

TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: IMPLICAÇÕES E DESAFIOS NO ESPAÇO ESCOLAR

A.S.S, co-autora – UESB/JQ

E.O.S.C., co-autora – UESB/JQ

G.O.A., co-autora – UESB/JQ

T.S.N., autora – UESB/JQ

RESUMO:

Esse artigo trata-se de uma revisão de literatura, como caráter qualitativo, produzido no IV semestre de Pedagogia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Campus de Jequié. Tendo como objetivo compreender como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade tem sido abordado no cotidiano da escola, a partir de discussões teóricas feitas por psicólogos e psiquiatras sobre o TDAH, identificar quem pode dar o diagnóstico desse transtorno e quais posturas o professor deve assumir em sala de aula no sentido de ajudar crianças portadoras do TDAH em seu processo de desenvolvimento da aprendizagem. Os referenciais teóricos foram baseados em artigos científicos do site Scielo e BVS-Psi Brasil, como também análise de diversos autores como Rohde e Halpern (2004), Poeta e Neto (2004), Santos e Vasconcelos (2010), e outros. A pesquisa contribuiu, para uma melhor compreensão acerca do TDAH e sua ligação com a questão educacional.

PALAVRAS-CHAVE: Déficit de Atenção e Hiperatividade. TDAH. Desempenho Escolar. Prática pedagógica.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um transtorno do desenvolvimento do autocontrole que afeta a atenção, o controle de impulsos e o nível de atividade. Esse transtorno repercute na vida da criança e do adolescente levando a prejuízos em múltiplas áreas, como adaptação acadêmica, relações interpessoais e desempenho escolar, que embora não imprescindíveis para o diagnóstico, frequentemente fazem parte das queixas do portador Barkley (apud JOU, 2010)

Salienta-se que, o professor é um importante elo entre a família e o especialista por estar atento às manifestações dos sintomas no ambiente escolar, sendo esta relação necessária para uma maior eficácia no tratamento, entretanto poucos conhecem as dificuldades relacionadas ao transtorno e o relaciona com má-educação ou preguiça.

O presente trabalho tem por objetivo compreender quais posturas o professor deve assumir em sala de aula no sentido de ajudar crianças portadora do Transtorno de Déficit de

Atenção e Hiperatividade em seu processo de desenvolvimento da aprendizagem, sendo os objetivos específicos analisar discussões teóricas feitas por psicólogos e pediatras sobre o TDAH, além de identificar quem pode dar o diagnóstico desse transtorno.

A pesquisa foi realizada através de uma revisão de literaturas, tendo um caráter qualitativo, pois segundo Bardin (2009, p 141) a pesquisa qualitativa é “válida, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa, e não em inferências gerais”, isto é, não se aplica opiniões rigorosas por falta de objetividade e precisão. Foram utilizadas publicações do site Scielo e BVS-Psi Brasil, como também análise de diversos autores como Rohde e Halpern (2004), Poeta e Neto (2004), Santos e Vasconcelos (2010) contribuindo assim, para uma melhor compreensão acerca do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e sua ligação com a questão educacional.

Nessa perspectiva, percebe-se que o professor da educação infantil, por passar uma grande parte do tempo com a criança, pode ser um dos primeiros a analisar o comportamento no decorrer do processo de ensino/aprendizagem e comunicar aos pais, levando em consideração, que nem todas as crianças inquietas são hiperativas, a partir daí, portanto buscase um diagnóstico partindo de uma consulta com psicólogo e pediatra, onde sendo detectado o transtorno, a criança passará por um tratamento com intervenções psicofarmacológica e psicossociais, ressaltando que é importante o professor mediar diretamente na aprendizagem afim de obter sucesso no tratamento do TDAH na criança.

2. HISTÓRICO E ETIOLOGIA

O termo hiperatividade teve suas primeiras referências na metade do século XIX, a primeira descrição do transtorno foi feita pelo pediatra George Still, em 1902. Sua nomenclatura vem se modificando com o tempo. Na década de 40 era nomeada de “lesão cerebral mínima”, já em 1962 passou a ser chamada de “disfunção cerebral mínima”, reconhecendo-se que as alterações características da síndrome relacionam-se mais a disfunção em vias nervosas do que propriamente lesões nas mesmas (Rohde & Halpern, 2004).

Apesar das inúmeras pesquisas realizadas, a causa desse transtorno ainda não é conhecida, mas a influencia dos fatores genéticos e ambientais no seu desenvolvimento é amplamente aceito (Rohde & Halpern, 2004).

A contribuição genética é substancial; acredita-se que vários genes de pequeno efeito sejam responsáveis por uma vulnerabilidade ou suscetibilidade genética ao transtorno e estudos mostraram uma recorrência familiar significativa para este transtorno (Rohde &

Halpern, 2004). Pesquisas realizadas por Poeta & Neto (2004) têm relacionado o TDAH a fatores genéticos em pelo menos 80% dos casos; se os pais apresentam o transtorno, há um risco de duas a oito vezes maiores que seus filhos venham a apresentá-lo.

Quanto à contribuição ambiental, agentes que atuam no funcionamento adaptativo e na saúde emocional geral da criança, tais como desentendimentos familiares e transtornos mentais nos pais em alguns casos podem ter participação importante no surgimento e manutenção do transtorno (Rohde & Halpern, 2004).

Entretanto é importante ressaltar que provavelmente, o que é herdado não é o transtorno e sim uma vulnerabilidade ou tendências para o mesmo e este vai manifestar-se de acordo com a presença de desencadeadores ambientais.

3. DIAGNÓSTICO

De acordo com Poeta e Neto (2004), crianças com TDAH são facilmente reconhecidas no contexto escolar e uma das primeiras características observadas pelos professores, são os comportamentos inadequados de alguns alunos nas diversas atividades pedagógicas, como por exemplo, dificuldades em prestar atenção, impulsividade, incompletude de atividades, entre outros. Os sintomas do TDAH são detectados pelos professores ao comparar comportamentos de crianças de mesma idade.

O pediatra é o profissional de saúde que acompanha o paciente longitudinalmente, tendo a possibilidade de identificar precocemente sinais e sintomas que possam sugerir TDAH. A base do diagnóstico está formada pela história, observação do comportamento do paciente e relato dos pais e professores sobre o funcionamento da criança nos diversos ambientes que frequentam.

O diagnóstico do TDAH é fundamentalmente clínico, baseando-se em critérios operacionais clínicos bem claros e bem definidos provenientes de sistemas classificatórios como DSM-IV ou CID-10. O DSM-IV (Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) propõe a necessidade de pelo menos seis ou mais sintomas de desatenção e/ou seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade para o diagnóstico do TDAH.

O DSM-IV também define cinco critérios para o diagnóstico, que são: comportamentos persistentes de desatenção e/ou hiperatividade em maior intensidade do que aquele encontrado em crianças de mesma faixa etária e nível de desenvolvimento; sintomas presentes antes dos 07 anos de idade; sintomas que comprometem a vida do paciente em pelo

menos 2 ambientes diferentes de convívio; comprometimento para a vida diária do paciente; prejuízo funcional clinicamente significativo na vida social ou escolar do paciente.

4. TIPOS E CARACTERÍSTICAS

De acordo com o DSM-IV (manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 1994) três subtipos do transtorno foram definidos para o TDAH, com predomínio de: a) desatenção, b) hiperatividade/impulsividade e c) TDAH combinado. Para o diagnóstico de TDAH é fundamental que pelo menos seis dos sintomas de desatenção ou seis dos sintomas de hiperatividade/impulsividade sejam apresentados na vida da criança, portanto é necessária uma avaliação cuidadosa de cada sintoma (Rohde & Halpern, 2004).

O tipo com predomínio de sintoma de desatenção é mais frequente no sexo feminino e aparece apresentar, conjuntamente com o tipo combinado, uma taxa mais elevada de prejuízo acadêmico (Rohde & Halpern, 2004).

A desatenção pode ser identificada pelos seguintes sintomas: mudanças frequentes de assunto, a falta de atenção no discurso alheio, distração durante conversas, desatenção ou não cumprimento de regras em atividades lúdicas, alternância constante de tarefas, além de relutância no engajamento de tarefas que exijam organização (Santos & Vasconcelos, 2010).

As crianças com TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade, por outro lado são mais agressivas e impulsivas do que as crianças com os outros tipos, e tendem a ser rejeitadas pelos colegas (Rohde & Halpern, 2004). A criança com hiperatividade/impulsividade apresenta os seguintes sintomas: agitada, se remexe na cadeira, abandona sua cadeira em sala de aula ou em outras situações na qual se espera que fique sentada, corre ou escala com demasia em situações inapropriadas, fala em demasia, com frequência tem dificuldade de esperar sua vez, interrompe ou se mete em assuntos dos outros, Mesmo aquelas crianças consideradas muito inquietas antes de entrarem para o colégio, podem ficar comportadas e participativas; somente as crianças com algum transtorno não se adaptam.

5. TRATAMENTO

As intervenções precoces podem representar um grande passo para minimizar o impacto negativo que o TDAH traz à vida da criança, no âmbito social, familiar, pessoal e escolar. O tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicofarmacológicas e psicossociais (Rohde & Halpern, 2004).

Em relação às intervenções psicofarmacológicas, os pediatras clínicos recomendam os estimulantes como primeira escolha para o tratamento do transtorno. Quando esses não obtêm respostas utilizam-se antidepressivos. O uso de medicamentos em indivíduos com diagnóstico de TDAH provoca tranquilidade, aumento no período de atenção e, por vezes, sonolência. Essa resposta positiva não é observada em todos os pacientes, sendo que alguns deles tornam-se mais excitados e agressivos e as doses empregadas deverão ser tituladas individualmente e, após ter sido encontrada a dose ideal, esta deverá ser mantida.

No âmbito das intervenções psicossociais é fundamental que o pediatra possa educar a família sobre o transtorno através de informações claras e precisas com ênfase em intervenções comportamentais a fim de que aprendam a manejar os sintomas dos filhos (Rohde & Halpern, 2004).

Intervenções no espaço escolar também são importantes, pois é um local onde a criança inicia seu contato com a leitura e escrita, portanto os professores devem ser orientados para uma prática pedagógica diferenciada de modo que mantenha a atenção e concentração da criança com esse transtorno, sustentada por um maior período de tempo.

Rohde (1999), diz que cerca de 25 a 30% das crianças e adolescentes com TDAH apresentam problemas de aprendizagens secundários ou associados ao transtorno. Nesse caso, a intervenção psicopedagógica é fundamental para prevenir lacunas na aprendizagem, e o professor tem papel fundamental no processo de aprendizagem e na saúde mental de crianças e adolescentes com TDAH, portanto, este deve em primeiro lugar, procurar o máximo de informações a respeito do transtorno.

6. RESULTADOS

São poucos os estudos que abordam intervenções práticas envolvendo o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), porém percebe-se que a maioria dos autores reconhece a importância das intervenções pedagógicas.

A escola deve ser orientada para a necessidade de salas de aula bem estruturadas, de modo que ajude tanto a focalizar quanto a manter a atenção da criança na aula. É necessário também, evitar salas com muitos estímulos que possam distrair o aluno como desenhos ou figuras coladas na parede. As salas devem possuir poucos alunos, rotinas diárias consistentes e ambientes escolares previsíveis, ajudando crianças hiperativas a manterem o controle emocional.

O aluno com TDAH deve receber o máximo possível de atendimento individualizado, ele deve ser colocado na primeira fila da sala de aula, próximo à professora e longe da janela, ou seja, em local onde ele tenha menor probabilidade de distrair-se. As tarefas propostas não devem ser demasiadamente longas e necessitam ser explicadas passo a passo.

Além disso, o ensino para crianças com esse transtorno deve ser significativo, participativo e questionador envolvendo os alunos no processo de ensino-aprendizagem. É importante também inseri-los em atividades que possibilita a criatividade e liberação de energia, como as aulas de música, dança e jogos educativos. Deve-se utilizar vários recursos de ensino e não somente a voz, como por exemplo materiais didáticos diversificados que envolvam todas as crianças, sendo elas hiperativas ou não.

6. CONCLUSÃO

Dos resultados obtidos, devemos salientar que o diagnóstico do TDAH, deve ser feito por um psicólogo ou pediatra, porém os professores são os sujeitos que diretamente, podem interferir na aprendizagem, fazer mediações entre os relacionamentos presentes no ambiente escolar, e perceber quando há necessidade de solicitação de uma avaliação média e / ou psicológica.

A busca de tratamento por parte de profissionais da saúde contribuirá para a articulação entre pais e professores no cuidado de crianças com esse transtorno, a comunicação deste com a família e a escola facilitará a compreensão sobre o transtorno, indicando quais posturas devem ser exercidas nos diversos ambientes para auxiliar no tratamento de crianças com TDAH. Quando a família e a escola trabalham em harmonia, podemos considerar como ponto positivo para a eficácia do tratamento no âmbito psicossocial.

Diante disso, percebe-se que é necessário que o professor tenha conhecimento da história e do desenvolvimento dos conceitos sobre hiperatividade, tais conhecimentos poderá ajudá-lo a ter uma visão menos preconceituosa do transtorno, que por muitas vezes excluem a criança com TDAH do processo de aprendizagem e desmistificando-o enquanto doença responsável pelo mau rendimento escolar.

O conhecimento sobre esse transtorno possibilitará que o professor crie determinadas situações de ensino em sala de aula de modo que possa ajudar a criança à apresentar um rendimento satisfatório na escola, sabendo lidar com as mais diversas situações de aprendizado e com as relações interpessoais.

REFERÊNCIAS:

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

JOU, Graciela Inchausti de et al. (2010). **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: um olhar no ensino fundamental**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. [online]., vol.23, n.1, pp. 29-36.

PASTURA, Giuseppe Mário C.; MATTOS, Paulo & ARAUJO, Alexandra P. Q. Campos (2005). **Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**. *Revista de psiquiatria clínica* [online], vol.32, n.6, pp. 324-329. ISSN 0101-6083.

POETA, Lisiane Schilling e NETO, Francisco Rosa (2004). **Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH**. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [online]., vol.26, n.3, pp. 150-155. I

REIS, Maria das Graças Faustino e CAMARGO, Dulce Maria Pompêo de. **Práticas escolares e desempenho acadêmico de alunos com TDAH**. *Psicologia escolar e educacional (Impr.)* [online]. 2008, vol.12, n.1, pp. 89-100.

ROHDE, Luis Augusto P.. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: o que é? Como ajudar?** Porto Alegre: Artmed, 1999

ROHDE, Luis Augusto e HALPERN, Ricardo (2004) **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização**. *Jornal de Pediatria. (Rio J.)* [online], vol.80, n.2, suppl., pp. 61-70.

SANTOS, Leticia de Faria e VASCONCELOS, Laércia Abreu (2010). **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. [online]., vol.26, n.4, pp. 717-724.

SENO, Marília Piazzzi (2010). **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH):** o que os Educadores sabem? *Revista Psicopedagogia*. Nº 84, pp. 334-343.