

## **TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE/IMPULSIVIDADE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO EDUCATIVO<sup>1</sup>**

### *ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY/IMPULSIVITY DISORDER AND ITS IMPLICATIONS REGARDING THE EDUCATION PROCESS*

**Débora San Martin Rolim Ribeiro<sup>2</sup>, Bibiana Marinho Teixeira<sup>2</sup>,  
Cássia Ferrazza Alves<sup>2</sup>, Iracil Rosinda Pires Soares<sup>2</sup>,  
Tháise Aline Kunzler<sup>2</sup>, Leticia Saldanha de Lima<sup>3</sup> e  
Carlos Alberto Décimo Martins<sup>4</sup>**

#### **RESUMO**

Neste trabalho, abordam-se aspectos do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade - TDAH como: o que é o transtorno, suas características, sua etiologia, seu diagnóstico e comorbidades, além de se proporcionar orientação aos familiares e aos professores. Atualmente, o TDAH vem sendo amplamente discutido, porém a forma com que se dão essas discussões ainda sugere a ineficácia para a formação e informação das pessoas que convivem com o distúrbio, levando muitos professores, por desconhecerem o TDAH e suas implicações, a pensarem em um “diagnóstico” incorreto. Diante desse contexto, neste estudo, fornecem-se subsídios para uma psicoeducação desses profissionais, informando-os principalmente sobre o caráter limitante do TDAH, suas repercussões nos relacionamentos interpessoais e no processo educativo. Destaca-se a necessidade de compreensão sobre a relação transtorno comportamento e do aprofundamento sobre este tema, considerando a importância da participação dos professores nas práticas terapêuticas.

**Palavras-chave:** educação, psicoeducação.

---

<sup>1</sup> Trabalho de Iniciação Científica - UNIFRA.

<sup>2</sup> Acadêmicas do Curso de Psicologia - UNIFRA.

<sup>3</sup> Colaboradora - UFSM.

<sup>4</sup> Orientador - UNIFRA.

## **ABSTRACT**

*This review approaches aspects of the Attention Deficit Hyperactivity/Impulsivity Disorder – ADHD, such as: what it is, its characteristics, its etiology, its diagnostic and comorbidities, besides orienting family members and teachers. Nowadays, ADHD has been widely discussed. However, the format of such discussions suggests they are not effective as regards formation and information of people who live with it, leading many teachers, who lack knowledge about ADHD and its consequences, to incorrectly “diagnose” it. Considering such context, it aims to provide subsidies concerning psychoeducation of such professionals, informing them about the limiting character of ADHD, its repercussions relating interpersonal relationships and the education process. It highlights the need to understand the relation between the disorder and behaviors, as well as the need to deepen knowledge about such theme, considering the importance of the participation of teachers concerning therapeutic practices.*

**Keywords:** education, psychoeducation.

## **INTRODUÇÃO**

Atualmente, percebemos que alguns professores têm encaminhado vários alunos para atendimento psicoterápico, queixando-se, principalmente, de seu comportamento, classificado como disfuncional. Afirmam que esses se movimentam com frequência em sala de aula, são irritados e têm dificuldade em se concentrar e prestar atenção no que está sendo ensinado. Devido a esses comportamentos, são classificados como hiperativos. Este texto surgiu a partir da experiência adquirida sobre a temática do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade (TDAH) dentro do ambiente escolar, ao longo de dois anos de projetos realizados com esse público, para mostrar a importância de discussões acerca do TDAH e suas implicações no processo educativo.

Verificou-se que, com essa conduta, os professores, além de estarem preocupados com o processo educativo, demonstram interesse na qualidade de vida de seus alunos. Sabe-se que o TDAH é um transtorno limitante e que, embora tenha despertado maior atenção dos profissionais da área da saúde e da educação, com amplo debate e discussão na mídia, ocupando, muitas vezes, posição de destaque em programas de saúde, educativos e de orientação aos pais e professores, a preocupação e a divulgação desta temática ainda não são

suficientes para um adequado esclarecimento sobre os seus sintomas, diagnóstico e tratamento.

Após o contato com algumas escolas, observou-se que seus professores identificam determinadas crianças como hiperativas e passam a acreditar nesse “diagnóstico”, principalmente por desconhecerem o que é o TDAH e suas implicações, além de ignorarem outros transtornos que possam estar presentes na infância, desconsiderando, conseqüentemente, os inúmeros fatores que podem levar a esse tipo de comportamento.

Diante desse contexto, acredita-se que a psicoeducação dos professores quanto ao TDAH e às limitações dele decorrentes, no convívio social e desempenho acadêmico dos alunos, deve ser uma das atividades prioritárias na formação e atualização docente. Assim, com este artigo objetiva-se contribuir, esclarecendo aspectos considerados importantes quanto ao TDAH, visando a uma ação preventiva, que proporcione uma melhor qualidade aos relacionamentos estabelecidos entre professores e alunos e, conseqüentemente, ao processo educativo. Sabe-se que, por sua importância e extensão, não se poderia abordar uma temática tão complexa e vasta como o TDAH, por isso, o assunto limita-se a discutir o que é o transtorno, suas características, prevalência, etiologia, diagnóstico e comorbidades, proporcionando também algumas orientações aos professores, para que possam melhor compreender e manejar o TDAH.

## **DEFINIÇÃO**

Na definição do que é o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade (TDAH), observa-se que vários autores destacam os aspectos limitantes, ou seja, as dificuldades que seus portadores apresentam na vida social, profissional e acadêmica. O distúrbio iniciado na infância é considerado um transtorno heterogêneo, constituindo um quadro neurológico, caracterizado pelo desempenho inapropriado dos mecanismos que regulam a atenção, a flexibilidade e a atividade (ANDRADE; MORAIS, 2006).

Caracteriza-se por dificuldades intensas e persistentes, na regulação da atenção e/ou impulsividade e hiperatividade. Tal sintomatologia gera comprometimento na vida social, profissional e acadêmica (DUCHESNE; MATTOS, 2001).

Barkley (2008) refere-se ao TDAH, que é o “atual rótulo diagnóstico usado para denominar os significativos problemas apresentados por crianças quanto à atenção, tipicamente com impulsividade e atividade excessiva”. Já para Pliszka (2004), o Transtorno reporta desatenção, impulsividade e/ou hiperatividade,

encontrada em níveis inadequados para o estágio do desenvolvimento, produzindo prejuízos funcionais na vida cotidiana do indivíduo.

Mattos (2007) comenta também que o TDAH pode ter um impacto negativo de grande intensidade na vida de alguns portadores e um impacto um pouco menor na vida de outros, sendo, inclusive, um dos critérios necessários para o diagnóstico. Salienta também que, apesar dos sintomas, vários portadores apresentam sucesso social e profissional, podendo ser agradáveis e considerados capazes em suas profissões, embora, invariavelmente, evidenciem problemas em outras áreas de sua vida. O autor, comenta que, frequentemente, ouvimos referências a pessoas “importantes ou formadas”, portadores do TDAH. Questiona como essas pessoas poderiam ser importantes e formadas diante do impacto negativo que o transtorno, geralmente, acarreta em suas vidas. Comenta também o fato de que muitos “famosos” tiveram o diagnóstico de TDAH, enquanto, em sua “biografia oficial”, apresentam indícios de outros transtornos completamente diferentes.

## **PREVALÊNCIA**

O TDAH é considerado uma das síndromes psiquiátricas mais comuns encontradas em estudos epidemiológicos, em uma prevalência de, aproximadamente, 3 a 7% na população infantil (SENA; NETO, 2007).

Andrade e Morais (2006) referem ainda a que, da mesma forma, nos dados mundiais, em estudos epidemiológicos realizados no Brasil, encontramos uma prevalência de 3,6 a 5% da população. Com relação ao sexo, a prevalência em ambulatório de psiquiatria infantil é maior em meninos do que em meninas, na ordem de 10 por 1. Porém, essa diferença reduz-se de 1,5 meninos para 1 menina, quando os estudos envolvem a população em geral. Para os autores, a razão dessa discrepância pode estar associada ao comportamento agressivo e inadequado que, frequentemente, é maior nos meninos. Destacam também a frequência maior do subtipo, predominantemente desatento, em meninas, o qual costuma ser subdiagnosticado e que também teria implicações na predominância com relação ao sexo.

## **HISTÓRICO**

Barkley (2008) comenta que, embora as primeiras referências sobre uma criança hiperativa tenham surgido em 1865, na poesia do médico alemão Heinrich

Hoffman, que escrevia poemas sobre muitas doenças infantis que encontrava em sua prática clínica, George Still e Alfred Tredgold são considerados os primeiros autores a dedicarem atenção clínica a um comportamento infantil próximo da atual classificação do TDAH.

Ao longo do tempo, o transtorno passou por inúmeras alterações em sua nomenclatura. O autor afirma também que, na década de 40, nasceu o conceito de “criança com lesão cerebral”, então utilizado para crianças que apresentavam comportamento hiperativo, embora muitas não sugerissem evidências ou demonstrassem indícios insuficientes de patologias cerebrais.

A partir de 1962, essa nomenclatura é novamente modificada, passando a ser denominada de disfunção cerebral mínima, pois se acreditava então que a patologia não estava relacionada à lesão, mas sim a disfunções em vias neuronais. Na década de 80, a publicação do DSM II proporcionou uma reconceituação radical do diagnóstico de reação hipercinética da infância para TDAH com ou sem hiperatividade (BARKLEY, 2008).

Com a revisão do DSM II, em 1987, voltou-se a dar maior ênfase aos sintomas de hiperatividade, que passou a ser chamado de Distúrbio de Hiperatividade com Deficit de Atenção que, em 1994, com o surgimento do DSM IV, passa a chamar-se DDAH, enfatizando-se, assim, de igual maneira tanto os sintomas de hiperatividade/impulsividade, como os de desatenção (ROHDE; KETZER, 1997).

## **ETIOLOGIA**

Torna-se, cada vez mais evidente, a base orgânica para o TDAH e, à medida que prosseguem as pesquisas, a importância dos componentes cognitivos cresce em relação aos fatores ambientais (RIESGO; ROHDE, 2004). A ideia de uma criação inadequada ou problemática como sendo a causa, presente na década de setenta, permanece até hoje e é observada entre leigos e críticos do TDAH. No entanto, a classe social, o histórico educacional da família, o ambiente geral do lar e as características da criação exercem uma influência muito pequena na origem do transtorno (BARKLEY, 2008).

Ainda com relação à etiologia, Sena e Neto (2007) referem-se a que os diversos estudos têm evidenciado que o TDAH é originado de alterações cerebrais, especificamente na parte frontal do cérebro e dos demais circuitos neurais que envolvem a atenção. Embora não se saibam as causas do TDAH, diversos estudos apontam causas de origem genética e biológica, inclusive múltiplos genes combinados ou não com fatores ambientais.

Contudo, mesmo o fator genético sendo preponderante, isso não quer dizer que o ambiente não apresente relevância para o surgimento do TDAH. De acordo com Sena e Neto (2007), é de grande importância a influência do ambiente familiar e social na evolução do transtorno. Ressaltam ainda que, quanto mais organizada e adequada for a estrutura familiar, melhor será a evolução do quadro e que, segundo indicações de diversas pesquisas, ambientes sociais caóticos estariam relacionados não somente ao agravamento, mas também às comorbidades, ou seja, ao surgimento simultâneo de outros transtornos.

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do TDAH é fundamentalmente clínico, utilizam-se critérios operacionais clínicos claros e bem definidos dos sistemas classificatórios DSM IV, TR E CID 10. Rohde e Benczik (1999), em estudos realizados, encontraram indicativos da adequação dos critérios propostos pelo DSM IV TR, sendo, portanto, um sistema classificatório adequado para utilização, nas avaliações de TDAH, em nossa cultura. O diagnóstico deve ser feito com base no quadro clínico porque não existe um marcador biológico único e indiscutível para todos os casos de TDAH. (RIESGO; ROHDE, 2004). A avaliação neuropsicológica é um instrumento essencial para auxiliar no diagnóstico (DUCHESNE; MATTOS, 2001).

No quadro 1, que segue, encontramos os critérios diagnósticos do DSM IV TR (2002), para o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.

<b>CRITÉRIO DIAGNÓSTICO PARA TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE</b>
--

(A) Ou (1) ou (2)

(1) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram pelo período mínimo de 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

**Desatenção:**

(a) frequentemente, não presta atenção a detalhes ou comete erros por omissão em atividades escolares, de trabalho ou outras;

(b) com frequência, tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;

(c) com frequência, parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra;

(d) com frequência, não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não por causa do comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);

(e) com frequência, tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;

- (f) com frequência, evita, demonstra ojeriza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
- (g) com frequência, perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (ex.: brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);
- (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
- (i) com frequência, apresenta esquecimento em atividades diárias.

(2) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram pelo período mínimo de 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

**Hiperatividade:**

- (a) frequentemente, agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;
- (b) frequentemente, abandona sua cadeira na sala de aula ou em outras situações, nas quais se espera que permaneça sentado;
- (c) frequentemente, corre ou escala em demasia, em situações impróprias (em adolescentes e adultos, pode ser limitado a sensações subjetivas de inquietação);
- (d) com frequência, tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;
- (e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes, age como se estivesse “a todo vapor”;
- (f) frequentemente, fala em demasia.

**Impulsividade:**

- (g) frequentemente, dá respostas precipitadas antes que as perguntas tenham sido completamente formuladas;
- (h) com frequência, tem dificuldades para aguardar sua vez;
- (i) frequentemente, interrompe ou se intromete em assuntos alheios (ex.: em conversas ou brincadeiras).

(B) Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção, causadores de comprometimento, estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

(C) Algum comprometimento, causado pelos sintomas, está presente em dois ou mais contextos (ex.: na escola ou trabalho e em casa).

(D) Deve haver claras evidências de um comportamento clinicamente importante no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

(E) Os sintomas não ocorrem, exclusivamente, durante o curso de um Transtorno Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico, nem são mais bem explicados por outro transtorno mental (ex.: Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno de Personalidade).

**Quadro 1** - Critério diagnóstico do DSM IVTR (2002) para o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

A partir desses critérios diagnósticos, podem-se identificar os subtipos referentes a este transtorno, que estão na sequência:

**Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado:** se tanto o Critério A1, quanto o critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.

**Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento:** se o critério A1 é satisfeito, mas o critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

**Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo:** se o critério A2 é satisfeito, mas o critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

**Nota para a codificação:** Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar “Em Remissão Parcial”.

## COMORBIDADES

Comorbidade é o termo utilizado para indicar a ocorrência de dois ou mais transtornos em uma pessoa, sendo significativamente alta a ocorrência de outros transtornos psiquiátricos em portadores de TDAH. Assim, pela repercussão dos diagnósticos na discussão das terapêuticas e também pela necessidade de tratamento da comorbidade, o reconhecimento precoce e correto desta é importante (MALLOY- DINIZ et al., 2008).

O diagnóstico de TDAH traz consigo o risco de outros transtornos psiquiátricos coexistentes, refutando, assim, as alegações de que o TDAH não passa de um mito e também que é uma condição benigna, a qual, conseqüentemente, não necessita de tratamento (BARKLEY, 2008).

Andrade e Morais (2006) referem-se a que, quando a sintomatologia do TDAH na criança é muito intensa, pode ocasionar dificuldades adaptativas e riscos de surgimento de outros transtornos psiquiátricos. Citam, entre eles, transtorno desafiador e de oposição (19 a 44,2%); transtorno de conduta (10 a 42,7%), transtorno este que pode levar ao uso de drogas, que, empregadas durante a gravidez, podem ocasionar o surgimento do TDAH. Comentam também que o transtorno está associado à precocidade de cerca de 3 anos no uso de drogas, pois 24% dos usuários de droga também o apresentaram na infância, bem como 35% dos usuários de cocaína na vida adulta tiveram o diagnóstico do transtorno na



infância, sendo que destes, 15% mantiveram o diagnóstico na fase adulta.

Knapp et al. (2002) pontuam que as pesquisas mostram uma prevalência em torno de 30 a 50% dos transtornos disruptivos (Transtorno da Conduta e Transtorno Desafiador de Oposição). Também em nosso meio, Rohde e Benczik (1999) encontram uma taxa de comorbidade de 47,8% de transtornos disruptivos em adolescentes com diagnóstico de TDAH. A taxa de comorbidade para depressão é de 15 a 20% e o transtorno de ansiedade está em torno de 25%, enquanto o transtorno de aprendizagem apresenta uma percentagem de 10 a 25%.

O TDAH envolve variados tipos de déficits de habilidades, sendo então necessário o uso de múltiplos tipos de intervenção, abrangendo todo o espectro de dificuldades que a ele estejam associados, sendo a avaliação neuropsicológica importante para a realização do diagnóstico (DUCHESNE; MATTOS, 2001).

Malloy-Diniz et al. (2008) destacam a importância e a dificuldade na elaboração do diagnóstico diferencial do TDAH e do transtorno afetivo bipolar, principalmente na infância e na adolescência, visto que sintomas como irritabilidade, distração, diminuição da atenção e hiperatividade ocorrem em ambos os distúrbios, sendo algumas manifestações clínicas específicas importantes na elaboração do diagnóstico. Nesse sentido, referem-se a algumas diferenças como, por exemplo, a hiperatividade no TDAH é crônica, já no transtorno afetivo bipolar, é episódica. Neste último, também são comuns a grandiosidade, aumento da sociabilidade e hipersexualidade, apresentando maior tendência à ciclicidade e humor disfórico, pressão de discurso, fuga de ideias e sintomas psicóticos.

Sena e Neto (2007) definem algumas patologias que surgem associadas ao TDAH, definição que, por possuir caráter psicoeducativo, reproduzimos na íntegra, conforme o quadro 2.

## **ORIENTAÇÕES**

Conforme já comentado, o TDAH é um transtorno que se caracteriza por ser limitante, com um significativo comprometimento funcional. Duchesne e Mattos (2001) resumem esses comprometimentos: estresse parental e comprometimento das relações familiares; dificuldades significativas no relacionamento interpessoal; dificuldades acadêmicas (para uma significativa parcela dos portadores); aumento da prevalência de acidentes; abuso de álcool, substâncias psicoativas e fumo com maior frequência que o esperado para população em geral; dificuldades em âmbito legal (ex.: em decorrência da irritabilidade, o indivíduo envolve-se em brigas; em decorrência da impulsividade faz uso inadequado do dinheiro, etc.) e maior predisposição para comorbidades psiquiátricas, especialmente os transtornos de humor e de ansiedade.

## COMORBIDADES DECORRENTES DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE/IMPULSIVIDADE

**Transtorno desafiador opositor:** trata-se de uma síndrome cujo comportamento mais frequente é oposição e provocação a figuras de autoridade e a regras sociais, surgindo em certas fases de vida da criança ou do adulto; no entanto, caracteriza-se pela ausência de atos agressivos ou antissociais mais graves. Esse comportamento pode ser considerado normal em certos momentos ou em certas faixas etárias, como na adolescência ou tenra idade, mas, nesta síndrome, ele é exagerado e constante, tornando penosa a tarefa de educar e cuidar do portador.

**Transtorno de conduta antissocial:** o que caracteriza tal síndrome é o desrespeito às regras sociais, cometido de modo impulsivo, agressivo e sem culpa. O portador, apesar de saber das regras, não as deixa de violar, agindo de modo repetitivo, buscando a satisfação imediata de seus desejos, sem se importar com o outro. A agressividade nas relações afetivas e familiares pode estar presente.

**Adições a drogas:** é considerada adicção o uso indevido, habitual e repetitivo de substâncias psicoativas legais ou ilegais.

**Alcoolismo:** na nossa cultura, é comum o uso de bebidas alcoólicas, tornando difícil a diferenciação entre o vício e o uso social. No entanto, pode ser considerado alcoolismo o uso habitual, não controlado e danoso da bebida alcoólica. A ingestão do álcool passa a ser uma necessidade para a realização de tarefas e para a manutenção de estados emocionais satisfatórios ou menos ansiogênicos.

**Transtorno de aprendizagem:** diversas dificuldades de aprendizagem podem acompanhar o TDAH. As mais comuns são as relacionadas ao atraso e déficit de aquisição da fala, leitura e escrita, como dislexia, dificuldades de memorização e concentração.

**Depressão:** caracteriza-se por perda de interesse e prazer, humor deprimido, fadiga persistente, falta de iniciativa e comportamentos caracterizados pela lentidão e descoordenação. A depressão manifesta-se em todos os ambientes frequentados pelo portador, em maior ou menor intensidade.

**Comportamento criminoso:** caracterizado pela violação repetitiva de leis, com comportamento antissocial, desrespeito às regras ou às figuras de autoridade. Do ponto de vista psicológico, não é necessária a condenação legal para a caracterização do comportamento criminoso.

**Quadro 2** - Patologia associada ao transtorno de déficit de atenção e Hiperatividade/Impulsividade. Fonte: Sena e Neto (2007).

Como os portadores de TDAH, geralmente têm uma capacidade diminuída de monitorar as suas ações, ou seja, de prestarem atenção àquilo que estão fazendo, somente identificando as consequências após a execução do comportamento, é importante que sejam treinados para identificarem suas atitudes inadequadas.

Dessa forma, o portador exige o uso de múltiplos tipos de intervenção que contemplem todo o espectro de dificuldades a ele associados o que deve ser interdisciplinar, incluindo profissionais da área da saúde como psicólogos, médicos, fonoaudiólogos, entre outros, e da educação, sendo de fundamental importância a orientação e a participação dos familiares e professores no processo terapêutico.

## **ALGUMAS ORIENTAÇÕES AOS PROFESSORES**

Embora normalmente o portador do TDAH não apresente déficit de inteligência de modo diferenciado da população em geral, o seu desempenho acadêmico pode ficar prejudicado em função dos sintomas apresentados (SENA; NETO, 2007). Da mesma forma que os familiares, os professores precisam entender que os sintomas apresentados geram limitações e precisam saber diferenciá-los também da “má educação”, “intolerância” e “preguiça”, equilibrando as necessidades dos demais alunos com a dedicação que um aluno portador do TDAH necessita (MATTOS, 2007).

Rohde e Benzlik (1999) apresentam algumas sugestões que poderão tornar mais fácil e agradável o trabalho com as crianças, no ambiente escolar (Quadro 3).

Sena e Neto (2007) salientam a importância da utilização de métodos que enfoquem a motivação, adaptados às habilidades específicas do portador e que respeitem o seu limite de manter a atenção. O acompanhamento deve ser realizado em ambiente adequado e que combine com abordagens terapêuticas específicas para os diversos problemas envolvidos. Esses autores ainda comentam sobre a importância de o ambiente ser calmo e com um nível adequado de estimulação, motivando os alunos à realização das tarefas que estejam sendo propostas e que proporcione um controle das situações estressantes. Em seus estudos, ainda arrolam algumas dicas de como ensinar um aluno com TDAH. Dentre essas, destacam-se no Quadro 4.

**TRABALHANDO COM CRIANÇAS COM TDAH**

1. Sente com a criança ou adolescente a sós e pergunte como ela acha que aprende melhor. Frequentemente, ela terá sugestões valiosas.
2. Lance mão de estratégias e recursos de ensino flexíveis até descobrir o estilo de aprendizado do aluno. Isso irá ajudá-lo a atingir um nível de desempenho escolar mais satisfatório.
3. Encoraje uma estrutura para autoinformação e monitoração. A cada semana sente com a criança alguns minutos e dê-lhe retorno sobre como ela está saindo em sala de aula. Ouça a opinião dela sobre os progressos e dificuldades. É necessário que ela seja um agente ativo no processo de aprendizagem.
4. Crie um caderno “casa-escola-casa”. Isso é fundamental para melhorar a comunicação entre os pais e você.
5. Assinale e elogie os sucessos da criança tanto quanto for possível. Ela já convive com tantos fracassos que precisa de toda a estimulação possível que puder obter.
6. Procure afixar regras de funcionamento em sala de aula em lugar visível. As crianças sentem-se seguras sabendo o que é esperado delas.
7. Lembre-se de as regras devem ser breves e claras. Use uma linguagem adequada para o nível de desenvolvimento da criança. Evite sentenças muito compridas.
8. Sempre que possível, transforme as tarefas em jogos. A motivação para a aprendizagem certamente aumentará.
9. Com um adolescente, estimule que ele tome nota dos pontos mais importantes do conteúdo e do que estão pensando. Isso irá ajudá-lo a organizar-se melhor.
10. É difícil para essas crianças escrever à mão. Considere a possibilidade de uso de outras alternativas como a digitação no computador.
11. Elimine ou reduza a frequência de testes cronometrados. Dificilmente na vida real, a criança terá que tomar decisões tão rápidas. Estes testes apenas reforçam a impulsividade desses alunos.
12. Avalie mais pela qualidade e menos pela quantidade das tarefas executadas. O importante é que os conteúdos sejam aprendidos.

**Quadro 3** - Segestões que poderão tornar mais fácil e agradável o trabalho com as crianças, no ambiente escolar. Fonte: Rohde e Benzitk (1999).

**ORIENTAÇÕES ACERCA DO MANEJO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS COM TDAH.**

- No ambiente, deve-se evitar um lugar barulhento, com ruídos frequentes e entra e sai de outras pessoas. O ambiente deve estimular da melhor maneira possível, utilizando-se materiais didáticos variados em termos de cores, formas e tamanhos, para que o aluno possa manuseá-los;
- para o estabelecimento de um bom vínculo, procure ouvir o que o aluno tem a dizer, seus objetivos, expectativas e medos;
- auxiliar o aluno, preestabelecendo regras, objetivos, tempo e limites, pois o planejamento para alunos com TDAH pode constituir uma tarefa complicada;
- repetir as regras, várias vezes, de forma clara e objetiva, pedindo para o aluno falar o que entendeu sobre o que acabou de ouvir;
- evitar pressionar o aluno com relação ao tempo, como, por exemplo, dizer “ande rápido, seu tempo está se esgotando”, entre outras expressões;
- deixar sempre alguns minutos a mais para qualquer imprevisto e avisar o aluno quando estiverem faltando poucos minutos para acabar a tarefa proposta;
- é importante dar intervalos de 5 minutos a cada 40 minutos de trabalho, para que o aluno possa movimentar-se, por exemplo, ir beber água e ir ao banheiro;
- mudanças devem ser avisadas com antecedência, para que o aluno possa reorganizar-se;
- as tarefas devem ser realizadas por etapas e em passos pequenos, sendo executadas com o acompanhamento do professor, sempre que possível;
- é importante para o processo de aprendizagem do aluno, o uso de marcadores de texto, gráficos, figuras, mapas, jogos, músicas, listas de lembretes e *softwares* interativos;
- elogiar o aluno por seus avanços no processo de aprendizagem e sempre encorajá-lo a continuar progredindo;
- pedir para o aluno fazer pequenos favores como, por exemplo, dar um recado ou buscar algo em outro lugar;
- sempre que possível, o educador deve usar o lúdico e a novidade, para despertar a atenção e o interesse do aluno portador de TDAH;
- para uma boa memorização do aluno, usar dicas, macetes, lembretes, despertador e músicas com letras referentes ao tema da aprendizagem;
- evitar corrigir a falta de atenção do aluno portador diante de outras pessoas, pois ele poderá reagir de forma distante ou agressiva;
- o aluno portador de TDAH deverá sentar-se próximo ao professor, evitando ficar perto das janelas ou portas, devido à sua distração com estímulos externos;
- incentivar o aluno a desenvolver atividades coletivas e o espírito de equipe.

**Quadro 4** - Orientações de como ensinar alunos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade. Fonte: Sena e Neto (2007).

Dessa forma, torna-se de grande relevância que se tenha um entendimento completo dos critérios diagnósticos do TDAH e das diferentes formas com que este se manifesta, corroborando a ideia de Rohde e Benczik (1999). Estes comentam que, muitas vezes, o diagnóstico é feito tardiamente, ocorrendo então lacunas de aprendizagem que necessitam ser abordadas, visando à reconstrução das habilidades e conteúdos, necessitando essa ser feita por um profissional especializado: psicopedagogo ou fonoaudiólogo. Segundo os autores, o tratamento dos sintomas ou de reforço dos conteúdos não é suficiente para resolver as sequelas da aprendizagem. Às vezes, com o objetivo de prevenção de novas lacunas da aprendizagem, conjuntamente ou após o atendimento psicopedagógico, faz-se necessário um acompanhamento pedagógico feito pelo professor.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Embora haja atualmente bastante discussão sobre a TDAH, ainda se percebe-se que o conhecimento sobre o transtorno, origem, sintomas, suas implicações sobre a aprendizagem e efeitos sobre os relacionamentos interpessoais ainda são insuficientes para evitar equívocos em “diagnósticos” e atitudes em relação a seus portadores.

Estudos mostram, cada vez mais, o caráter limitante deste transtorno, fazendo com que o sofrimento dele decorrente seja significativo e aumente ainda mais em virtude da falta de compreensão. Se este é o “rotulo atual”, como refere Barkley (2008), é necessário que, cada vez mais, se intensifique não somente a divulgação sobre o transtorno, mas que também esta temática esteja mais presente nos cursos de formação de profissionais da área da saúde e da educação. A partir de então, estes poderão orientar a família dos portadores, principalmente considerando que um diagnóstico de TDAH implica ações tanto da escola, quanto dos familiares não somente no processo educativo, mas também em âmbito terapêutico.

O termo não é recente e, provavelmente, o grande número de diagnósticos que hoje encontramos seja reflexo de uma sociedade caracterizada pelo individualismo e pelo imediatismo no resultado das ações. Essas características levam o ser humano a ter pouca empatia, procurando, de forma às vezes simplificada, explicações para comportamentos disfuncionais, desconsiderando inúmeros fatores relacionados ao desenvolvimento: pessoais, econômicos, sociais e culturais que melhor explicariam esses comportamentos.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Ê. R. de; MORAIS, R. M. C. B. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. In: ABREU; COLS. **Síndromes psiquiátricas**: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)**: manual para diagnóstico e tratamento. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Trad. Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DUCHESNE, M.; MATTOS, P. Tratamento do Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e impulsividade. In: RANGE, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001.

KNAPP et al. **Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: Manual do Terapeuta. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MALLOY-DINIZ, L. F. et al. Neuropsicologia no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. In: FUENTES, D.; COLS. **Neuropsicologia**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MATTOS, P. **No mundo da lua**: perguntas e respostas sobre o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. 7. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2007.

PLISZKA, S. R. **Neurociência para o clínico de saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIESGO, R.; ROHDE, L. A. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. e colaboradores. **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 2004

ROHDE, L. A. P.; BENCZIK, E. B. P. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**: o que é? Como ajudar?. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 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: Artmed, 1997.

SENA, S. da S.; NETO, O. D. **Distraído e a mil por hora**: guia para familiares, educadores e portadores de déficit de atenção/hiperatividade. Porto Alegre: Artmed, 2007.

