TDAH – ASPECTOS CLÍNICOS, PEDAGÓGICOS E SOCIAIS: REFLEXÕES PARA A PRÁTICA EDUCATIVA

MAYARA DEL CARMEN LOPEZ PARRA

RESUMO
Este estudo objetivou abordar estudos que investigam os sentidos e significados atribuídos ao diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH por adultos clinicamente avaliados como portadores do transtorno na infância. A partir do estudo teórico e a revisão da literatura analisamos as configurações psíquicas que tais fenômenos, como o TDAH, suscitam e seus efeitos no desdobramento dos laços sociais. Fatores ambientais e genéticos estão relacionados ao transtorno e o diagnóstico precoce é uma das formas de tratamento. Constatou-se, também, que os modos de organização da vida social na atualidade, evidenciam determinadas formas de pensar e agir, dentre as quais se incluem fenômenos como a desatenção, a hiperatividade e impulsividade. A questão fundamental que nos leva a estudar este tema está vinculada na prática pedagógica, onde percebemos que existem fatores que podem influenciar e prejudicar o desempenho dos educandos, incluindo diversos problemas tanto de ordem familiar, social e principalmente os que afetam a atenção. Por fim buscamos informações para compreender os diferentes aspectos associados (comportamento e relacionamento da criança hiperativa), possibilitando alternativas para um melhor atendimento na área educacional.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH; Escola; Aprendizagem; Prática Pedagógica.

ABSTRACT
This study aimed to study studies that investigate the meanings and meanings attributed to the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) by adults clinically evaluated as having the disorder in infancy. From the theoretical study and the review of the literature we analyze the psychic configurations that such phenomena, such as ADHD, provoke and their effects in the unfolding of social ties. Environmental and genetic factors are related to the disorder and early diagnosis is one of the forms of treatment. It was also observed that the ways of organizing social life in the present day, show certain ways of thinking and acting, among which include phenomena such as inattention, hyperactivity and impulsivity. The fundamental question that leads us to study this theme is linked in pedagogical practice, where we perceive that there are factors that can influence and undermine the performance of the educated, including several problems of family, social and especially those that affect the attention. Finally, we seek information to understand the different associated aspects (behavior and relationship of the hyperactive child), making possible alternatives for better care in the educational area.

KEYWORDS: Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD; School; Learning; Pedagogical Practice

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neuropsicológico com base biológica que está atingindo um número considerável de crianças em todas as escolas no Brasil e no mundo, chegando a um índice de 10% da população mundial. É de caráter hereditário, prejudicando assim, crianças com os mais frequentes sintomas caracterizados pela desatenção e hiperatividade. Problemas acentuados são percebidos no relacionamento familiar como os de comportamento, de seguir regras e no convívio escolar e social.

A criança portadora de TDAH, em sala de aula, exige uma atenção especial por parte do professor e nada melhor que este esteja bem preparado para saber contornar a situação, auxiliando o aluno nas atividades pedagógicas, utilizando a metodologia mais adequada em sala de aula; bem como direcionamento das tarefas e no relacionamento do grupo, sendo um mediador entre o portador de TDAH e os demais alunos, pois segundo Mattos, 2001, p. 60: “O professor deve manter a rotina constante e previsível: uma

criança com TDAH necessita de um meio estruturado que tenha normas e regras claramente estabelecidas". Com uma didática e uma ação pedagógica voltada para as necessidades especiais do hiperativo, integradas a um acompanhamento psicológico e em alguns casos o uso de medicamentos para amenizar as comodidades do transtorno.

Conforme (GOLDSTEIN, 1998), o TDAH é realmente uma doença e como tal precisa ser tratada. De início há necessidade de um diagnóstico multidisciplinar para direcionar o tratamento que consiste em terapia psicológica, atendimento fonoaudiólogo, atendimento psicopedagógico e neurológico, todos estes atendimentos irão depender do indivíduo em questão. O tratamento deve ser administrado de acordo com o grau do transtorno que cada indivíduo apresenta. Existem crianças que o seu grau é em menor escala de desatenção e hiperatividade, poderá ter uma melhora através de um tratamento multidisciplinar, em alguns casos ministram-se medicamentos neuro estimulantes, para que estimulem os neurotransmissores deficientes. Em outros casos mais leves, o auxílio de uma terapia comportamental com paciente e com a família, já resolve, em casos mais graves, exige-se uma ação multidisciplinar: professores, médicos, terapeutas e medicamentos juntamente com a parceria dos pais.

Crianças diagnosticadas como portadoras de TDAH, na escola, apresentam dificuldades para manter a atenção por um período curto de tempo, apresentam uma leitura defasada, muitas vezes uma escrita ilegível e uma desorganização geral, a ponto de comprometer o aprendizado. Essas crianças são mais lentas para aprender e encontram muitas dificuldades em concentração, qualquer ruído tira a sua atenção.

O objetivo do presente estudo é oportunizar uma reflexão sobre o TDAH, buscando alternativas que possam amenizar os sintomas deste transtorno, visando contribuir para a melhoria do estado geral do portador, consequentemente melhorando sua qualidade de vida, bem como no ambiente escolar auxiliando o professor no reconhecimento do aluno com déficit de atenção e hiperatividade; como funciona o dia de uma criança portadora de um TDAH; para onde encaminhar o aluno caso haja suspeita que o aluno seja portador do TDAH; proporcionar interação entre pais, alunos, professores e profissionais envolvidos; informar aos professores que pequenas mudanças em relação às estratégias podem auxiliar e fazer diferença na aquisição do aprendizado do discente.

TDAH – CARACTERÍSTICAS

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH segundo ABDA – Associação Brasileira de Déficit de Atenção) é um transtorno neurobiológico de causa genética que aparece na infância e acompanha o indivíduo para vida toda, caracterizada por distração, agitação, impulsividade, dificuldades com organização e planejamento. Em termos funcionais, as características mais comuns envolvem hiperfunção de áreas específicas do córtex cerebral. Em termos comportamentais, prejudica o desempenho em situações que exijam maior controle e regulação da atenção, restrição dos movimentos ou capacidade de pensar e refletir antes de agir. Desde pequenos estas crianças portadoras de TDAH se apresentam inquietas. Em casa, correm todo tempo, sempre agitadas e nada os detêm nem sequer o perigo. Tiram brinquedos do lugar esparramando tudo pelo chão e, quase sem usá-los (PHELAN, 2005).

O DSM-IV propõe os seguintes critérios de diagnósticos para os transtornos de aprendizagem:

O rendimento na leitura, cálculo ou expressão é substancialmente inferior ao esperado pela idade, escolarização e nível de inteligência, avaliação através de provas normativas.

Os problemas de aprendizagem interferem significativamente no rendimento académico ou nas atividades da vida quotidiana que requer leitura, cálculo ou escrita.

Os transtornos de aprendizagem devem diferenciar das variações no rendimento escolar, ou de dificuldades devidas à falta de oportunidades educativas, escolarização ou métodos pedagógicos deficientes ou fatores culturais.

O DSM-IV subdivide o TDAH em três tipos: a) TDAH com predomínio de sintomas de desatenção; b) TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade; c) TDAH combinado. O tipo com predomínio

de sintomas de desatenção é mais frequente no sexo feminino e parece apresentar, conjuntamente com o tipo combinado, uma taxa mais elevada de prejuízo acadêmico. 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 dois tipos, e tendem a apresentar altas taxas de rejeição pelos colegas e de impopularidade. Embora sintomas de conduta, de oposição e de desafio ocorram mais frequentemente em crianças com qualquer um dos tipos de TDAH, o tipo combinado está mais fortemente associado a esses comportamentos. Além disso, o tipo combinado apresenta também um maior prejuízo no funcionamento global, quando comparado aos dois outros grupos.
De acordo com Goldstein, (2006) o TDAH é com frequência apresentado, erroneamente, como um tipo específico de problema de aprendizagem. Ao contrário, sabe-se que as crianças com TDAH são capazes de aprender, mas têm dificuldades em se sair bem na escola devido ao impacto que os sintomas deste transtorno têm sobre uma boa atuação.
O diagnóstico do TDAH baseado nos atuais anuais de classificação de doenças parte de um raciocínio que prevê a concomitância da tríade de manifestações sintomáticas – desatenção, hiperatividade e impulsividade – em uma única unidade nosológica. A função psíquica da atenção está relacionada à vigilância e à tenacidade, e seu déficit denota uma sensibilidade ao estímulo, o que torna fácil a mudança de foco e difícil a fixação da atenção a uma só tarefa.
A hiperatividade é um excesso de inquietação psicomotora, manifesta na dificuldade em permanecer em atividades prolongadas. Já a impulsividade, um prejuízo na capacidade de interromper reações, levando ao "agir sem pensar". De acordo com esta metodologia diagnóstica, a manifestação de forma isolada de um desses campos de sintomas seria insuficiente para caracterizar o quadro, embora esteja presente no DSM uma subdivisão de acordo coma predominância de cada um dos campos de sintomas (subtipo predominantemente desatento, subtipo predominantemente hiperativo e subtipo combinado). Na CID o diagnóstico de TH é mais restrito, exigindo a presença simultânea de sintomas nas três áreas. Atualmente as pesquisas que se baseiam nos critérios diagnósticos do DSM ou em critérios semelhantes, como o transtorno hipercinético do manual de classificação internacional de doenças (CID-10), indicam a presença do transtorno em 3 a 6% de crianças em idade escolar, sendo observada a manutenção dos sintomas na vida adulta em até 70% dos casos (BARKLEY, 2008).
Diagnosticar o TDAH se deve ao fato de que se tratam de comportamentos básicos da natureza humana:

Todos nós estamos propensos a ter desatenção e impulsividade em um momento ou outro, especialmente se estivermos sob estresse físico ou mental. O simples fato de que o indivíduo pode ser desatento ou impulsivo tem pouco valor diagnóstico, pois existem muitas tendências humanas nesse sentido. Se alguns sintomas de doenças mentais (p. ex. alucinações) são patognômicos, não se pode dizer o mesmo do TDAH. Os sintomas em si, não demarcam necessariamente o funcionamento anormal, e é claro eu o TDAH não é o único nesse sentido. Quase todas as doenças mentais, da depressão à mania, representam tendências humanas normais que deram errado (BARKLEY, 2008, p. 439).

Apesar das características do TDAH na infância apresentarem distinções em relação ao TDAH na vida adulta, o diagnóstico, atualmente, segue os mesmos critérios do DSM. Por este motivo, estudos me apontam os critérios clínicos para aplicação do diagnóstico em adultos deveriam ser mais flexíveis por uma insuficiência de dados que possam distinguir diferentes fases na vida adulta. Tais insuficiências estimularam autores a pesquisar e desenvolver novos instrumentos de avaliação além do DSM-IV, como por exemplo, o Wender-Utah, o Conner's, o Adult Self-Report Scale entre outros (BARKLEY, 2008). Portanto, investigar a existência dos sintomas na infância tornou-se também critério para o diagnóstico em adultos. A constatação da persistência na vida adulta depende da rigidez dos critérios de avaliação: aproximação 15% dos sujeitos mantém o quadro

na visão daqueles que avaliam a persistência sindrômica através de um conceito mais rígido que exige a presença de 6 ou mais sintomas, e até 60% para os que trabalham com um conceito mais flexível, de persistência sintomática ou de comprometimento funcional (FARAONE & BIEDERMAN et al. 2006 apud LUOZÃ, 2010).

A literatura médica aponta que o quadro clínico do TDAH na vida adulta, assim como na infância, apresenta sérias perturbações devido a comportamentos impulsivos e desatentos ao longo da vida, com problemas no trabalho, ansiedade intensa, sentimento de inquietação, perda de emprego, mau desempenho acadêmico, insatisfação nos relacionamentos interpessoais e inadequação geral ao cotidiano. Além disso, é frequente a presença de "problemas secundários" (BARKLEY, 2008, p. 444), como depressão, baixo estima e cansaço, relacionados aos anos de frustração e fracasso.

AS BASES BIOLÓGICAS DO TDAH

A inesperada contradição entre a "boa" educação recebida e o "mau" comportamento das crianças traz à tona, na virada do século, as observações do médico George Frederic Still sobre a influência da genética e da biologia nas causas do DDA (déficit de atenção) e a teoria de William James, psicólogo americano que acreditava que os déficits ocorriam por uma relação causal como um defeito no córtex cerebral).

Em 1934, Eugene Kahn e Louis H. Cohen retomam as observações deixadas por Still e James. Kahn e Cohen concluem que as características básicas para a tríade diagnóstica dos sintomas de DDA são: distratibilidade, impulsividade e inquietação. Em 1937, Charles Bradley relatou o êxito do uso do fármaco benzedrina, um estimulante, para tratar as crianças com distúrbios de comportamento. No início da década de 1970, a definição da síndrome passou a incluir não apenas a hiperatividade evidente no comportamento, mas também os sintomas mais sutis de distraimento e impulsividade (HALLOWELL & RATEY, 1999, p. 320-323).

Kornetsky (1970), comentado por Hallowell e Ratey (1999), propôs a hipótese de Catecolamina para a Hiperatividade. As catecolaminas são compostas que incluem os neurotransmissores noradrenalina (norepinefrina) e dopamina sintetizados a partir do aminoácido tirosina. Ele concluiu que o DDA pode ser provocado por uma baixa produção desses neurotransmissores.

Talvez seja o regulador exclusivo do DDA, mas é correto afirmar que muitas drogas atuam sobre a norepinefrina e dopamina, o que representa um avanço na busca pelo tratamento mais específico do DDA, embora os estudos das duas últimas décadas não tenham conseguido documentar o papel específico das catecolaminas no DDA.

Mattes e Gualtieri, citados por Hallowell e Ratey (1999), especularam que os lobos frontais estariam envolvidos no distúrbio do déficit de atenção em razão da similaridade entre os sintomas do DDA e as síndromes do lobo frontal resultantes de traumatismos ou lesões nas áreas frontais.

Muitos sintomas do DDA surgem porque o cérebro perde a capacidade de "pisar nos freios" de maneira satisfatória, em razão de uma perturbação nos processos inibitórios do córtex, ou camada externa do cérebro. Sem essa inibição o cérebro não é capaz de bloquear as respostas impróprias, fazendo com que a impulsividade e hiperatividade emerjam.

Muitos medicamentos já foram utilizados para o tratamento desse transtorno e diversas teorias apresentadas para apontar as suas causas, muitos pesquisadores e especialistas estão envolvidos na busca por uma solução e por respostas. Os medicamentos empregados para tratar o DDA incluem os estimulantes ritalina, cybert, dexedrina e os antidepressivos tricíclicos, que agem nos sistemas da catecolamina e serotonina de modo a corrigir os processos atencionais desregulados e desacelerar o fluxo de vida acelerado.

As drogas aumentam os níveis dos neurotransmissores, proporcionando uma maior disponibilidade do neurotransmissor em questão para uso pelo cérebro. Os estimulantes criam um equilíbrio na química das regiões frontais do cérebro sem que seja preciso que o sistema inteiro se modifique, permitindo um controle tônico dos sistemas frontais do córtex cerebral.

Porém, já sabemos que esse distúrbio constitui um problema neurológico e precisa ser tratado, mas, infelizmente, não há uma cura definitiva, há apenas mecanismos para amenizar o problema, como, por exemplo, o uso de medicamentos, acompanhamento clínico e psicológico, apoio familiar e, principalmente, muita informação e compreensão sobre o assunto por parte dos pais e professores, pois estão diretamente ligados ao desenvolvimento das crianças e são responsáveis por ele (HALLOWELL & RATEY, 1999, pp. 327-337).

Rohde, mencionado por Viaro (2008), também relata que as intervenções psicofarmacológicas giram em torno da terapia com psicofármacos para o TDAH e ainda depende das comorbidades presentes. O fármaco mais utilizado é o metilfenidato (ritalina), um estimulante que inibe a impulsividade e reduz a hiperatividade, melhorando os níveis de atenção. A dose terapêutica normalmente se situa na faixa de 20 a 60 mg/dia. Os principais efeitos secundários no início do tratamento são a insônia e a falta de apetite, o que pode piorar ainda mais o mau comportamento da criança nessa fase de tratamento.

Outros estudos demonstram uma prevalência significativamente maior de uso abusivo/dependência de drogas em adolescentes com TDAH que não foram tratados com estimulantes quando comparados a jovens com o transtorno e que foram tratados com medicamentos, entretanto, vários estudos apontam a possibilidade de uso inadequado dos estimulantes por pessoas não portadoras do transtorno. Esses fatores e informações são importantes para podermos perceber o universo em que a criança portadora de TDAH está envolvida e assim delinearmos nossas estratégias de apoio e intervenção.

Segundo Fullan (2000), citado por Viaro (2008), em crianças com o diagnóstico de TDAH, o desenvolvimento cognitivo deve ocorrer com a ajuda de todos os envolvidos no processo: especialistas, médicos, professores, coordenadores pedagógicos e pais. Para que haja sucesso escolar das crianças com TDAH há a necessidade de vários tratamentos e intervenções.

Goldstein (2007), mencionado por Viaro (2008), cita três tipos de intervenções: a primeira é o uso de medicamento; a segunda e a terceira são técnicas, não médicas, as quais pais e professores devem compreender e utilizar. Uma delas refere-se às formas de gerenciar eficazmente o ambiente doméstico e escolar da criança para reduzir os problemas associados à hiperatividade.

Existem ainda fatores importantes que dificultam o aprendizado das crianças com TDAH. Hallowell e Ratey (1999) comentam que o sofrimento causado por um distúrbio de aprendizagem associado ao déficit de atenção (DA) reside não somente no esforço da pessoa para "funcionar" cognitivamente, mas nas "desconexões" que ela pode sofrer em relação à linguagem e ao pensamento, à expressão e à criatividade, à leitura e articulação das palavras, assim como na relação com as pessoas e as formas de expressar seus sentimentos, além disso, alguns dos prazeres proporcionados pelo transtorno são as variações fantasiosas e criativas que proporcionam. Enquanto a criança com dislexia e DA pode gaguejar, tropeçar ou se revirar enquanto desliga da palavra, da página ou da pessoa, ela também pode se superar porque pode deparar com algo novo e motivador, por isso, é vital que a preservemos da vergonha, da crítica, do derrotismo e da desvalorização.

Quando se lida com o TDAH é importante observar que ele está associado a outras dificuldades de aprendizado. Na visão de Pennington, citado por Hallowell e Ratey (1999), esse transtorno constitui um entre vários distúrbios de aprendizagem. Na grande maioria das vezes um distúrbio de aprendizagem está relacionado a um problema no sistema neuropsicológico que afeta de modo adverso o desempenho escolar. Uma criança normal pode apresentar um baixo desempenho sem ter um distúrbio de aprendizagem, em razão de outros fatores emocionais ou sociais.

Existem vários distúrbios que afetam a aprendizagem, incluindo nesse grupo o retardo mental, a dislexia, os transtornos do desenvolvimento da linguagem, dificuldades de aprendizagem no hemisfério direito (problemas com matemática, caligrafia, artes e cognição social), autismo e memória adqui-

rida (decorrentes de traumatismo craniano ou convulsão). O próprio TDAH é um tipo de distúrbio de aprendizagem e pode ser acompanhado de outros transtornos como a dislexia ou distúrbio de memória adquirida, ou por dificuldade específica de aprendizagem relacionada à matemática (discalculia), ortografia, etc.

O TDAH afeta todas as áreas da cognição e tende a exacerbar qualquer dificuldade específica de aprendizagem, porém, não inviabiliza por completo qualquer função cognitiva, é bem mais amplo que isso. O distúrbio de aprendizagem mais comum é a dislexia, que é considerada uma dificuldade de ler ou escrever na língua nativa e não pode ser explicada por qualquer outra causa, como escolaridade limitada, visão ou audição fracas, lesões cerebrais ou retardo mental. Alguns disléxicos têm dificuldades com a ortografia, outros invertem as letras, outros preveem letras ou sons de forma incorreta, o que dificulta a leitura das palavras (HALLOWELL & RATEY, 1999, p. 203).

Os mesmos autores anteriormente citados comentam que os cérebros dos disléxicos parecem ser diferentes dos cérebros normais, contendo nódulos anormais no córtex cerebral que podem interferir no modo como o cérebro percebe e processa os fonemas ou partículas sonoras que formam as palavras. O processamento fonológico comprometido leva à dificuldade de leitura, ortografia e escrita, características da dislexia. Os sintomas primários do TDAH (atenção irregular, impulsividade e inquietude), por exemplo, podem dificultar a leitura, imitando a dislexia. Desse modo, os dois distúrbios podem coexistir ou ocorrer de forma independente. Os problemas de processamento auditivo também ocorrem com certa frequência e interferem na capacidade do cérebro de compreender totalmente o que "ouve". A criança pode não ter problema auditivo, mas pode ter dificuldade na percepção do som que entra no cérebro, uma vez que o córtex cerebral tem dificuldade em processá-lo ou interpretá-lo de maneira que faça sentido.

É importante lembrar que o mecanismo exato subjacente ao distúrbio do déficit de atenção permanece desconhecido, porém, há uma grande certeza a respeito desse distúrbio: ele não é um mau comportamento que depende da vontade, uma falha moral, falta de tentativa ou incapacidade de interessar-se pelo mundo. Além disso, os estudos neurobiológicos mostram que a síndrome tem raízes no sistema nervoso central. No entanto, no século XIX, e antes disso, o "mau" comportamento era visto como defeito moral e o "tratamento" era o castigo físico (HALLOWELL & RATEY, 1999, pp. 318-319).

Do ponto de vista de Barkley, mencionado por Viaro (2008), os professores geralmente respondem aos problemas desafiadores exibidos pelas crianças portadoras de TDAH passando a ser mais controladores e autoritários com elas e, com o tempo, suas frustrações com tais crianças podem induzir a comportamentos defensivos ainda mais negativos em suas interações. Enquanto não estiverem seguros sobre o quão negativamente as relações inadequadas de professor-aluno afetam a adaptação da criança portadora de TDAH a longo prazo, os docentes, certamente, podem piorar suas próprias relações, empobrecendo suas conquistas sociais e acadêmicas, reduzindo sua motivação para aprender e ensinar na escola e diminuindo sua autoestima. Isso tudo pode resultar no insucesso da criança e, consequentemente, na evasão escolar. Portanto, exigem dos professores paciência, responsabilidade na relação humana e disponibilidade.

Faz-se necessário, portanto, desenvolver um repertório de intervenções para atuar eficientemente no ambiente da sala de aula com a criança portadora de TDAH. Um constante número de atividades deve ser desenvolvido para educar e melhorar as habilidades deficientes dessas crianças. O professor deve estar atento e preparado para receber portadores de TDAH e procurar conhecer melhor o quadro da disfunção e procurar ajuda e apoio junto à equipe pedagógica, especialistas, médicos e pais para, assim, buscar estratégias que ajudem no desenvolvimento da criança com TDAH.

Goldstein, citado por Viaro (2008), apresenta as seguintes orientações para desenvolver a atenção e a linguagem da criança com TDAH

em sala de aula:
Proporcionar estrutura, organização e constância (sempre a mesma arrumação das cadeiras, programas diários e regras claramente definidas);
Colocar a criança perto de colegas que não a provoquem (perto da mesa do professor, na parte de fora do grupo);
Elogiar, encorajar e ser afetuoso (essas crianças desanimam facilmente);
Dar responsabilidades que elas possam cumprir, fazendo com que se sintam necessárias e valorizadas;
Proporcionar um ambiente acolhedor, demonstrando calor e contato físico de maneira equilibrada;
Nunca provocar constrangimento ou menosprezar o aluno;
Favorecer oportunidades sociais e proporcionar trabalho de aprendizagem em grupos pequenos, pois em grupos menores as crianças conseguem melhores resultados;
Comunicar-se com os pais da criança porque, geralmente, eles sabem o que é melhor para o seu filho;
Diminuir o ritmo do trabalho e parcelar as tarefas (tarefas de cinco minutos cada trazem melhores resultados do que duas tarefas de meia hora);
Adaptar suas expectativas relativas à criança, levando em consideração as diferenças e inabilidades decorrentes do TDAH;
Recompensar os esforços, a persistência e o comportamento bem-sucedido ou bem planejado;
Proporcionar exercícios de consciência e treinamento dos hábitos sociais da comunidade (uma avaliação frequente sobre o comportamento da criança consigo mesma e com os outros, ajudará bastante);
Estabelecer limites claros e objetivos;
Facilitar o frequente contato aluno/ professor, pois auxilia em um controle extra sobre a criança e possibilita oportunidades de reforço positivo e incentivo a um comportamento mais adequado.
Não obstante, existem outros autores que também apresentam suas estratégias para aplicação de situações que envolvem o melhor desempenho da criança em sala de aula ou na sua vida diária. Construir estratégias constitui um processo ativo de constantes modificações e ajustes e que envolve, esforço, dedicação, trabalho e estudos.
Hallowell e Ratey (1999, pp. 304 -317) apresentam cinquenta sugestões para a gerência do transtorno em sala de aula. É importante ressaltar que o trabalho do professor em uma turma que possua três alunos com diagnóstico desse transtorno pode ser extremamente cansativo, principalmente se essas crianças apresentam outros problemas médicos associados. Por isso, é preciso consultar um especialista, buscar auxílio e apoio com outros profissionais, manter contato constante com a família, apresentando os sucessos e ou insucessos. Assegurar-se que o que se faz é um esforço coletivo, reconhecendo os limites, etc., facilitará o desempenho do professor, a relação com o aluno e, principalmente, o desenvolvimento da criança.

ESCOLA, DOCÊNCIA E PRÁTICA PEDAGÓGICA COM ALUNODS COM TDAH

Sabemos que não é função do professor realizar diagnóstico das dificuldades de aprendizagem, porém, este profissional precisa estar atento e provido de conhecimento sobre o distúrbio para identificar e tomar atitudes cabíveis ao docente.
O professor tem papel fundamental no processo de aprendizagem dos alunos com TDAH. Na maioria das vezes é ele quem percebe alterações no comportamento de seus alunos.

Os professores são, com frequência, aqueles que mais facilmente percebem quando um aluno está tendo problemas de atenção, aprendizagem, comportamento ou emocionais/afetivos e sociais (ROHDE, 2003, p. 205).

Com relação à sala de aula, o professor precisa dar um novo formato à sua aula, tornando-as dinâmicas e objetivas, com atividades que sejam motivadoras e que as instruções dadas sejam claras e que principalmente acompanhem o ritmo e interesse dos alunos com transtorno. Também terá papel importantíssimo o professor que procurar estar sempre próximo a este aluno trabalhando a importância de regras e dos limites, avaliando diariamente, de forma a promover sua autoestima, ajudando-o a descobrir por si próprio as estratégias mais funcionais.

Para Farrell (2008) “estes auxílios e a verificação da compreensão ajudam o aluno a compreender e a seguir sequências de atividades e ajuda-o a melhorar a concentração” (FARRELL, 2008, p. 79). Algumas mudanças são necessárias e não se limitam apenas à didática, mas também ao espaço físico da sala de aula que também contribui para facilitar a aprendizagem.

Para Barkley (2002), a realização de trabalhos em grupos pode melhorar a participação da criança fazendo com que tenha uma participação mais ativa em sala.

Para Coll et ali (1999), o papel do professor destina-se à modulação e focalização dos estímulos de acordo com suas necessidades cognitivas das crianças, podendo ser revertidas ou atenuadas dentro do processo de desenvolvimento cognitivo. Desta maneira, caberá ao professor identificar o grau de satisfação do seu aluno com o ambiente escolar, agir de forma preventiva através de observações de adequação idade/fase buscando um equilíbrio e estar constantemente atualizando-se na busca de alternativas eficazes na aprendizagem de seus alunos apesar de sua diversidade.

Os professores devem conhecer bem as possibilidades de aprendizagem dos alunos, os fatores que a favorecem e as necessidades mais específicas deles. Somente com tal conhecimento poderá ser ajustadas as ajudas pedagógicas ao processo de construção pessoal de cada aluno (COLL et. ali, 1999, p. 294). A aprendizagem não deverá estar direcionada apenas para as aquisições de conhecimentos cognitivos ou somente para mudanças de comportamento. As ações pedagógicas e as propostas curriculares precisam ser elaboradas para alcançar novas percepções do sujeito na escola, tendo um olhar atento para as maneiras diversas de aprender e de interagir com os saberes e com o contexto sócio cultural, uma vez que a instituição escolar tem papel fundamental na sociedade, pois busca promover a formação e socialização dos indivíduos. Desta maneira, todos devem ter a inserção nesta instituição, inclusive aqueles com TDAH.

De acordo com o DMS IV, a criança portadora de TDAH deve apresentar os sintomas em dois ambientes diferentes: ambiente familiar e na escola. Porém, segundo Silva (2003) é a partir da entrada da criança na escola, que se pode identificar o problema com mais eficácia. Ainda nesta linha de pensamento, Silva (2003) afirma que as dificuldades maiores começam a surgir no âmbito escolar quando a criança é solicitada a cumprir metas e seguir rotinas. Sendo assim, pode-se afirmar que a criança hiperativa precisa ajustar-se às regras e à estrutura de uma educação continuada, sem tantas cobranças quanto ao seu desempenho.

O papel da escola, segundo Silva e Souza (2005), é primordial para o pleno desenvolvimento da criança em todas as áreas, incluindo o desenvolvimento social e de comunicação, principalmente para as que são portadoras de TDAH. No entanto, o professor tem papel fundamental no acompanhamento e encaminhamento da criança que apresenta sinais de TDAH.

Gonçalves (2011) afirma que o professor deve ser capaz de orientar os pais, indicando o caminho até o psicopedagogo tornando-se o elo principal entre a família e os especialistas envolvidos no tratamento. Desta forma, pode-se afirmar que o autor defende que não é papel do professor fazer o diagnóstico, mas sim esclarecer a família sobre todas as dificuldades que ocorrerá em torno da vida acadêmica, social e pessoal da criança, bem como acompanhar o desenvolvimento pedagógico.

O acolhimento adequado do portador de TDAH no âmbito da escola permite uma clara melhora do ambiente escolar para todos, diminuindo problemas que têm inquietado os profissionais da educação. A identificação e o adequado manejo dos portadores, ao determinar um melhor ambiente escolar para professores e alunos, aumenta a satisfação das famílias de portadores e não portadores com a escola, pelo olhar individualizado desta em relação aos seus alunos, reconhecendo suas potencialidades e dificuldades.

É de suma importância ter consciência que a educação inclusiva não se faz apenas por decretos ou diretrizes. Ela é construída na escola por todos, na confluência de várias lógicas e interesses sendo preciso saber articulá-los. Por ser uma construção coletiva requer mobilização, discussão e ação de toda a comunidade escolar.

Concretizar a inclusão é um grande desafio já

que envolve mudanças na concepção sociedade, de homem, de educação e de escola. Mudar concepções já solidificadas e enraizadas em nome de outro modelo de educação não é uma tarefa fácil, principalmente quando as mudanças vão favorecer pessoas que foram excluídas e marginalizadas na sociedade e consequentemente na escola.
Portanto, é necessário que haja uma aproximação das famílias dos alunos portadores de TDAH com a Escola, pois,

A colaboração com a família é mais necessária ainda no caso dos alunos que requerem ajuda mais especificas e intensas para compensar suas dificuldades. É importante informar os pais sobre as decisões adotadas para orientá-los sobre o tipo de ajudas que podem proporcionar a seu filho e promover sua participação com relação à aprendizagem de determinados conteúdos. A colaboração da família é de vital importância para favorecer a contextualização e a generalização de determinadas aprendizagens e conseguir que estas sejam mais significativas para a criança, já que pode relacionar o que faz em casa e o que faz na escola. Em muitos casos, se poderá, além disso, propor certas modificações no meio familiar, de modo promover o adequado desenvolvimento do aluno (COLL, 1995, p. 304).

Desta maneira, haverá uma troca de experiência (ROHDE et ali, 2003) entre pais e professores que poderão identificar problemas e comportamentos que não são expressos no ambiente familiar.
A partir do que já foi exposto, pode-se perceber que o desempenho escolar dos alunos com TDAH apresenta uma estreita relação com as práticas de seus professores em sala de aula. Essas práticas estão diretamente ligadas à inclusão, que para muitos docentes torna-se uma prática desafiadora, pois, exige mudança de atitude e de postura.
Em síntese, a parceria não se limita a pais e educadores, mas deve envolver todos os profissionais que acompanham a criança. A maneira mais eficiente de tratar o TDAH é exatamente esse trabalho de grupo, que envolve tanto abordagens individuais com o portador (medicação, acompanhamento psicológico, terapias especificas, técnicas pedagógicas entre outros).
Para que uma criança com TDAH tenha a possibilidade de desenvolver seu potencial e caminhar pela vida de maneira adequada e gratificante, é necessário que as pessoas no processo de acompanhamento mantenham estreita comunicação e forte colaboração.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Trabalho exigiu um percurso bibliográfico inerente ao do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH. Os atuais manuais de classificação, em especial o DSMV, publicado em 2013, prometem tornar cada vez mais precisos os critérios para a definição de transtornos mentais.
O processo de avaliação diagnóstica é abrangente, envolvendo necessariamente a participação de vários profissionais da área da saúde, escola e familiares. Desse modo, o diagnóstico e o tratamento precoce são imprescindíveis para a prevenção de distúrbios associados, como os de conduta, delinquência e outras comorbidades da criança e ou adolescente, evitando prejuízos no processo de desenvolvimento da vida social e intelectual.
No TDAH, sendo considerado como uma síndrome heterogênea, envolvendo fatores genéticos, biológicos, psicossociais e ambientais, faz-se necessária uma contextualização dos sintomas para um possível diagnóstico, tratamento e intervenções psicopedagógicas, que dependerão do grau do problema. Sendo uma síndrome de origem genética, em que o sistema biológico passa por uma mudança neuro- anatômica ou maturacional, provoca o desequilíbrio, a desregulação do sistema neurobiológico do corpo, prejudicando a capacidade da criança em prestar atenção seletiva ao que a cerca.
Os sinais de que os sistemas neuroquímicos são alterados em pessoas com TDAH são suficientes para que se possa afirmar que o problema deriva da química do cérebro, em que há uma desregulação ao longo do eixo catecolamina-serotonina. Há casos em que as crianças podem ser tratadas apenas com terapia comporta- mental e, em situações mais graves, deve haver uma ação multidisciplinar, englobando os pais, professores, médicos e a utilização de medicamentos.
Os medicamentos empregados para tratar o

TDAH promovem uma melhora no funcionamento e no uso dos neurotransmissores nas regiões frontais do cérebro, proporcionando um maior controle desses sistemas com a finalidade de corrigir os processos de atenção desregulados e desacelerar o fluxo de vida acelerado. Os medicamentos normalmente usados incluem os estimulantes ritalina e dexedrina, que agem nos sistemas da catecolamina e da serotonina, sendo os efeitos mais marcantes na norepinefrina. As drogas aumentam os níveis dos neurotransmissores, proporcionando uma maior disponibilidade do neurotransmissor em questão para uso do cérebro.

São fundamentais as intervenções pedagógicas para o desenvolvimento da aprendizagem das crianças e adolescentes na fase escolar, durante o tratamento do TDAH, por meio de atividades didático-pedagógicas diferenciadas para esse aluno, visando a estimular sua autoestima.

REFERÊNCIAS

BARKLEY, R. A. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – Manual para Diagnóstico e Tratamento. 3. Ed. Tradução R. C. Costa. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARKLEY, R.; MURPHY, K.; & FISHCER, M. TDAH em adultos: o que a ciência diz. São Paulo: Grupo Editorial Nacional, 2013.

COLL C.C.; PALACIOS J.; MARCHESI A. Desenvolvimento Psicológico e Educação: Psicologia da Educação Escolar. 2. Ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2004.

GOLDSTEIN, S. & GOLDSTEIN, M. Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. 7. Ed. Campinas: Papirus Editora, 2001.

HALL, S.; WOODWARD, K. Identidade e Diferença. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

HALLOWELL, E. M., & RATEY, J. J. Tendência à distração: Identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção da infância à vida adulta. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

ROHDE, L. A.; KETZER, C. R. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. In: FICHTNER, N. (Org.). Transtornos mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ROHDE LA, Mattos P. Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Porto Alegre: Artmed; 2003.

ROHDE, L.A.P.; BENCZIK, E.B.P. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: o que é? como ajudar? Porto Alegre: Ed. ARTMED, 1999.