

Como identificar e trabalhar com crianças que apresentam TDA/H

Ana Grace Costa Bortolini, Claudia Mara Soares da Silva e Lis Andréia Bassi

RESUMO

O Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDA/H), descrito pela primeira vez em 1902, recebeu diversas denominações ao longo de todos esses anos e foi considerado um distúrbio grave. Mas é importante saber que não se trata de uma neurose, um desequilíbrio psicológico ou uma deformação de caráter. É, sim, um problema biológico, resultado de uma instabilidade neuroquímica do sistema de transmissão de informações entre as várias partes do cérebro. É importante diagnosticar os transtornos e/ou deficiências de aprendizagem no início da vida escolar, evitando, dessa forma, dificuldades futuras.



O Transtorno do Déficit de Atenção é conhecido há mais de um século e já recebeu diversas denominações ao longo de todos esses anos. As mais conhecidas foram síndrome da criança hiperativa, lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima e transtorno hipercinético. Em 1994, o termo oficialmente adotado pela Associação Americana de Psiquiatria foi o de Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDA/H), significando que o problema pode ocorrer com ou sem esse componente. Manifesta-se por três sintomas principais: desatenção, hiperatividade e impulsividade, e caracteriza-se também como um distúrbio do desenvolvimento adequado da inibição e da modulação das respostas, melhor dizendo, do autocontrole.

O TDA/H é considerado o dis-

túrbio infantil mais comum e é tido como a principal causa de fracasso escolar. Até poucos anos achava-se que no final da adolescência os sintomas desse transtorno iam regredindo com ou sem tratamento, e o adulto estaria livre das características que apresentava quando criança. Entretanto, as pesquisas mais recentes provaram que o distúrbio tende a permanecer na adolescência e na idade adulta, porém com características diferentes, de acordo com a faixa etária.

Outra característica marcante do TDA/H é a alta taxa de co-morbidade. Em crianças, calcula-se que mais da metade dos casos ocorrem acompanhados de outros transtornos. Em adultos, estima-se que esse índice seja ainda maior, incluindo co-morbidades como ansiedade, depressão, abuso de drogas

(principalmente álcool e tranqüilizantes) e transtornos do apetite e do sono.

É importante os professores estarem atentos para identificar quaisquer dificuldades das crianças o mais precocemente possível, para que possam ser diagnosticadas, tratadas e melhor trabalhadas. Sabe-se que, se a criança com TDA/H receber o tratamento e o estímulo adequados, as dificuldades desse transtorno serão minimizadas.

As crianças com TDA/H exigem, em sala de aula, maior atenção do professor. Com uma ação pedagógica voltada para as necessidades especiais que elas apresentam é possível contornar muitos problemas de aprendizagem. Mas, para isso, o professor precisa conhecer o TDA/H, suas características, classificação e diagnóstico, identificar alunos por-

tadores desse transtorno de aprendizagem e saber trabalhar com eles no contexto da escola.

Histórico, conceitos e classificação

Com o aumento das taxas de escolarização houve também o aumento dos processos de inadaptção. Quando os métodos não eram eficientes para a maioria, eram criados processos de seleção e de separação para as crianças “que não se encaixavam”. Hoje isso ainda ocorre, pois, preocupados em ensinar, os professores aplicam certas normas de rendimento e eficácia ou métodos que estão na moda, sem perceber o mal causado na espontaneidade e curiosidade das crianças.

As classes especiais surgiram no início do século XX, a partir dos estudos de Binet e Simon. Eles reconheceram que muitas crianças não conseguiam seguir o ritmo escolar normal. Em 1902, George Fredrick Still realizou uma série de palestras onde descreveu um grupo de vinte crianças que se comportavam de maneira excessivamente emocional, desafiadoras, resistentes à disciplina, passionais, desatentas e propensas a acidentes, além de um defeito maior, crônico, no controle moral. Tal comportamento problemático surgia antes dos oito anos de idade e não havia indícios de maus tratos pelos pais. Still especulou que os problemas destas crianças deveriam ser de origem biológica. A hipótese ganhou mais força ainda quando notou que alguns membros das famílias das crianças eram portadores de problemas psiquiátricos como depressão, alcoolismo, alterações de

conduta, etc.

O simples fato de Still ter proposto uma base biológica para o problema, embora a evidência definitiva ainda demorasse mais algumas décadas para chegar, já foi um grande passo. Antes disso, as crianças e os pais eram considerados responsáveis pela “falha moral” e o tratamento era freqüentemente feito através do uso 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 tratamento¹. Na realidade, Still escreveu pela primeira vez as características do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade, até então denominado de Disfunção Cerebral Mínima (DCM) e, mais tarde, Hipercinesia ou Hiperatividade. Foi a partir de 1967 que tal transtorno passou a ser chamado de TDA/H ou Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA).

O termo hiperatividade foi usado pela primeira vez por Laufer, em 1957, seguido de Stella Chess, em 1960. Também outros autores começaram a escrever sobre a “síndrome da criança hiperativa”. Laufer defendia que a síndrome seria uma patologia exclusiva de crianças de sexo masculino e teria sua remissão ao longo do crescimento natural do indivíduo. Já Stella Chess

isolou o sintoma da hiperatividade de qualquer noção de lesão cerebral. Chess encarava os sintomas como parte de uma “hiperatividade fisiológica”, cujas causas estariam enraizadas mais na biologia (genética individual) do que no meio ambiente (como causador de lesão). Daí o termo “Síndrome da Criança Hiperativa”, sintomas como parte de uma “hiperatividade fisiológica”².

Nos anos 1960 as observações clínicas se tornaram mais apuradas e ficou cada vez mais aparente que a síndrome tinha alguma origem biológica, absolvido até os pais, perante a comunidade científica, da culpa pelo problema. Contudo, a população em geral continuou culpando os pais, como ainda acontece em sociedades menos informadas. Muitos acreditavam que o transtorno era uma tentativa de livrar os pais da culpa pelos filhos mimados e mal comportados.

Os estudos são contínuos, surgindo uma nova percepção em 1976. Nesse ano, Gabriel Weiss mostrou que, quando as crianças chegam na adolescência, a hiperatividade pode diminuir. Entretanto, os problemas de atenção e impulsividade tendem a persistir. No entender de Woolfolk³, “[...] há apenas alguns anos muitos psicólogos achavam que o TDA/H diminuía quando

Pesquisas recentes provaram que o distúrbio tende a permanecer na adolescência e na idade adulta, porém com características diferentes, de acordo com a faixa etária

1. Vítor da Fonseca, 1995

2. Vítor da Fonseca, 1995

3. Anita E Woolfolk, 2000, p. 133

as crianças entravam na adolescência, mas agora os pesquisadores acreditam que o problema pode persistir na idade adulta".

O consenso anterior tratava a síndrome como exclusiva da infância, que de alguma forma "desapareceria" na adolescência e na vida adulta⁴.

Foi somente no início dos anos 1980 que as teorias ligadas à TDA/H se mostraram mais consistentes. Vigotsky e Feuerstein trouxeram para o ambiente escolar um conjunto de atitudes e valores sobre o envolvimento de competências e de pré-requisitos de aprendizagem; de processamento visual, auditivo, tatil-cinestésico, etc.; de elaboração e comunicação de informação e de conhecimentos e estratégias de aprendizagem. Estes elementos possibilitam um diagnóstico psicoeducacional equacionado em áreas fortes e fracas, que possam perspectivar o seu potencial dinâmico – e não estático – de aprendizagem, pressupondo o seu nível de desenvolvimento potencial⁵. Em 1982, Russel Barkley denominou esse quadro de "[...] transtorno por déficit de atenção com hiperatividade"⁶. Ainda nessa década vários autores como Mattes, Gualtieri e Chelune especularam sobre o envolvimento dos lobos frontais no TDA/H devido à semelhança de sintomas apresentados por pacientes desse transtorno e aqueles que sofreram danos nos lobos frontais devido a acidentes ou outros problemas⁷.

Em 1990, Alan Zametkin constatou que havia uma "ciranda" bioquímica diferente nos cérebros de pessoas com TDA/H.

Antes de Still propor uma base biológica para o problema, as crianças e os pais eram considerados responsáveis pela "falha moral" e o tratamento era feito por castigos e punições físicas

Seus estudos vieram dar entendimento mais acertado e científico para a identificação correta e o posterior tratamento adequado. Através de um exame chamado PET SCAN (tomografia cerebral sofisticada), Zametkin pôde avaliar indivíduos com TDA/H durante a realização de tarefas que testavam a atenção e vigilância, descobrindo que havia uma redução na captação de glicose pelo cérebro. Tendo conhecimento de que a glicose é a principal fonte de energia das células cerebrais, deduziu que a redução do seu aproveitamento significava uma diminuição na atividade energética dos cérebros com TDA/H. O mais importante neste estudo foi a descoberta de que a redução metabólica era maior na região frontal do cérebro⁸.

O lobo frontal pode ser considerado como grande "filtro" inibidor do cérebro humano. Muitos dos sintomas de TDA/H surgem pela redução parcial do lobo frontal, bloqueando e filtrando estímulos ou respostas impróprias vindas das diversas partes do cérebro, com o objetivo de elaborar uma ação apropriada no comportamento humano. Caso o filtro falhe, a ação

final será mais intensa ou precipitada do que deveria ser. Daí a impulsividade e/ou a hiperatividade no funcionamento desse cérebro tão sem freio quanto veloz⁹. Rhode e Benczik¹⁰ explicam que pessoas com TDA/H apresentam justamente três características básicas: "[...] a desatenção, a agitação (ou hiperatividade) e a impulsividade".

Lou também chegou às mesmas conclusões de Zametkin, acrescentando um pequeno detalhe, mas de fundamental importância e decisiva para explicar o TDA/H. Ele demonstrou que a redução da captação da glicose transportada pelo fluxo sanguíneo era maior e mais definida no hemisfério direito do que no hemisfério esquerdo do cérebro. Segundo Ornstein¹¹,

[...] a visão geral do hemisfério direito pode incluir a compreensão do objetivo de uma discussão; a compreensão das associações necessárias para entender uma piada; a reunião de expressão facial, tom de voz e informação textual para entender o que a outra pessoa quer dizer; ou criatividade e gosto pela literatura.

Quando ocorrem distúrbios nesse hemisfério – por lesões ad-

4. Mabel Condemarin et al, 1996

5. Edward M Hallowell, 1999

6. Mabel Condemarin et al, 2006, p. 22

7. Edward M Hallowell, 1999

8. Ana Beatriz Silva, 2003

9. Ana Beatriz Silva, AB 2003

10. Luiz Augusto Rhode e Edyleine Benczik, 1998, p. 37

11. citado por Ana Beatriz Silva 2003, p. 97

quiridas por acidentes, isquemia por falta de circulação sanguínea, traumatismos cerebrais, etc. – a vida mental do indivíduo, principalmente o raciocínio, fica alterada.

Ana Beatriz Silva¹² afirma que, em grande parte dos casos, o TDA/H pode apresentar o que em psiquiatria se chama comorbidades, isto é, quando um ou mais transtornos psiquiátricos coexistem com um transtorno primário (de base). Os casos mais comuns que a autora cita são TDA/H com ansiedade generalizada, pânico, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, depressão, transtorno bipolar do humor, transtornos alimentares, transtorno de conduta e/ou transtorno desafiador opositivo, transtorno de personalidade anti-social, transtornos do sono e uso de drogas. Topazewski¹³ afirma que “[...] o hiperativo pode ter uma tendência maior para ingressar no mundo da delinqüência e das drogas”.

“Transtorno do comportamento apresentado tanto por crianças como por adultos, com manifestações diferentes segundo a idade e a educação recebida”, é a definição de Garcia-Perez e Magaz-Lago¹⁴ para explicar que tal transtorno implica em uma dificuldade generalizada, no espaço e no tempo, para regular e manter a atenção e uma atividade motora excessiva. Secundariamente, se manifesta na forma de um déficit de reflexividade – quando os afetados atuam com impulsividade sem se deter para analisar suas ações. Mostram-se indivíduos sem auto-controle, que agem por suas necessidades imediatas ou por suas emoções.

Forster e Fernandez¹⁵ defi-

nem TDA/H como um transtorno de conduta crônica com um substrato biológico importante, não devido a uma única causa, com uma forte base genética. Barkley¹⁶ define TDA/H como “[...] 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”. Para esse autor o TDA/H é um problema real e, por consequência, um obstáculo real na aprendizagem.

Atualmente, a hiperatividade infantil é definida pela Associação Americana como Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H), classificada no subgrupo dos distúrbios mentais com origem na infância ou adolescência¹⁷.

Braga¹⁸ classifica a hiperatividade infantil em três subgrupos, segundo a natureza do comportamento hiperativo.

Para o autor, a hiperatividade verdadeira ocorre quando o indivíduo herda geneticamente a tendência à anormalidade biológica, quando o trauma perinatal desencadeia a síndrome, também

denominada TDA/H. Patologias como eclâmpsia, diabetes, distúrbios renais e substâncias tóxicas ingeridas pela mãe durante a gravidez podem também resultar no desenvolvimento da hiperatividade na criança.

O segundo tipo é a hiperatividade situacional, que se refere a um comportamento desencadeado por alguma patologia como hipertireoidismo ou por algum agente tóxico alimentar, entre eles: corantes artificiais, aditivos químicos, alimentares, resíduos de agrotóxicos nos alimentos, alguns tipos de molhos, cereais empacotados, salsichas e queijos, açúcar refinado, salicilato de sódio, nozes. Estes alimentos podem provocar em crianças algum tipo de sensibilidade idiossincrásica, síndrome denominada de hipercinesia situacional. As principais patologias que desencadeiam na criança um comportamento hiperativo são: anormalidades do sistema nervoso central (como a hidrocefalia) e lesões cerebrais (traumatismo, acidente vascular cerebral), esclerose múltipla, encefalites, hipertireoidismo, apnéia do sono, neurofri-



12. Ana Beatriz Silva, 2003

13. Abram Topczewski, 1999, p. 85

14. citado por Mabel Condemarin et al, 2006, p. 23

15. citado por Mabel Condemarin et al, 2006, p. 25

16. Russel A Barkley, 2002, p. 33

17. Ryon Braga, 1998, p. 15

bromatose, fenilcetonúria, intoxicação por chumbo (plumbismo), deficiência vitamínica, hipervitaminose e crises convulsivas. Outras patologias podem explodir como consequência secundária a um comportamento hiperativo, como anemia ferropriva, retardo mental leve e efeitos colaterais de medicamentos antialérgicos.

E, finalmente, a hiperatividade reacional, cujas causas são desencadeadas pelas dificuldades interacionais ou adaptativo-relacionais, nas esferas familiares e escolares. Braga¹⁹ divide este tipo de hiperatividade em reacional por problemas psicofetivos e reacional por problemas psicoeducacionais.

Causas e sintomas

O cérebro é composto por milhões de células e repartido em diferentes zonas, cada uma com uma função específica. A transmissão de informações entre essas zonas é feita pelas células nervosas, por meio de substâncias químicas denominadas transmissores neurais. Estas substâncias são segregadas pela célula que emite a informação e captadas pela célula que recebe a informação²⁰. Farladeau acrescenta:

*Parece que os hiperativos são vítimas de uma disfunção desses transmissores neurais, especialmente de um deles, a dopamina, que estaria deficiente e conduziria a um abrandamento da transmissão entre as células. Este abrandamento criaria uma diminuição da atividade na zona do cérebro afetada, ou seja, a zona de coordenação entre o lobo frontal e o sistema límbico.*²¹.



O "afrouxamento" da atividade cerebral estaria na origem dos sintomas associados ao controle do comportamento, que rege os controles da atenção, da impulsividade, da atividade motora, da obediência às regras e do rendimento no trabalho. Também podem ser causas do abrandamento cerebral: lesão adquirida; falta de oxigênio no parto; nascimento prematuro; intoxicação por chumbo; causas orgânicas como convulsões, hipertireoidismo, oxiurose, apnéia do sono, anemia; efeitos colaterais de medicamentos como o fenobarbital, aditivos alimentares e drogas antialérgicas; e sintomas hiperativos ligados a causas psicológicas (deficiência nos transmissores neurais – dopamina).

*Em relação à hiperatividade, ignorar esses primeiros sinais, especialmente quando duram mais de doze meses e na ausência de informações específicas que os problemas da criança são causados por paternidade/maternidade insatisfatória ou outras dificuldades da vida, leva à perda de um precioso tempo de tratamento.*²².

Os sintomas do TDA/H aparecem entre três e cinco anos de idade, como por exemplo, a dificuldade em participar dos jogos, a incapacidade de ficar sentado para ver TV (a menos que o programa seja do seu interesse).

São crianças que choram com mais frequência e durante maior tempo. Alguns experimentam dificuldades quando a quantidade de trabalho aumenta, como por exemplo, quando iniciam a 5ª série. Nos testes de coordenação e equilíbrio, lateralidade e cinestesia revelam imaturidade neurológica.

Ressalte-se que existem variações em cada caso. O profissional não deve esperar que o diagnóstico apareça sempre na mesma frequência e no mesmo grau, porque não existem duas pessoas iguais.

Dos distúrbios da fala os mais importantes são o retardo no aprendizado da fala, as alterações articulatórias e no ritmo da fala. Dificuldades no reconhecimento de imagem corporal e na dominância lateral são chamadas de distúrbios da somatognosia. Dislexia, disgrafia e discalculia são distúrbios de aprendizagem específicos. Dificuldade de alimentar-se, dormir ou falar são distúrbios da imagem da primeira infância²³.

Vale ressaltar que tanto a hiperatividade como a impulsividade podem ocasionar acidentes como, por exemplo, derrubar ou quebrar objetos, esbarrar em pessoas, manusear objetos perigosos e envolver-se em atividades perigosas, sem pensar nas consequências.

Identificação e diagnóstico

Somente com a identificação precoce das dificuldades de aprendizagem das crianças é que se pode orientar uma intervenção pedagógica.

A Escala de Identificação de

18. Ryon Braga, 1998

19. Ryon Braga, 1998

20. Guy Farladeau, 1999

21. Guy Farladeau, 1999, p. 35

22. Sam Goldstein e Michael Goldstein, 2000, p. 76

23. Sam Goldstein e Michael Goldstein, 2000

Dificuldades de Aprendizagem (EIDA), dividida em cinco itens, permite reconhecer de forma simples a criança com TDA/H. Outro meio de identificação está baseado nos critérios definidos pela Associação Americana de Psiquiatria. Observe no quadro.

Uma terceira forma de identificação/diagnóstico pode ser feita por meio da psicopedagogia. O diagnóstico psicopedagógico é entendido como processo no qual é analisada a situação do aluno com dificuldades, dentro do contexto de escola e de sala de aula, com a finalidade de proporcionar aos professores orientações e instrumentos que permitam modificar o conflito manifestado²⁴. Outra noção implícita no diagnóstico psicopedagógico é a análise das dificuldades do aluno no ambiente escolar. Nesta avaliação se faz necessária a intervenção de dois profissionais: o psicopedagogo, como especialista, e o professor, conhecedor do aluno nas situações cotidianas de aprendizagem.

"O diagnóstico precoce do TDA/H é um ponto fundamental para a superação das dificuldades escolares"²⁵, o que justifica a necessidade de realizar uma intervenção precoce, visto que nos maiores vão se acumulando vazios de conhecimentos escolares devido à falta de hábitos de estudo e de outras dificuldades que interferem no seu rendimento.

Trabalhando com portadores de TDA/H

Se a criança já foi diagnosticada como portador de TDA/H, o professor deve ser avisado. Se não, o professor deve possuir conhecimento sobre hiperati-

vidade e conhecer as características de TDA/H para, com a observação em sala de aula, poder encaminhar essa criança para os profissionais qualificados para fazerem o diagnóstico.

As crianças hiperativas precisam saber que o esforço que têm de fazer é definido segundo critérios de tempo e não de desempenho. Nesse sentido, o professor pode pedir-lhes para se dedicarem dez minutos para fa-



Nos anos 80
Vigotsky e
Feuerstein
trouxeram para o
ambiente escolar
um conjunto de
elementos que
possibilitam um
diagnóstico
psicoeducacional
equacionado

zer contas, ao invés de pedir-lhes para resolver dez problemas. Pode trabalhar com um cronômetro, para que a criança com TDA/H veja o tempo passar e o fim do trabalho aproximar-se. Devido à hiperatividade, a criança encontra dificuldade em realizar a sua tarefa igual aos demais colegas²⁶.

O professor pode também reduzir a carga de trabalho do aluno com TDA/H em função das suas capacidades, sem que isso penalize a sua aprendizagem. Observar se ele atingiu o objetivo. Isso é importante, visto que a sua falta de concentração e a sua lentidão fazem-lhe perder muito conteúdo. Um período de trabalho mais curto e mais frequente é indicado: isso afasta o aborrecimento e é um fator determinante do abrandamento da hiperatividade. Outro aspecto: tarefa de casa é em casa; de escola, na escola. A tarefa não concluída pode ser deixada para outro dia, mas no mesmo local onde foi passada.

O professor não deve considerar erros cometidos por distração ou impulsividade. Além disso, deve cuidar na maneira de falar: ao invés de "sabe a resposta deste problema?", dizer "pode mostrar-me como resolver este problema?"

Recomenda-se ainda que o professor, antes de planejar atividades, considere os pontos fortes da criança com TDA/H, conheça atividades que mais lhe motivam e que sejam de interesse dela. Elaborar atividades menos estruturadas onde possam empregar sua criatividade, melhorando sua imagem diante de seus colegas como, por exemplo, atividades ao ar livre, musicais, de eletrônica, de informática, de investigações ci-

24. Eulália Bassedas, 1996

25. Orjales citado por Mabel Condemarin et al, 2006, p. 42

26. Mabel Condemarin et al, 2006

entíficas e tecnológicas²⁷.

Benaveente²⁸ propõe a realização dos seguintes programas: programa para melhorar a concentração, que inclui exercícios de bordado, "contato com a minha força" e exercícios de ioga; programa para o controle da impulsividade, que compreende o treinamento na auto-instrução, o aumento da demora da resposta e modelagem; programa de controle da hiperatividade, em que os exercícios de relaxamento são um pilar fundamental; programa de técnicas e hábitos de estudo, em que se inclui lugar de estudos e metas, entre outras atividades.

Já Gorostegui²⁹ apresenta as seguintes sugestões: orientar a atenção da criança para o problema ou a tarefa que se apre-

senta, ajudá-la a descobrir e selecionar a informação relevante e a organizá-la e sistematizá-la; proporcionar pautas consistentes sobre o que deve fazer, dando-lhe instruções de forma parcelada e inclusive, se for necessário, enumerando os passos da tarefa.

Reiterar as instruções é um ponto fundamental na ajuda. As rotinas de trabalho devem ser claras, sem variações imprevistas. Elas devem estruturar externamente o seu entorno e, em particular, organizar suas atividades escolares proporcionando-lhe pautas de trabalho, acompanhando-a e dirigindo-a em seu tempo de estudo. A simples presença do adulto (professores, pais e outras pessoas) tem um efeito significativo no seu

desempenho; ocasionalmente, pedir à criança que não responda até que seja solicitado expressamente que faça. Se ela falhar, ajudá-la a perceber que sua aceleração pode ser uma causa importante de seus erros; evitar os ambientes de trabalho artificialmente privados de estímulos, de fatores visuais e auditivos, que têm mostrado ser de pouco benefício para crianças com TDA, apesar da crença no contrário.

Mais que as outras crianças, elas requerem motivação externa, tarefas significativas, situações de aprendizagem ágeis e novas, que atraiam seu interesse e que impliquem um desafio; lembrar à criança, com frequência, que ela deve pensar antes de responder, planejar seu trabalho, imaginar alternativas de soluções e parar para tentar comprovar se são corretas, comparar suas respostas com outras possíveis. Promover processos de pensamento orientados para a reflexão e verbalizações sobre a própria atividade mental.

Saber trabalhar com portadores de TDA/H tem como finalidade evitar as consequências do insucesso escolar e os transtornos futuros. Segundo Fonseca³⁰, não se deve ignorar certas questões da aprendizagem, pois pode ocorrer a subvalorização de certos sinais de riscos educacionais e conseqüentemente adiar a sua solução. O insucesso escolar desencadeia problemas emocionais, levando a criança a perder a sua identidade-criatividade e a enfrentar problemas de adaptação social, além de diminuir a auto-confiança. Se esse espiral de conflitos não for resolvido o quanto antes, o resultado pode ser a delinquência ou outra predisposi-



As rotinas de trabalho devem ser claras, sem variações imprevistas. Devem estruturar externamente o seu entorno e organizar suas atividades escolares

27. Mabel Condemarin et al, 2006

28. citado por Mabel Condemarin et al, 2006, p. 139

29. citado por Mabel Condemarin et al, 2006, p. 140

30. Vítor da Fonseca, 1995

ção sociopática e, o que é pior, repetências e evasões.

Conclusão

O ideal seria diagnosticar o TDA/H antes que a criança começasse a freqüentar a escola. Entretanto, é na escola que os sintomas se evidenciam, se fazem mais visíveis, pois no período escolar é preciso aumentar o nível de concentração para aprender.

Nesse sentido é importante que o professor esteja preparado para identificar precocemente um portador de TDA/H, distinguindo-o, por exemplo, de uma

criança sem limites, para que a aprendizagem não seja muito prejudicada. Fonseca³¹ afirma que é no princípio da escolarização e não no fim que se deve otimizar o potencial de aprendizagem das crianças; por isso, a importância de se identificar o mais cedo possível o TDA/H.

Sendo o TDA/H um transtorno de difícil diagnóstico, porque pode ser confundido com outros transtornos ou com uma criança sem limites, apesar do professor ter capacitação para identificar e trabalhar com a criança portadora do TDA/H, torna-se imprescindível o envolvimento de outros especialistas nesse processo,

como o psicopedagogo e o médico, uma vez que uma identificação errônea ou uma rotulação comprometeria ainda mais a sua aprendizagem.

É dever do professor saber identificar, compreender e trabalhar com o aluno portador de TDA/H, buscando maneiras de ajudá-lo a ser bem sucedido na escola e, mais tarde, na vida social e profissional. Para isso ele precisa aplicar uma ação pedagógica direcionada para esse aluno, considerando principalmente sua falta de concentração, criando atividades diversificadas para que a aprendizagem não fique comprometida.



Ana Grace Costa Bortolini

é pedagoga e professora da Rede Municipal de Ensino de Curitiba, pós-graduanda em Educação Especial pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão.

Claudia Mara Soares da Silva

professora da Rede Municipal de Ensino de Curitiba, pós-graduanda em Educação Especial pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão.

Lis Andréia Bassi

é professora da Rede Municipal de Ensino de Curitiba, pós-graduanda em Educação Especial pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão.

Referências Bibliográficas

- BARKLEY, R. A. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BASSEDAS, E. **Intervenção educativa e diagnóstico psicopedagógico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1996.
- BRAGA, R. **O comportamento hiperativo na infância**. Curitiba: Conscientia, 1998.
- CONDEMARIN, M. *et al.* **Transtorno do déficit de atenção: estratégias para o diagnóstico e a intervenção psico-educativa**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2006.
- FALARDEAU, G. **As crianças hiperativas**. Portugal: CETOP, 1999.
- FONSECA, V. **Introdução às dificuldades de aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- GOLDSTEIN, S.; GOLDSTEIN, M. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. 6. ed. São Paulo: Papirus, 2000.
- HALLOWELL, E. M. **Tendência à distração: identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção (DDA) da infância à vida adulta**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.
- RHODE, L. A. P.; BENCZIK, E. B. P. **Atenção: hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- SILVA, A. B. **Mentes inquietas**. São Paulo: Gente, 2003.
- TOPCZEWSKI, A. **Hiperatividade: como lidar?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- WOOLFOLK, A. E. **Psicologia da educação**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

31. Vítor da Fonseca, 1995

SINTOMAS DE DESATENÇÃO

Para se detectar o TDA/H deve-se observar, pelo menos, seis dos sintomas de desatenção, perduráveis por um período mínimo de seis meses, em grau mal-adaptativo e não compatível com o nível de desenvolvimento³²:

- com frequência não presta atenção a detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, de trabalho, etc.;
- apresenta costumeira dificuldade em manter a atenção na realização de tarefas ou atividades lúdicas, não conseguindo conduzi-las até o final;
- freqüentemente passa a impressão de que está com o pensamento em outra situação, ou que não ouviu o que lhe foi dito;
- muda de uma tarefa inacabada para outra – assim, o indivíduo pode iniciar uma atividade, ter sua atenção desviada para outra e deixar a primeira incompleta;
- com frequência não atende a solicitações e não segue instruções, o que não se deve à incapacidade de compreendê-las, nem a comportamentos de oposição, e sim à dificuldade de atenção;
- dificuldade na organização de tarefas e/ou atividades. Por não conseguir manter a atenção, o indivíduo considera as atividades que exigem esforço mental constante (tarefas escolares ou trabalhos burocráticos) como desagradáveis e aversivas, passando a evitá-las;
- a realização de tarefas é prejudicada devido à freqüente desorganização, perda ou descuido dos materiais necessários (brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros, etc.);
- facilidade de distração por estímulos alheios à tarefa geralmente culmina na sua interrupção;
- esquece de cumprir as tarefas diárias (falta a um compromisso marcado, esquece material escolar, etc.). No campo das situações sociais, este sintoma pode se manifestar por freqüentes mudanças de assunto, falta de atenção ao que os outros dizem, falta de atenção a detalhes ou regras em jogos ou outras atividades.

32. Sam Goldstein e Michael Goldstein, 2000

SINTOMAS DE HIPERATIVIDADE

Presença de pelo menos seis dos seguintes sintomas de hiperatividade, persistentes por um período mínimo de seis meses, em grau mal-adaptativo e não compatível com o nível de desenvolvimento:

- freqüente inquietação caracterizada pela agitação dos pés ou das mãos ou por remexer-se na cadeira, assim como dificuldade em permanecer sentado;
- abandono da cadeira em sala de aula ou em outras situações em que isso não é necessário;
- corre ou escala com freqüência, em situações em que isso é inadequado;
- apresenta freqüente dificuldade em realizar atividades ou brincadeiras que envolvam silêncio bem como atitudes freqüentes com energia em demasia, como se estivesse “a mil”, inclusive na fala;
- a impulsividade faz com que a hiperatividade responda freqüentemente com precipitação as perguntas mesmo antes da sua formulação completa – como tem dificuldades de esperar a sua vez, interrompe ou intromete-se em assuntos alheios, fazendo comentários inoportunos, gerando desta forma, dificuldades de relações sociais, acadêmicas ou ocupacionais.

ESCALA DE IDENTIFICAÇÃO DE DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM (EIDA)

1. compreensão auditiva: entender o significado das palavras, a execução de instruções, a compreensão de discussões na aula e reter informação;
2. linguagem falada: vocabulário, gramática, memória verbal, contar histórias, relatar experiências, formular idéias;
3. orientação espaço-temporal: apreciação do tempo, orientação espacial, apreciação de relações (grande-pequeno, perto-longe, leve-pesado), apreciação das direções;
4. psicomotricidade: coordenação geral, equilíbrio, destreza manual;
5. sociabilidade-socialização: cooperação, atenção, organização, situações novas, aceitação social, responsabilidade, cumprimento de tarefas, ajustamento-discernimento.^{33*}

*33. Vítor da Fonseca, 1995

CRITÉRIOS DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA

A.1 – Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção estão presentes há pelo menos seis meses, com uma frequência ou uma intensidade superior àquela que o nível de desenvolvimento faria prever:

- a) a criança não presta atenção aos pormenores e comete muitos erros de atenção na escola, no trabalho ou durante outras atividades;
- b) tem dificuldade em manter-se atenta no trabalho ou nos jogos;
- c) parece não ouvir quando lhe falam;
- d) raramente termina um trabalho ou ignora uma parte das instruções (não devido a um comportamento de oposição ou porque as instruções foram mal compreendidas);
- e) tem dificuldade em organizar o seu trabalho ou suas atividades;
- f) afirma detestar certas atividades ou tenta evitá-las quando estas lhe exigem um esforço mental contido (como o trabalho escolar ou a leitura);
- g) perde objetos necessários às suas atividades (brinquedos, lápis, cadernos, utensílios);
- h) distrai-se facilmente por estímulos pouco importantes;
- i) é levada a esquecer coisas que fazem parte das suas atividades diárias.

A.2 – Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade ou de impulsividade presentes há pelo menos seis meses, com uma frequência

ou uma intensidade superior àquela que o nível de desenvolvimento faria prever:

Hiperatividade

- a) a criança mexe os pés ou as mãos ou agita-se na sua cadeira;
- b) sai da cadeira ou da aula em situações onde a posição de sentada é obrigatória;
- c) corre ou salta imprevisivelmente (o adolescente ou o adulto limita-se a uma incapacidade de ficar no lugar);
- d) é incapaz de jogar sem fazer barulho;
- e) parece perpetuamente em movimento;
- f) fala demasiado.

Impulsividade

- g) a criança responde às perguntas mesmo antes destas terem acabado de ser formuladas;
- h) tem dificuldade em aguardar a sua vez;
- i) interrompe as outras crianças ou intervém nas suas conversas ou nos seus jogos.

B – Alguns dos sintomas notados estavam presentes antes dos seis anos.

C – Os inconvenientes causados pelos sintomas foram notados em pelo menos duas situações (na escola, no trabalho ou em casa).

D – Devem existir repercussões significativas sobre o funcionamento social ou académico.

E – Os sintomas não aparecem exclusivamente durante um impulso psicótico ou não são melhor definidos pelos critérios de outra doença mental.

Essa identificação trabalha com três tipos de perturbação deficitária da atenção: tipo combinado - responde aos critérios A1 e A2 pelo menos desde há seis meses; tipo desatenção: responde aos critérios A1 pelo menos desde há seis meses; tipo hiperatividade/impulsividade: responde aos critérios A2 pelo menos há seis meses.