lho livre de preconceitos.

A música fará parte de suas vidas e terá um sentido grandioso, a mesma é o exercício da imaginação, a descoberta, experimentação da pluralidade, multiplicidade e diversidade de valores, sentido e intenções.

Estimular o ensino através da arte tornará a escola um espaço vivo, produtor de conhecimento, que aponta para a transformação.

REFERÊNCIAS

ARROYO, M.G. O significado da infância. Brasília: MEC/SEF/DPE/COEDI, 1994. p.88.

BORGES, T.M.M. A criança em idade pré-escolar. São Paulo: Ática, 1994. p.100.

FERREIRA, A.B.H. Dicionário Infantil. Curitiba: Positivo, 2008. p 350.

MARTINS, A.J.F. Infância cultura e pedagogia. Porto Alegre: Criarp, 2006- p.120.

SANTA ROSA, N.S. Educação musical para a pré-escola. São Paulo: Ática, 1999. 17 p.

SANTA ROSA, N.S. Educação musical para a 1ª a 4ª série. São Paulo: Ática, 1990. 55 p.

SILVA, Leda Maria Giuffrida. A expressão musical para as crianças da pré-escola. Caderno Ideias. Campinas, vol.10, 1992.

VISCONTI, M.; BIAGIONI, M.Z.; GOMES, N.R. Guia para educação e prática musical em escolas. 1ª edição. São Paulo: Abemúsica, 2002. 85 p.

HIPERATIVIDADE NOS ANOS INICIAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL

LEONOR DE AVEIRO DOS SANTOS

RESUMO

Este trabalho, a partir de um estudo bibliográfico, propõe-se a informar de maneira clara e abrangente o que é a hiperatividade, suas causas e tratamento. Relata também os problemas sofridos pelo portador do distúrbio em seu relacionamento familiar e na escola e no convívio social. Com medicamentos, aliado a um acompanhamento médico, psicológico e psicopedagógico, amor, tolerância e disciplina serão capazes de amenizar o TDAH com hiperatividade. A criança com TDAH, em sala de aula, exige atenção por parte do professor e é necessário que este esteja preparado para saber contornar e posicionar o aluno em sala de aula e é de grande importância a cumplicidade da escola com a família para juntos ajudarem a criança. Os pais, juntamente com a criança, devem procurar ajuda de um profissional competente e especializado em TDAH, pois ele é capaz de elaborar um diagnóstico e daí orientá-los a fim de tornar possível a tolerância, a convivência familiar, não deixando que o problema tome uma dimensão sem controle levando a família a um descontrole emocional. Ressaltamos também no decorrer deste estudo o cuidado com o diagnóstico para que não seja equivocado e venha a rotular a criança ou que sejam administradas medicações sem necessidade. Por fim, sugerimos como se fazer um diagnóstico psicopedagógico com intuito de amenizar os problemas

de aprendizagem tão comum no indivíduo portador do distúrbio.

Palavra- Chave: Hiperatividade, Aprendizagem, família e Escola.

ABSTRACT

This work, from a bibliographic study, aims to inform in a clear and comprehensive way what is hyperactivity, its causes and treatment. also reports the problems suffered by the disorder holder in your family relationships and school and social life. With medications, together with a medical, psychological and psychopedagogical supervision, love, tolerance and discipline will be able to alleviate ADHD with hyperactivity. The child with ADHD in the classroom requires attention from the teacher and this teacher has to be prepared to get around and place the student in the classroom and is of great importance the complicity of the family and school to together help the child. Parents along with the child, should seek help from a competente professional specialized in ADHD, since he is able to make a diagnosis and then guide them in order to make possible tolerance, family life and not leaving the problem take a dimension without control taking the family to an emotional imbalance. We also highlight in the course of this study care for the diagnosis to be not mistaken and label the child or that medications are administered unnecessarily. Finally, we suggest how to make a psycho diagnostic aiming to mitigate the problems in learning in the individual with the disorder.

Keyword: Hyperactivity, Learning, Family and School.

INTRODUÇÃO

Este trabalho busca, através de uma pesquisa bibliográfica, mostrar como são as crianças portadoras do distúrbio Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) no contexto familiar e escolar e sua repercussão na dificuldade de aprendizagem. Sabe-se em geral que se associam as dificuldades na escola e no relacionamento com as demais crianças, pais e professores. Adotamos como objetivo para este trabalho informar e facilitar o convívio aluno-escola e família diante de um quadro de TDAH, oportunizando um melhor relacionamento entre a criança escola e pais do portador de TDAH, contornando assim os problemas de aprendizagem e de comportamento social do hiperativo.

A falta de atenção e concentração, como também a excessiva atividade motora em uma criança com TDAH, interfere na aprendizagem levando ao baixo rendimento escolar, como também não conseguem realizar os vários projetos que planejam e são tidos como avoados, vivendo no mundo da lua e são geralmente desatentos e desorganizados.

Segundo Borges (1997), a hiperatividade vem sendo bastante discutida em virtude de acarretar sérios problemas de interação social, hoje em dia é considerado um distúrbio que altera o comportamento e que mais é diagnosticada no ambiente escolar .

É também associada ao baixo rendimento escolar, porque os pequenos que sofrem desse distúrbio apresentam inúmeras dificuldades de aprendizagem relacionada à atenção e à concentração.

Uma criança mesmo sendo conside-

rada inteligente é muito mal aceita no grupo, porque não consegue parar, levantando-se, anda pela sala de aula distraindo-se perturbando os colegas, impacientando seus professores, promovendo atos de indisciplina.

Conviver com uma criança hiperativa é muito difícil, pois em sua agitação ela consegue transformar a rotina de todos aqueles que dela se aproxima ou convive no dia-a-dia. O convívio familiar é totalmente alterado, pais, irmãos, professores, muitas vezes ficando sem saber o que fazer. Sendo o TDAH um distúrbio bastante frequente na idade escolar, pouco se sabe sobre suas causas, apenas conhecemos suas manifestações sintomáticas, porém é um termo bastante usado para descrever uma criança com o comportamento agitado e desatento (BORGES,1997).

Segundo a Revista Nova Escola (2004) alunos agitados ou desatentos sempre causa preocupação. Antes de atribuir a eles algum tipo de perturbação, é preciso observá-los atentamente, pois há uma série de componentes sociais que também levam uma criança a manifestar-se de modo não convencional.

O TDAH é considerado um distúrbio psiquiátrico, portanto, e na escola os indícios que uma criança possui esse mal precisam ser registrados por no mínimo seis meses antes de encaminhar o aluno a um possível tratamento.

De acordo com a Revista Nova Escola (2000), os professores que têm alunos hiperativos precisam de paciência e disponibilidade e principalmente conhecimento sobre TDAH, pois eles exigem tratamento diferenciado, mais atenção e uma rotina especialmente estimulante para estimular e desenvolver a capacidade de atenção da criança. Valorizando assim seu potencial.

1. DEFINIÇÃO E HISTÓRICO

O termo hiperatividade refere-se a um dos distúrbios de comportamento mais frequentes na idade escolar caracterizado por um nível de atividade motora excessiva e crônica, déficit de atenção e falta de autocontrole. De acordo com Goldstein (1996), em diversos momentos do século XX, tem-se referido a tais crianças como acometidas de inquietação, falha de controle moral, disfunção cerebral mínima, distúrbio poscefálico, reação hipercinético da infância, distúrbio de falta de atenção e distúrbio de atenção por hiperatividade, e mesmo que os rótulos tenham mudado o mesmo não acontece com o problema o qual permanece ao longo dos anos. Mesmo tendo sido conhecido desde o último século, e sido estudado exaustivamente, ainda hoje não se conhecem as causas concretas que ocasionam esse problema.

Acredita-se que a causa mais provável é a hereditariedade e que a doença atinge mais meninos que meninas. Não tem cura, mas pode ser controlada desde a infância, e o problema atenua-se na adolescência, e quando isso não acontece esses indivíduos tornam-se, adultos instáveis e depressivos com tendência a marginalidade.

Conforme Borges (1997), o comportamento agitado da criança que antes era tolerado pela família passa a ser incon-

cebível quando ela inicia a escolarização, por ser a escola o primeiro espaço estruturado e com regras de comportamento e regras.

É a escola que geralmente encaminha essas crianças aos consultórios médicos e psicólogos, tentando enquadrá-las no esquema de ensino e aprendizagem, pois as dificuldades da criança tende a se acentuar na escola, porque ela se mostra excessivamente ativa, demonstrando dificuldade a motivação, e a capacidade de esperar, também tende a acentuar o mau rendimento escolar ocasionando mudança de escola e até evasão escolar. Para Roucek (1973), quando os pais e professores declaram que a criança é desatenta estão referindo-se que a mesma criança não presta atenção, é descuidada , não observadora distraída ou é negligente em algumas situações.

Observa-se, também, que muitas crianças com alguma das características da síndrome são consideradas e tratadas como hiperativos, e que crianças com hiperatividade não são tratadas.

De acordo com a literatura especializada, para ser considerados hiperativos uma criança deve manifestar certo número de comportamento em pelo menos seis meses.

Um diagnóstico minucioso da hiperatividade na infância deve incluir oito tipos de informações: histórico, inteligência, personalidade, desempenho escolar, amigos, comportamento na sala de aula, consulta médica (Goldstein, 1992, p. 43). Segundo Patt (1991), a criança hiperativa é sempre candidata ao fracasso escolar, pois seu comportamento é turbulento e suas dificuldades de aprendizagem fogem à norma escolar e ao que é esperado de um bomaluno. Ressalta Wallon (1971), que é preciso compreender que por trás da descarga impulsiva existe a expressão das necessidades múltiplas da criança que reclama de afeto, ajuda e compreensão. Silva (2004), em sua monografia, acredita que as escolas deixam muito a desejar, confundindo TDAH com indisciplina e destaca que a sala de aula deve ser organizada e estruturada, e que o professor deve estar preparado para receber uma criança portadora de TDAH e a avaliação deve ser frequentemente e imediata , procurando valorizar o potencial e habilidades da criança.

Afirma Melvin (1990) que o quadro de hiperatividade é mais frequente em crianças primogênitas e que o estresse e transtorno psiquiátrico na família aumenta o risco do aparecimento dos sintomas do TDAH. O tratamento para esses casos pode durar até a adolescência .

É importante que os pais busquem terapia para adquirirem informação e apoio, diminuindo assim o sentimento de frustração e isolamento que atinge à 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 criança a participar de projetos de seu interesse contribuindo, assim, com uma melhoria na concentração

O papel da escola é fundamental na observação da criança hiperativa, pois

geralmente ela costuma nos intervalos se meter em brigas, ou brincar quase sempre sozinha, tenta chamar atenção e costuma agir como se fosse alienada. As meninas que sofrem da doença são mais distraídas, falam demais ou simplesmente se isolam. Os meninos não conseguem manter amizades por muito tempo são agitados e interrompem a aula em vários momentos .

Na idade escolar, a criança hiperativa começa a se aventurar no mundo e já não tem à 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 os limites de uma educação organizada e seu temperamento simplesmente não se ajusta muito bem as expectativas da escola.

(GOLDSTEIN, 1996,p.106).

Um dos fatores que mais dificultam o rendimento escolar da criança hiperativa é o déficit de atenção, pois todo momento na classe sua atenção é requisitada pelos colegas e professores. Se a criança hiperativa tem dificuldades de atenção, toda sua aprendizagem pode estar comprometida. Sua atenção é flutuante, pois qualquer ruído ou movimento a impede de concentrar- se no que começou a fazer. A criança não consegue memorizar bem e tudo que aprendeu e o que deve ser ensinado nas próximas aulas. Quanto mais o professor: “exige a atenção, mais aumenta a tensão emocional e se reduz sua capacidade de prestar atenção” (BORGES, 1997, p. 88).

Dessa forma é preciso que o professor aplique uma metodologia especifica em relação ao que deve ser exigido de uma criança com hiperatividade , visando sempre proporcionar situações de aprendizagens positivas .

2.CARACTERÍSTICAS DA HIPERATIVIDADE

As características do TDAH aparecem bem cedo para a maioria das pessoas, logo na primeira infância. O distúrbio é caracterizado por comportamentos crônicos, com duração de no mínimo seis meses, que se instalam definitivamente antes dos sete anos. C r i a n ç a s h i p e r a t i va s s ão ge r a l m en t e caracterizadas por pelo menos seis dos seguintes sintomas, em pelo menos dois ambientes diferentes:

a) Dificuldade em permanecer sentada ou parada;

b) Corre sem destino ou sobe excessivamente nas coisas;

c) Inquietação, mexendo com as mãos e/ou pés, ou se remexendo na cadeira;

d) Age como se fosse movida a motor, “elétrica”; Fala excessivamente;

e) Dificuldade em engajar-se numa atividade silenciosamente;

f) Responde a perguntas antes mesmo de serem formuladas totalmente;

g) Interrompe frequentemente as conversas e atividades alheias;

h) Dificuldade em esperar sua vez (fila, brincadeiras).

Ressaltamos que as crianças desatentas têm dificuldades de se concentrarem em tarefas e prestar atenção se comparados com os colegas, em sala de aula tem grandes dificuldades de focalizar e manter a atenção de forma apropriada comprometendo assim o aprendizado.

• Frequentemente perde ou esquece objetos necessários para uma atividade;

Esquece rápido o que aprende. Forma Combinada ou Mista – é caracterizada quando a criança apresenta os dois conjuntos das formas hiperativa/impulsiva e desatenta.

3.Retardo na Maturação

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 neurológica. Essas crianças são descritas como desajeitados ou incapazes de segurar uma bola ou amarrar os sapatos, abotoar uma camisa ou segurar um lápis. Afirma Silva (2004) que nos anos 30 observava que drogas estimulantes (metilfenidato e permolina) aumentavam o nível de catecolaminas no cérebro, normalizando temporariamente o comportamento de crianças hiperativas e com dificuldade no controle de impulsos.

Conforme Silva (2004), esse distúrbio é de origem genética e é causado pela pouca produção de catecolominas (adrenalina e noradrenalina, que são neurotransmissores de diversos controles neurais do cérebro, incluindo aqueles responsáveis pela a atenção, comportamento motor e a motivação).

3.1. Hereditariedade

Afirma Borges (1997) que a hereditariedade pode ser relacionada à hiperatividade e diz que a primeira ligação foi estabelecida pelo estudo de parentes de uma criança hiperativa e que essas crianças têm probabilidade quatro vezes maior de possuir outros membros da família com o mesmo problema e diz que o relacionamento entre esses indivíduos e suas famílias englobam também fatores ambientais.

Goldstein &; Goldstein (1996), ressaltam que o ambiente não tem muita relação e interferência na hiperatividade, para os autores, a hiperatividade está relacionada com a hereditariedade e dizem isso com segurança, pois estudos com gêmeos idênticos em comparação com gêmeos fraternos é a demonstração mais cabal do fator hereditário como causa subjacente de hiperatividade.

3.2. Quadros Clínico

O aparecimento dos sintomas se dá comumente entre 3 e 7 anos de idade, mas pode surgir antes, apesar de normalmente não ser diagnosticado até o momento que a criança entra na escola. Não há características físicas específicas noTDAH. A sintomatologia tem início antes dos 7anos de idade Afirmam Lewis & Wolkmar (1993) que a criança é inquieta e incapaz de permanecer sentada. Às vezes mãos e pés podem estar em movimento constante.

A criança é facilmente dis-

traída por estímulos transitórios, tem dificuldades de esperar sua vez, parece ser desorganizada e frequentemente tem dificuldades de completar uma tarefa e podem ser falantes, porém com dificuldade de modelar sua voz. O marco desse quadro é: desatenção, hiperatividade e impulsividade, além desses podem ser acrescentados as dificuldades na conduta e ou/ problemas de aprendizado associados a discretos desvios de funcionamento do sistema nervoso. Independentemente do sistema classificatório utilizado, as crianças com TDAH são facilmente reconhecidas em clínicas, escolas, e, em casa, é importante salientar que a desatenção, a hiperatividade ou impulsividade como sintomas isolados podem resultar de muitos problemas na vida de relação das crianças (com pais e/ou colegas e amigos) de sistemas educacionais inadequados, ou podem estar associados a outros transtornos comumente encontrados na infância e adolescência. Portanto, para o diagnóstico do TDAH, é sempre necessário contextualizar os sintomas na história de vida da criança.

Algumas pistas que indicam a presença do distúrbio são:

1. Duração dos sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade. Normalmente, crianças com TDAH apresentam uma história de vida desde a idade pré-escolar com a presença de sintomas;

2. Persistência dos sintomas em vários locais e ao longo do tempo;•.

3. Prejuízo clinicamente significativo na vida da criança, pois sintomas de hiperatividade e sem prejuízo na vida da criança podem traduzir muito mais estilos de funcionamento ou temperamento do que um transtorno psiquiátrico.

É fundamental verificar se a criança não segue as instruções por não conseguir manter a atenção durante a explicação das mesmas, pois a apresentação clínica pode variar de acordo com o estágio de desenvolvimento. Sintomas relacionados à hiperatividade/impulsividade são mais frequentes do que sintomas de desatenção em pré- escolares com TDAH.

Além dessas características básicas do quadro clínico, outros problemas são comuns que estejam presentes, como:

1. Problemas de conduta, através de explosões de cólera e passando rapidamente do riso às lágrimas. Seu humor e desempenho são geralmente varáveis e imprevisíveis. Pode apresentar características de forte oposição;
2. Implicações emocionais, tais como hipersensibilidade baixa autoestima baixa tolerância a frustrações. O Autoconceito negativo a as reações de agressividade da criança são agravadas pela percepção de não estar sendo aceito.
3. Problemas de socialização, tendo dificuldade nos seus relacionamentos interpessoais, por não aceitar crítica, conselho ou ajuda e ser muitas vezes, tirana; 4. Problemas familiares, em consequência das insatisfações e pressões por parte do adulto, pela inadequação do comportamento da criança. Além disso, as dificuldades escolares ou de aprendizagem são fatos que normalmente muitas frustrações trazem aos pais muitas vezes a criança torna-se ponto de discórdia familiar;

5. Comportamento das habilidades

cognitivas, manifestando-se em dificuldade de organização, de resolução de problemas, retardo do desenvolvimento da linguagem, na disgrafia, na dislexia, na ortografia, e na discalculia;

4. Diagnóstico

O diagnóstico do TDAH é um processo de múltiplas facetas. Diversos problemas biológicos e psicológicos podem contribuir para a manifestação dos sintomas similares apresentados por pessoas com TDAH. O diagnóstico pede uma avaliação ampla, não se pode deixar de considerar outras causas para o problema, assim, é preciso estar atento à presença de distúrbio concomitante. O aspecto mais importante do processo do diagnóstico é um cuidadoso histórico clínico e desenvolvimento. A avaliação do TDAH inclui um levantamento do funcionamento intelectual, acadêmico, social e emocional. O exame médico é de extrema importância para esclarecer possíveis causas semelhantes. O processo diagnóstico deve incluir dados recolhidos com professores e outros adultos que de alguma maneira interagem de maneira rotineira com a pessoa que está sendo avaliada. Diagnósticos apressados e equivocados poderão deixar pessoas mal educadas ficarem à vontade para serem mal educados, sob o pretexto de que estão dominados pelo TDAH, assim facilitando a aceitação do seu comportamento não convencional. Um diagnóstico correto poderá ajudar elevar sua concentração, superar problemas de relacionamento, ajudá-la na orientação evitando assim envolvimentos com a delinquência. Muitos pais demoram muito a procurar ajuda ou não aceitam um diagnóstico de hiperativo, por achar que é coisa de idade, que toda criança é agitada e isso irá passar. Porém, quando o distúrbio demora a ser diagnosticado, a partir de sua puberdade, pode procurar as drogas, álcool, a fim de superar suas dificuldades em adaptar-se à vida.

Para fazer um diagnóstico, é necessário um psiquiatra, que deverá fazer um rol de perguntas com os pais e pessoas do seu convívio como professores, empregado e outros que mantêm contato com o suposto hiperativo

Segundo Goldstein (1994), um diagnóstico minucioso da hiperatividade na infância deve incluir um histórico da família e do desenvolvimento do seu filho.

As informações do histórico relativas a outros problemas que a família teve os métodos para impor a disciplina, ou sinais precoces de temperamento difícil, as lembranças dos pais sobre os acontecimentos da vida da criança, são fundamentais para o diagnóstico. É importante para os pais entenderem que não há nenhum resultado ou observação isolada que confirme ou exclua o diagnóstico de hiperatividade em uma criança.

Durante o processo de avaliação do filho, os pais são consumidores que estão comprando conhecimentos, informações e opinião. Eles tem o direito de a mais que um simples rótulo ou cinco minutos de explicação em relação a natureza do problema e sua solução(GOLDSTEIN,1994.p. 47).

Ainda segundo Goldstein (1994), o objetivo da avaliação não é classificar seu filho ou decidir sobre o tratamento em particular e que o diagnóstico de hi-

peratividade não implica que qualquer tratamento isolado pode solucionar todas as dificuldades da criança em todas as situações, pois a maioria dos problemas vivenciados por uma criança hiperativa não pode ser evitado, porém, eles podem ser administrado com eficácia .

Afirma Borges (1997), que crianças com todas as características da hiperatividade são comumente avaliadas como tendo um comportamento normal por alguns médicos pediatras, quando não são observados traçados anormais no encefalograma, descartando-se assim a presença da hiperatividade e que esta conduta pode ocasionar muitos equívocos, pois perde-se tempo precioso de atendimento a muitas crianças que poderiam estar sendo devidamente acompanhados, evitando-se que comportamentos inadequados instalem-se de forma definitiva.

Referindo-se a essa questão Goldstein & Goldstein (1994.p. 78- 9) ignorar esses primeiros sinais de hiperatividade representa um erro por parte dos pais e de nossa comunidade médica e clínica.

Embora uma intervenção precoce possa não curar a hiperatividade ou temperamento difícil, ela pode representar um grande passo no sentido de minimizar a extensa lista de problemas secundários desenvolvidos por uma criança hiperativa.

O processo que a criança pelo qual será avaliada para se pesquisar um possível diagnóstico de hiperatividade deve incluir cinco etapas:

1. A primeira etapa: aplicação de um questionário bem elaborado para os pais e professores. Entretanto, os questionários não fazem diagnósticos, apenas descrevem os comportamentos;

2. A segunda etapa envolve a coleta de informações objetivas e científicas relativas ao comportamento e as deficiências de habilidades da criança. Ela inclui a observação do comportamento em sala de aula e um teste direto com a criança;

3. A terceira etapa envolve uma avaliação cuidadosa da criança em vários ambientes;

4. A quarta é mais importante, pois é quando se considera, cuidadosamente, se os sintomas refletem ou não algum distúrbio emocional, de aprendizagem ou clínico

5.Tratamento

O tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmológicas, 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 auxilio de seus filhos na organização e no planejamento das atividades.

Intervenções no âmbito escolar também são importantes. As intervenções escolares devem ter como foco o desempenho escolar.

Nesse sentido, os professores deveriam ser orientados para a necessidade de uma sala de aula bem estruturada, com poucos alunos. Rotinas diárias con-

sistente e ambiente escolar previsível ajudariam a essas crianças a manterem o controle emocional. Estratégias de ensino ativo que incorporem a atividade física com o processo de aprendizagem são fundamentais. As tarefas propostas não devem ser de longas e necessitam ser explicadas passo a passo. É importante que o aluno com TDAH receba 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. Muitas vezes, as crianças com TDAH precisam de reforço de conteúdo em determinadas disciplinas. Isso acontece porque elas já apresentam lacunas no aprendizado no momento do diagnóstico , outras vezes , é necessário um acompanhamento psicopedagógico centrado na forma do aprendizado, o tratamento psicomotor pode estar indicado para melhorar o controle dos movimentos

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 Wender (1980), algumas delas tinham desordens de comportamentos 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 .

Desde os anos 40 muitos tipos de medicamentos têm sido experimentados no tratamento do TDAH. Estimulantes como as anfetaminas (Benzedrina e Dexedrina) metilofenidrato (Ritalina), o permolina (Cylert), a cafeína e o deanol têm sido muito utilizado.

Hoje, prescreve-se o metilofenidato ou ritalina em 90% dos casos. Se a ritalina é ingerida ás oito horas, às dez horas da manhã, o efeito então diminui durante as quatro hortas seguintes e maior parte de sua capacidade de melhorar o comportamento hiperativo desaparece entre o meio dia e as duas da tarde.

Segundo Goldstein (1994), crianças hiperativas em uso de ritalina obtém uma melhora com redução dos sintomas. A ritalina melhora o grau de atenção e reduz o comportamento impulsivo hiperativo diminuindo problemas em casa, na escola, e na vizinhança.

Afirma Sukiennik (2000), que as drogas nesses pacientes provocam 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 utilizando-se um dos esquemas abaixo.

1. A medicação é administrada de segunda a sexta- feira, interrompendo-se nos finais de semana;

2. Administrar durante todo o

semestre letivo, interrompendo-a nas férias. Caso o paciente volte a ficar hiperativo, o quanto antes tornará a receber a dose que vinha sendo dada. Se o mesmo ficar bem sem a medicação, é provável que o problema tenha sido superado podendo-se tentar deixá-lo sem a droga. Afirma Goldstein (1994) que a decisão de adotar a intervenção por medicação deve ser tomada apenas após cuidadosa consideração dos riscos e dos benefícios da medicação, apesar da ritalina ser altamente eficaz, mas existem efeitos colaterais brandos tais, como perda de sono ou apetite, além de efeitos colaterais graves que incluem psicose ou convulsões, sendo que tais efeitos não resultam em danos permanentes.

Segundo Borges (1997), a adaptação e ajustamento da criança hiperativa necessitam de uma intervenção terapêutica. Dois tipos de medidas têm sido adotados: as terapias comportamentais (que inclui terapias de modificação e terapias cognitivas) e os estimulantes.

Ainda segundo Borges (1997),antes de se iniciar 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 acompanha ou desencadeiam o contexto no qual aparecem. Os pais e professores são os principais responsáveis na aplicação do programa.

5.1.Interações da Criança com TDAH e os membros de sua familia

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

Ainda segundo Barkley (2000), deve haver algo relacionado ao fato de que as mães carregam a mais responsabilidade de interagir com a criança com TDAH do que os pais no ambiente de casa. As mães parecem contar mais com razão e afeto par 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 hiperatividade. Os primeiros estudos de observação direta de interação de mães e seus filhos com TDAH foram realizados por Campbell, da University of Pittsburgh, em 1975.

Campbell (apud Barkley, 2000), observou que meninos com TDAH iniciaram mais interações do que outros quando trabalhando com suas mães, necessitando também de mais ajuda. Essas crianças, em curto prazo, pareciam necessitar de mais atenção, mais conversa e solicitavam mais intensamente e ajuda de suas mães. Barkley (2000), refletindo também sobre essa interação, verificou que as crianças portadoras do distúrbio eram muito submissas, mais negativas, mais capazes de abster-se das tarefas e menos

persistentes em concordar com as normas impostas por suas mães. Irmãos de uma criança com TDAH têm aproximadamente uma chance em três ou quatro de apresentar também TDAH.

O relacionamento de uma criança com TDAH e seus irmãos e irmãs parece ser diferente daquele observado em outras famílias. Elas gritam com maior frequência com seus irmãos e são mais impacientes e suscetíveis a assumirem um comportamento inapropriado, problemático. Os irmãos de uma criança com TDAH tendem a crescer cansados, ansiosos por conviver com um comportamento tão instável e desafiante. Alguns se ofendem com o grande peso da tarefa que carregam se comparados com criança 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.

Alguns reagem com raiva, pois essas crianças são dispensadas de atividades e responsabilidades, ou tem mais oportunidades de ganhar recompensas pelo o comportamento que, rotineiramente, se espera deles sem recompensa... por um lado, os irmãos podem ficar com ciúmes e com raiva e, contudo. Apresentarem um interesse velado em preservar o estado dessa criança hiperativa. (GOLDSTEIN & GOLDESTEIN, 1994, p- 123).

6. O CONTEXTO ESCOLAR E A CRIANÇA COM TDAH

Sabemos que nos dias atuais , muitos problemas e desafios fazem parte do cotidiano profissional de um educador. Os salários baixos , falta de material pedagógico e recursos para as aulas, falta de incentivo da gestão, entre outros problemas. Com certeza , esses problemas refletem diretamente em sala de aula, onde ao chegar, o professor se depara com outros inúmeros conflitos.

A inclusão escolar, por exemplo, exige do professor cuidado, dedicação e estudo dos casos. Alunos com TDAH não são diferentes dessa realidade. Diante disso, muitos professores não sabem o que fazer e por onde começar. Para Rohde e Benczik (1999) e Rohde e Mattos (2003), é necessário o conhecimento sobre oassunto, somente assim, a ajuda a estes alunos será mais eficaz. Então, em primeiro lugar os professores precisam buscar informações sobre o assunto. Nesse momento é importante também a conversa com outros educadores que vivenciaram a situação. A observação e análise de casos de alunos com TDAH traz presente realidades e idéias a serem utilizadas, ou não, se não houver sucesso.

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. Na família, a primeira dúvida surge na hora de escolher a escola, pois a escola escolhida deve defender valores semelhantes aos defendidos pela família e seguir o mesmo caminho que ela pretende trilhar, para que a edu-

cação da escola seja complementar à da 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 conhecerem 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. Os professores são, frequentemente, aqueles que mais facilmente percebem quando o aluno apresenta problemas de atenção, aprendizagem, comportamento 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 profissionais 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 etc.

Dentre os vários fatores que afetam positivamente o desempenho de um aluno com TDAH está a estruturação, na sala de aula e durante o tempo de estudo em casa. Uma sala de aula estruturada não significa um ambiente rígido, tradicional. Ao contrário, pode ser criativa, colorida, ativa e estimulante. A estrutura se estabelece através de comunicação clara e precisa, regras bem definidas, expectativas bem explicadas, recompensas e consequências coerentes e um acompanhamento constante. A rotina de atividades deve ser programada (com períodos de descanso definidos) e os alunos devem ser supervisionados e ajudados na organização do lugar de trabalho, do material, das escolhas e do tempo (Borges, 1997).

Atualmente, uma das grandes dificuldades enfrentadas pelo aluno 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 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 o limite da possibilidade.

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 adequados para o aluno, especialmente aquele com TDAH. O sucesso escolar de crianças com TDAH exige uma combinação de intervenções terapêuticas, cognitivas e de acompanhamento. Com esse apoio, a maioria pode, perfeitamente, acompanhar classes re-

gulares. De acordo Borges em sua dissertação de mestrado (1997), crianças que desde bebê demonstram estar sempre em alerta, choram com frequência são difíceis de acalmar, têm sono perturbado e vivem sempre irritados, e aos dois anos têm dificuldade de parar, escutar ou atender, quando chegam na pré-escola essas características permanecem tendendo a se agravar já que começam a conviver com pessoas fora do seu círculo familiar, passando a ser percebidas como importunas, dominadoras e inconsequentes. Seu comportamento torna-se motivo de exigências e discriminações por seus professores e seus companheiros. Quando vão para alfabetização, demora muito mais do que as outras a ler e escrever, pois seu esquema corporal é alterado pela inquietação e agitação motora. Manter-se sentado, permanecer calada, atenta 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. A maioria das crianças com hiperatividade ao começarem a escola, tornam-se candidatas a sucessivas repetências desde os primeiros anos do ensino fundamental. A entrada da criança a obriga a se adaptar a um grupo maior, a cooperar com os colegas em atividades estruturadas, a ficar longo tempo sentado, se para crianças normais essas exigências são difíceis, para crianças hiperativas torna-se angustiante.

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 os limites de uma educação organizada e seu temperamento simplesmente não se ajusta muito bem às expectativas da escola (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996, p-106).

Segundo Goldstein & Goldstein (1996), muitas crianças hiperativas também vivenciam comportamentais ou emocionais secundários na escola como consequência de sua incapacidade de satisfazer as exigências da sala de aula. Esses problemas muitas vezes se desenvolvem em resposta a fracassos frequentes e repetidos, algumas crianças tornam-se deprimidas e retraídas, enquanto se tornam irritadas e agressivas. E na primeira ou segunda série as outras crianças tornam-se cada vez mais cientes das incapacidades das crianças hiperativas na sala de aula.

Uma sala de aula eficiente para crianças desatentas e hiperativas deve ser organizada e estruturada, o professor deve estar preparado para receber uma criança portadora de TDAH e procurar conhecer melhor o quadro do distúrbio, para saber como lidar com ela. Depois um programa de reforço baseado em ganhos e perdas, deve ser parte integrante do trabalho de classe. A avaliação deve ser frequente e imediata. Recomenda-se ignorar pequenos incidentes. O material didático deve ser adequado às habilidades da criança, estratégias que facilitem a autocorreção, e que melhorem o comportamento nas tarefas, devem ser ensinadas. As tarefas devem variar, mas continuar sendo interessantes para os alunos, os horários de transição, bem como os intervalos e reuniões especiais devem ser supervisionadas. Pais e professores devem manter uma comunicação frequente, os professores precisam estar atentos à qua-

lidade do reforço negativo do seu comportamento.

O professor deve criar facilidades para que a criança com TDAH adquira novas amizades, pois os amigos são essenciais para o desenvolvimento dessas crianças. A instabilidade comportamental, a ansiedade e a falta de concentração em algumas crianças hiperativas fazem com que as outras crianças se afastem delas, pois por não compreenderem a sua forma de relacionamento, acabam as considerando inconvenientes. Assim sendo, algumas vezes, as crianças hiperativas acabam sendo excluídas pelos os amigos, o que poderá provocar alguns transtornos emocionais, pois a falta de companheirismo poderá trazer para algumas delas sentimentos de solidão e ansiedade (LOPES, 2000).

Para os autores citados pesquisados neste trabalho , a importância do papel do professor cresce ainda mais diante de crianças com o transtorno. Há possibilidades de conhecer, compreender e desenvolver habilidades para o exercício da atenção da criança, oportunizando-lhe o mesmo grau de aproveitamento e de aprendizagem usufruído pelos demais alunos.

Considerando que inúmeros são os alunos dentro de uma sala de aula, fato que complica ao professor conseguir desdobrar-se frente às necessidades e reivindicações particulares de cada um. Ainda segundo esses autores o professor tem papel fundamental no processo de aprendizagem e saúde mental de seus alunos. Sendo assim, o conhecimento por parte dos professores em relação a hiperatividade, os procedimentos adequados e o próprio diagnóstico, são essenciais, se a escola pretende desenvolver um trabalho pedagógico adequado.

Faz-se necessário lembrar que esses alunos estarão em sala de aula juntos com outros tantos, com a mesma idade e talvez mesmos anseios, é provável que com níveis de conhecimento semelhantes. As estratégias e metodologias aqui citadas precisam ser introduzidas e desenvolvidas no decorrer das aulas com todos os alunos, visto seu auxilio no processo ensino aprendizagem.

6.1. A Intervenção do Professor

Há uma grande variedade de intervenções específicas que o professor pode fazer para ajudar a criança com TDAH e se ajustar melhor à sala de aula:

Proporcionar estrutura, organização e constância, arrumação das cadeiras, programas diários, regras claramente definidas;

Colocar a criança perto de colegas que não o provoquem, perto da mesa do professor, na parte de fora do grupo;

Encorajar frequentemente, elogiar a ser afetuoso, porque essas crianças desanimam facilmente;

Dar responsabilidades que elas possam cumprir faz com que se sintam necessárias e valorizadas;

Começar com tarefas simples e gradualmente mudar para mais complexas;

Proporcionar um ambiente acolhedor, demonstrando calor físico e se possível fazer os colegas terem a mesma atitude;

Nunca provocar constrangimen-

to ou menosprezar o aluno;

Proporcionar trabalhos de aprendizagem em grupos pequenos;

Favorecer oportunidades sociais;

Favorecer oportunidades para movimentos monitorados, como ida a secretaria, levantar para apontar o lápis, levar um bilhete a outro professor;

Favorecer frequentemente contato aluno/professor, isto permite um controle extra sobre a criança com TDAH;

6.2. A Aprendizagem e o Brincar de Crianças com TDAH•.

As atividades lúdicas, além de facilitarem a aprendizagem, atendem a determinados interesses e necessidades sociais, pois favorecem a socialização e a cooperação entre os alunos. A escola deve promover situações significativas de aprendizagem, propondo atividades desafiadoras que possibilitem a construção de conhecimentos, dando oportunidades ao aluno de ser mais criativo participativo e ativo, tornando-se um ser com iniciativa pessoal e autonomia, levando-o a adquirir atitudes de respeito, dignidade e solidariedade Para isso, faz-se necessário que o professor elabore aulas interessantes e diversificadas, saindo da rotina e que explorem diferentes habilidade nos educandos , o que trará benefícios significativos para suas vidas. Segundo Barros (2002), no que se refere ao lúdico, sabe-se que o comportamento da criança hiperativa, em relação às crianças normais, se mostra muito deficitário devido à grande dificuldade de atenção, concentração e impulsividade causada pelo o distúrbio, portanto ao utilizar os jogos como estratégia pedagógica deve levar em considerações as características da criança com TDAH, bem como as condições sob as quais deverá realizar as atividades, objetivando auxiliar o aluno a desenvolver as habilidades necessárias para um desempenho social, emocional e cognitivo. Ainda segundo Barros (2002), a hiperatividade dificulta o desenvolvimento de um comportamento social adequado em uma criança hiperativa e através dos jogos ela pode aprimorar seu senso de respeito as normas da escola e no convívio com os colegas .

Lopes (2000), psicopedagoga clínica, relata resultados positivos que vivenciou em sua clínica através de confecção e aplicação de jogos no tratamento de crianças hiperativas. Essas crianças foram encaminhadas pela instituição escolar com queixas de hiperatividade e dificuldade em acompanhar o desenvolvimento geral da classe.

Em relação aos aspectos comportamentais, apresentavam um nível de ansiedade muito alto e dificuldades em concentração, coordenação viso-motora e aceitação de regras. Após adotar trabalho pedagógico com as crianças mencionadas, os resultados começaram a parecer a cada sessão. Ao final do trabalho a autora pôde perceber que, a partir da vivência com jogos, as crianças criaram novos hábitos e desenvolveram potencialidades e habilidades. O jogo é uma ferramenta criativa, atraente e interativa que auxiliará o professor a minimizar os problemas de desatenção e de comportamento social

nas crianças hiperativas, melhorando assim a aprendizagem e o desenvolvimento da criança, pois é através desse ato que a criança reproduz experimentações e vivências que percebe do mundo exterior, e, ainda, que pode relacionar-se com outras crianças. Ele também destacou que o brincar nem sempre é considerado uma atividade que dá prazer à criança, mas que outras atividades também poderá ser prazerosa. De acordo com Vygotsky (2004), a aprendizagem é um processo social.

É possibilitada através das áreas de desenvolvimento proximal, isto é, da distância entre a zona de desenvolvimento real, que se costuma determinar através das soluções independentes de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, ou seja, aquilo que a criança ainda não sabe, mas que pode aprender. A zona de desenvolvimento proximal pode ser ilustrada através daquilo que a criança faz hoje com auxílio de adultos ou mesmo de crianças mais hábeis, mas que amanhã poderá fazer por si mesma. Tendo-se por norte a afirmação de Vygotsky (2004) no sentido de que, no processo de aprendizagem e desenvolvimento, para cada passo que a criança dá adiante no aprendizado, são dois passos que ela avança no desenvolvimento, é inegável que cresce em importância a atuação do professor nesse processo. De fato, cabe a ele estimular constantemente a atenção da criança com TDAH, para que a mesma não se perca a qualquer novo estímulo do ambiente.

Para possibilitar que a criança fixe atenção em um único brinquedo ou brincadeira por um tempo suficiente para o máximo aproveitamento daquela experimentação, com uma melhor interação com aquele objeto e mesmo com os colegas. Assim pode conseguir também aproximação aos demais. Relacionar-se com os colegas é estar em ambiente proximal, aproveitar os modelos, orientações e mesmo a afetividade com os pares .

Vygotsky (1991) destacou a importância do brincar para os processos de aprendizagem e desenvolvimento da criança, pois é através desse ato que a criança reproduz experimentações e vivências que percebe do mundo exterior, e, ainda, que pode relacionar-se com outras crianças. Ele também destacou que o brincar nem sempre é considerada uma atividade que dá prazer à criança, já que outras atividades dão experiências de prazer muito mais intensas do que o brincar como, por exemplo, o chupar chupeta, mesmo que a criança não se sacie com a mesma. No entanto, o ato de brincar é de suma importância no desenvolvimento e aprendizado da criança.

7. AVALIAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA DA CRIANÇA COM TDAH

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 que, como vimos influencia as ideias sobre psicopedagogia na Argentina a qual por sua

vez influencia a práxis brasileira- encontra-se entre outros, os trabalhos de Janine Mery, a psicopedagoga francesa que apresenta algumas considerações sobre o termo sobre o termo psicopedagogia e sobre a origem dessas ideias na Europa, e os trabalhos de George Mauco, fundador do primeiro centro médico psicopedagógico na França,.. onde se percebeu as primeiras tentativas de articulação entre Medicina, Psicologia, Psicanálise e Pedagogia, na solução dos problemas de comportamento e de aprendizagem (BOSSA, 2000,p.37).

Esperava-se através desta união Psicologia, Psicanálise e Pedagogia, conhecer a criança e o seu meio, para que fosse possível compreender o caso para determinar uma ação reeducadora. De acordo com Visca (1987) 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 de recursos diagnóstico, corretores e preventivos próprios. Com esta visão de uma formação independente, porém complementar, destas duas áreas, o Brasil recebeu contribuições, para o desenvolvimento da área psicopedagógico, de profissionais como Sara Paín, Jacob Ferldmann, Jorge Visca e Alicia Fernandes, dentre outros. Sendo Jorge Visca como um dos maiores contribuintes da difusão psicopedagógico no Brasil a partir de 1970.

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 entorno da criança e do adolescente. Considera também o conhecimento em sua complexidade e numa dinâmica em que os aspectos afetivos, cognitivos e sociais se completam. Sendo assim, não apenas o desempenho escolar interessa, mas todas as relações de aprendizagem que a criança estabelece. Vale dizer que ao fazermos uma avaliação diagnóstica não é suficiente conhecer em que patologia ele foi enquadrado, mas como ele se comporta e vem desenvolvendo ao longo da vida, qual o significado desses sintomas em sua família, como a escola entende e acolhe as manifestações da criança e, finalmente, se a família e a escola estão mobilizadas para acabar ou amenizar as queixas. Entende-se que o objetivo da psicopedagogia é ajudar na adequação da realidade da criança à sua possibilidade de aprendizagem, promovendo uma ponte entre a criança e o conhecimento. Investigar como ela aprende, o que ela não aprende, investigando também o seu prazer em aprender. Alicia Fernándes(2001, p.29) afirma que:

Entre o educador e o educando abre-se um campo de diferenças onde se situa o prazer de aprender. O educador entrega algo, mas para poder apropria-se daquilo o educando necessita inventa-lo de novo. É uma experiência de alegria, que facilita ou perturba, conforme se posiciona o educando. Educadores também são os pais, os irmãos, os tios, os avós e demais integrantes da família, como também os professores e os companheiros na escola.

Para cada demanda, lê-se uma necessidade diferente e uma possibilidade de envolvimento mais ou menos comprometida com a criança e seu desenvolvimento. É diferente se a queixa se concen-

tra na preocupação dos pais com o futuro dos seus filhos, ou se queixa tem por interesse pela bom andamento das avaliações escolares.

Tem sido muito comum nos consultórios de psicopedagogia a queixa de pais que verdadeiramente desabam, denunciando estarem exaustos com a rotina estressante que seus filhos lhe impõem, depois de várias tentativas de atendêlos em suas necessidades 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/ Hiperatividade (TDAH). O mesmo acontece com professores.. quando procurados para saber o motivo pelo o qual encaminharam ou deram apoio para procura de um diagnóstico psicopedagógico de determinado aluno, é comum revelarem que ficam na dúvida entre um distúrbio do TDAH e o perfil de preguiçoso e agitado 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 Afirma Vasconcelos (2002) que a avaliação visa reorganizar a vida escolar e doméstica da criança portadora do distúrbio TDAH, portanto, devemos ter muito cuidado ao avaliarmos uma criança, pois a hiperatividade está em moda. Todas as crianças agitadas são chamadas hiperativas, o que, na maioria das vezes, não é verdade. A falta de limites e da presença de pais e professores educadores e disciplinadores podem vir a confundir e a rotular, inadequadamente, crianças e adolescentes que, de fato, não precisam de medicamentos, mas da presença de adultos comprometidos com sua formação e desenvolvimento.

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. Também deve ter clareza quando é realmente indicada a realização e uma avaliação psicopedagógico.

Para Bossa (1996), o estabelecimento do diagnóstico é de fundamental importância para o profissional que vai trabalhar com transtorno na aprendizagem, pois norteia os procedimentos de intervenção adequada a cada caso.

Assim, o psicopedagogo poderá através da livre observação, e de conversa informal, de entrevista, de brincadeiras, desenhos e testes, diagnosticar o problema da aprendizagem.

De acordo com os estudos feitos por Weiss (1999), para intervenção junto à criança com TDAH deve ser realizado um diagnóstico clínico, porém, primeiro passo será entender o conceito de diagnóstico, que etimologicamente em grego significa cama. 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 relações. Ressaltamos que 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 relacionados a sua vida pessoal familiar social e escolar, quem solicitou a avaliação e qual o motivo da solicitação. É importante esclarecer à criança o motivo dela estar sendo avaliada, também deve-se 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 colhidos dados históricos e emocionais, dando oportunidade de um breve conhecimento da estrutura social em que a criança está inserida. É preciso que o terapeuta tenha sensibilidade e competência para acolher com serenidade a multiplicidade dos pontos de vista em cada situação, seja na clinica durante o atendimento, seja em contato com a família. De acordo com Weiss (1999), Fernandes (1991), Visca (1995), os quais citam diferentes formas de diagnóstico, foi criado um modelo que coleta um conjunto de informações suficientes para se chegar a um resultado seguro, podendo ocorrer modificações como qualquer planejamento.

Na proposta de intervenção elaborada, inicia-se pela visita dos pais da criança à clínica. Este encontro já teria sido agendado anteriormente, o terapeuta apresentará a clínica, outros profissionais, e as especialidades e o funcionamento do sistema de atendimento. Esse procedimento proporciona uma adaptação e diminui o nível de tensão, ficando todos mais próximos e familiarizados com o ambiente, promovendo, assim, uma maior confiança. Ao terminar a visita, deve-se dirigir ao consultório onde se realizará um entrevista, para coleta de dados cadastrais com informações pessoais da criança dos pais e da família, em seguida, será feito o contrato de trabalho e o enquadramento entre a família e a clinica.

Esse é o momento de observar alterações na criança, objetivando e oportunizando a criança a expressar-se de forma lúdica através de materiais escolares, jogos, brinquedos e brincadeiras, podendo a criança desenhar colorir, recortar, construir, jogar com o terapeuta; durante essa sessão o terapeuta deverá estar observar e registrar aspectos como:

- A escolha de material e brincadeira: verifica-se se esta se identifica com o material escolar para produzir desenhos, escrever textos, ou outras produções que possam expressar seus anseios, verdades e desejos;

- O modo como a criança brinca: dado relevante podendo ser observado se as brincadeiras são estruturadas tendo começo, meio e fim, se manuseia somente objetos fáceis rejeitando os que exigem mais raciocínio ou atenção, tem flexibilidade na funcionalidade do brinquedo, faz atividades variadas, criativas ou repetitivas, deixa atividades incompletas, qual o nível de concentração quando faz algo que lhe dá prazer, faz mais uso de ações de destruir, dividir, cortar, separar, ou de juntar; como ela se apresenta no jogo dramático; como resolve desafios; como reage emocionalmente diante de situações novas.

- A relação com o terapeuta: no relacionamento criança e terapeuta está inserida uma atitude de cooperação, dependência, esse vínculo deve ser feito de

forma espontânea, ambos devem estar sempre refletindo sobre suas ações;

- Verificar o nível pedagógico da criança: avaliar tanto na leitura (silabada ou não, retrocessos, omissões, entonação , compreensão de texto), como na escrita (se troca, inverte, omite letras, se faz relação diferenciada da fala e da escrita usando os níveis de Emilia Ferreiro, proposto no livro Psicogênese da Língua Escrita e como encontra-se o conceito lógico matemático) (o raciocínio, o cálculo mental e escrito, a estruturação gráfica dos símbolos) observando assim os vínculos positivos e negativos que a criança tem com a aprendizagem;

Na quarta sessão, realiza-se a entrevista de anamnese que visa obter dados sobre a realidade histórica de vida da criança. As perguntas devem ser claras para que os pais compreendem e que possa se estabelecer uma boa comunicação entre terapeuta, família e escola, através desta, devem-se levantar novas hipóteses diagnósticas, excluir ou confirma com segurança as já suspeitadas.

Lemos e Damaris (2008), sugerem as etapas passo a passo para uma boa anamnese:

- História das primeiras aprendizagens:
- Importantes aprendizagens não escolares ou informais;
- Investigar a possibilidade de desenvolvimento cognitivo;
- Equilíbrio entre assimilação e acomodação. Evolução geral
- Desenvolvimento, controle, aquisição de hábitos, interiorização de normas , aquisição da fala, a alimentação, o sono, a sexualidade;
- Tratamento realizados (fonoaudiológo,psicológico)–laudos;
- Traumatismo e doenças ligadas à atividade nervosa superior, existência ou não de sequelas- parecer neurológico;
- Problemas auditivos e visuais.

História da Família:

- Fatos marcantes dos pais e irmãos antes, durante e depois da entrada do paciente na família;
- As famílias provenientes de novos casamentos;
- Perspectiva socioeconômico;
- Estimulação do raciocínio, memória, antecipação, brinquedos, jogos, atividades;
- Atividades particulares-música, dança, esporte;
- Situações negativas (nascimento de irmão, mudanças, mortes desemprego, separação,...) Famílias materna e paterna suas influencias passado e presente sobre os pais e o paciente;
- Quadros patológicos existentes; História Escolar
- Ver como se deu a entrada e os aspectos positivos e negativos de sua passagem pelas instituições (creches, pré-escola, escolares regulares, curso de inglês, escolinha de futebol, ...)
- Entrada na escola precoce ou tardia/ trocas constante sem causa evidente;

• Avaliar como se processou a alfabetização, qual a metodologia,exigência dos pais nesse momento, qual foi a reação do paciente.

Na quinta sessão se complementaria o processo de coleta de dados e informações para o início do diagnóstico com provas operatórias de Piaget, através destas é possível avaliar como estão as estruturas de pensamento, para que não se exija além da capacidade da criança ou que se subestime seu potencial.

O material para essa prova é bem variado, com este recurso, o psicopedagogo observará as noções de conservação, aspectos lógico- matemático, observando assim o nível do pensamento cognitivo da criança.

Weiss (1999), diz que as provas seguem uma ordem na aquisição das noções, variando as idades e esta variação de idade terá influência do meio socioeconômico, pelas condições orgânicas e pelo equilíbrio emocional. O registro dessas respostas é fundamental, suas falas, suas arrumação do material, e as soluções, enfim, todas as atitudes da criança diante das provas. A avaliação está esquematizada em níveis de construção operatória:

• Nível 1: quando a criança tem ausência total da noção em questão, não tem domínio, age muito empiricamente, não faz nenhuma conservação

consciente e algumas vezes não compreende a proposta da atividade;

• Nível 2: expressa instabilidade, vacilações, são respostas incompletas;

• Nível 3: a variação já tem condutas conservativas, as repostas demonstram a aquisição da noção, sem vacilação, ela utiliza de vários argumentos para que suas respostas sejam confirmadas .

Na sexta sessão procura-se avaliar a área emocional, através do grafismo e desenhos a fim de se obter dados da afetividade da criança e para isso usamos as provas dos vínculos educativos.

1- Vínculo com a Aprendizagem:

• Par Educativo: onde se pede que a criança desenhe duas pessoas (uma que ensina e outra que aprende) e que ela dê um título para o desenho e relatar o que esta se passando na cena;

• Eu com meus companheiros: vínculos com os companheiros de classe

2- Vínculo Familiar:

• A planta baixa da minha casa: a representação geográfica do lugar em que se habita e a localização real dentro d mesma

• 3-Vínculo consigo mesmo

Representação que tem de si e do contexto físico e sócio dinâmico de-transição de uma idade a outra. Ao final, quando o psicopedagogo tiver concluído o diagnóstico, deverá repassar para à criança, a família e a escola a conclusão a que chamamos de devolutiva.

Nela deverá conter como o problema foi instalado, quais os encaminhamentos caso seja necessário, e as intervenções necessárias, esses procedimentos deverão se estender à escola, aos pais e à criança.

É valido fazer também um informe psicopedagógico, tanto para organizar a conduta durante a devolutiva como arquivar com finalidade para uma posterior consulta.

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, enfim, todos requisitos para que a intervenção psicopedagógico aconteça.

CONCLUSÃO

Ao término da elaboração deste trabalho pude 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 se trata do distúrbio o TDAH.

A cada nova fonte pesquisada vi a minha curiosidade aguçada, tamanha era a gama de informações novas que adquiri e registrei passo a passo, de como proceder e agir com uma criança portadora de TDAH. Constatei que o TDAH é um distúrbio e como tal deve ser tratado, sendo que não tem cura e que o

tratamento apenas melhora o sintomas e que deve ser administrado de acordo com o comprometimento, ministra-se medicamentos para diminuir a hiperatividade motora e melhorar a atenção. Em alguns casos mais leves, o auxilio de uma terapia comportamental com o 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 conhecimentos 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 seus professores.

É preciso aplicar uma ação didática-pedagógica direcionada para esta criança, visando estimular sua auto-estima, 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 seu papel não é o de dar diagnóstico, mas sim de esclarecer aos pais que este distúrbio se não for tratado, gera inúmeras complicações 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 dos dia a dia, e à rejeição gerada

pelos demais companheiros da escola.

O conhecimento dos professores sobre o TDAH ainda é muito pequeno . Em muitos casos, eles têm uma percepção equivocada sobre as causas, as manifestações dos sintomas e a prática pedagógica adequada a esse transtorno. A confirmação do diagnóstico de TDAH do aluno, por especialista, é importante para o trabalho pedagógico, assim o professor poderá planejar e usar metodologias adequadas para contribuir com o processo de aprendizagem de todos e não o classificará como desinteressado, mal educado, sem limites... o tratamento poderá ajudá-lo na atenção e inibir um pouco sua impulsividade.

É de suma importância que os profissionais de educação saibam que o trabalho pedagógico adequado proporcionará ao aluno: aprendizagem, convívio social, respeito às regras, etc. condições imprescindíveis ao ser humano. Assim, o professor, ciente do transtorno, deve buscar estratégias para incentivar o aluno com TDAH a se integrar no cotidiano das aulas , num ambiente de aprendizagem adequado a todos .

Concluí que a hiperatividade não tem cura, mas precisa ser tratada e que nem todas as crianças que apresentam comportamentos não aceitáveis são hiperativos e sim precisam de limites para aprenderem a conviver em grupos sociais.

.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

ARAÚJO, P. Déficit de atenção. Revista Nova Escola. 2004, nº 172, p. 28 – 29.

BARKLEY, R. A. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Ed.

Artmed, Porto Alegre 2000,

BARROS, J. M. Gramático: Jogo Infantil e Hiperatividade. Rio de Janeiro:

Sprint, 2002

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.

BREINIS, P. Hiperatividade: um distúrbio infantil a ser tratado. Disponível em http://www.aomestre.com.br. Acesso em 08 outubro 2007.

BROMBERG, M.C. TDAH e a Escola. Disponível em:

http://www.hiperatividade.com.br. Acesso em 15 novembro 2007. FERNÁNDEZ, A. O saber em jogo. A psicopedagogia proporciando autorias de pensamento. Porto Alegre, Artmed, 2001.

GENTILE, P. Indisciplinado ou hiperativo? Revista Nova Escola. Disponível em: http://www.novaescola.com.br. Acesso 08 novembro 2007.

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

Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. 3ª ed. Papirus. São Paulo, 1996.b.

Compreensão, Avaliação e Atuação. In: I Conferência Internacional do Déficit de Atenção e Hiperatividade. São Paulo,

1999. HIPERATIVOS FAMOSOS. Disponível em http://www.orientacoesmedicas.com.br. Acesso em 16 novembro 2007. JONES, M. Hiperatividade: Como Ajudar Seu Filho. São Paulo: Plexus,

2004 LEMOS, G; DAMARIS, O: Diagnóstico das Problemas da Aprendizagem.

Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, 2008

LEWIS, M.; WOLKMAR, F. Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência. Artes Médicas. Porto Alegre, 1990.

LOPES, M. da G. Jogos na Educação Infantil: criar, fazer, jogar. 3.ed. São Paulo:

Ed Cortez, 2002.

PATTO, M. H. A produção do fracasso escolar: história de submissão e rebeldia. Queiroz LTDA. São Paulo, 1991

PETRY, A. Hiperatividade: Características e Procedimentos Básicos Para

Amenizar as Dificuldades. disponível em: www.revistadoprofessor.com.br. Acesso 18/09/2008 PUBLICAÇÕES para portadores e familiares de TDAH. Disponível em: http://www.abda.com.br. Acesso em 16 novembro de 2007.

ROUCEK, J. A criança problema. 2ª ed. Instituto Brasileiro de Difusão Cultural.

São Paulo, 1973.

RHODE, A. L. e HELPERN, Ricardo. Transtorno de Déficit de atenção:

Atualização. Disponível em: www.scielo.br. Acesso 10/08/2008. SAMPAIO, S. TDAH informações e orientações. Disponível em: http://www.geocites.com.br. Acesso em 17 março 2007.

SUKIENIK, P. B. et al. O Aluno Problema: Transtornos Emocionais de Crianças e Adolescentes, 2ª Edição. Porto Alegre: Mercado Aberto, 2000

SILVA, R. da. SOS sala de aula inquieto ou hiperativo. Revista Nova Escola. Disponível em: http://www.novaescola.com.br. Acesso em 21 novembro 2007. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Disponível em http://www.abcdasaude.com.br. Acesso 23 março de 2007.

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

WENDER, P. Disfunção Cerebral Mínima na Criança. S. Paulo, Editora Monolr, 1980. Tradução: Dr: José Salomão Schwartzman e Dr. Charles Peter Tilbery WEISS, Maria Lúcia 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. VISCA, Jorge. Clínica Psicopedagógica. Epistemologia Convergente. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987.