. **Princípios e práticas em TDAH.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

SENA, Simone. S. **Distraído e a 100 por hora: guia para familiares, educadores e portadores do TDAH.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

TOPCZEWSKI, Abram. **Hiperatividade: como lidar?** Casa do psicólogo, 1999.

NEWRA. T. R. **O transtorno de déficit de atenção e Hiperatividade.**