

UMA REVISÃO TEÓRICA SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) E ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS DE ATENDIMENTO AO ALUNO COM TDAH

A Theoretic Review on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Educational Strategies to Assist Students with ADHD

*Patrícia Villa da Costa Ferreira*¹

Resumo

Este artigo visa realizar uma revisão das diferentes abordagens sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e apresentar os programas de apoio disponibilizados nos Estados Unidos e no Brasil aos indivíduos com estas características, como também, apresentar algumas estratégias educacionais de atendimento a este grupo de alunos. A educação deve procurar alternativas na busca da inserção social e escolar de número crescente de alunos, procurando contornar situações sociais, culturais e econômicas adversas aos padrões de ensino propostos pelo sistema educacional tradicional. No contexto atual são recorrentes situações de alunos com dificuldade de aprendizagem e baixo rendimento acadêmico. Inseridos neste grupo, estão os alunos que apresentam características do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH, que vivenciam em seu cotidiano condições desfavoráveis a seus processos de desenvolvimento e aprendizagem, resultando frequentemente em conflitos de ordem socioafetiva e cognitiva que podem conduzir ao fracasso escolar. Esses alunos exibem características como alto grau de energia, curiosidade e pensamento divergente, também presentes no indivíduo criativo, o que ocasiona forma singular e própria de lidar com o conhecimento e de aprender.

Palavras-chave: TDAH, educação, treinamento de professores

Abstract

This article aims to present a review of the different approaches in relation to Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and provides the support programs available in the United States and in Brazil to individuals with these characteristics. In addition, it presents some educational strategies available to this group of students. Education must seek alternatives in the pursuit of social and academic inclusion of an increasing number of students, trying to work around social, cultural and economic situations adverse to the educational standards offered by the traditional educational system. In the present context, one may observe the recurrent situation of students with learning disabilities and low academic performance. Within this group there are students who exhibit Attention Deficit Disorder and Hyperactivity - ADHD characteristics. They experience unfavorable conditions to their development and learning process in their daily lives, often resulting in cognitive and social-affective conflicts, which may lead to academic failure. These students exhibit characteristics such as high energy, curiosity and divergent thinking, they also present in the creative individual, which leads to a singular way to deal with knowledge and learning.

Keywords: ADHD, education, teacher training

¹ Instituto de Psicologia. UnB- Universidade de Brasília. Contato: SQN 111, BLOCO D, APT: 105. E-mail: patriciavilla2004@yahoo.com.br

1 - DIFERENTES ABORDAGENS SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

A desordem de déficit de atenção recebeu diversas denominações ao longo do tempo. A terminologia Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), como foi proposta pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais (DSM-IV-TR) da *American Psychiatric Association* (2002), expressa uma condição neurobiológica, caracterizada por níveis de desenvolvimento não apropriados de atenção, comportamento hiperativo e impulsividade. O TDAH trata de um quadro multifacetado resultante tanto do aparato biológico do indivíduo, quando da interação desse indivíduo com o seu meio.

Segundo o DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais), existem três subtipos de TDAH. O subtipo combinado, considerado o mais frequente, é caracterizado pelo comportamento hiperativo, impulsivo e agitado, associado à falta de atenção. No segundo subtipo, o aspecto predominante é a falta de atenção. Indivíduos com esse tipo desviam facilmente a atenção do que estão fazendo e cometem repetidos erros em decorrência de prestarem pouca atenção aos detalhes da tarefa. Essa condição é geralmente negligenciada e considerada como estado de devaneio e desorganização. Alunos com essas características são discretos, retraídos, fáceis de serem controlados, mas conseguem aprender pouco. No terceiro subtipo predomina a hiperatividade, a agitação e a impulsividade, similar ao descrito no primeiro subtipo. Esses indivíduos são muito inquietos, tendem a fazer muitas atividades ao mesmo tempo, possuem baixo nível de tolerância e não sabem lidar com frustrações, além de apresentarem comportamento explosivo.

Rappley (2005) resumiu os critérios adotados para o diagnóstico do TDAH, com base nas informações estabelecidas pelo DSM-IV-TR (APA, 2002).

Tabela 1 - Critérios para o diagnóstico do TDAH, adaptados do DSM-IV-RT (APA, 2002; Rappley, 2005) - Ver no final

A literatura científica apresenta diversas explicações ou descrições do TDAH com base nos estudos de especialistas e pesquisadores da área. As mais citadas e frequentes são:

1. O TDAH como uma desordem de comportamento com base neurológica, caracterizada por graus diferenciados de falta de atenção, impulsividade e, em alguns casos, hiperatividade (*Children and Adult with Attention Deficit Disorder* - CHADD, 2001).

2. O TDAH como resultado de uma desordem cerebral, originando-se de diferenças no Sistema Nervoso Central (CNS). Segundo essa visão, os indivíduos com características de TDAH possuem uma disfunção em uma área frontal do cérebro conhecida como região orbital frontal, uma das regiões cerebrais mais desenvolvidas no ser humano, responsável pela inibição do comportamento, pelo controle da atenção, pelo planejamento futuro e pelo autocontrole. Quando essa região tem o seu funcionamento comprometido, o indivíduo passa a enfrentar muitas dificuldades, entre as quais problemas de concentração, memória, hiperatividade e impulsividade (Amorim, 2007).

3. O TDAH como uma desordem do desenvolvimento do autocontrole. Nesse caso, o TDAH é um problema que resulta em períodos de falta de atenção, comprometendo o controle dos impulsos e as atividades realizadas (Barkley, 2000).

Todo traço considerado "anormal" é simplesmente o reflexo de uma linha muito fina em um *continuum*.

... todos nós apresentamos certo grau desse traço de TDAH, e aqueles diagnosticados com TDAH simplesmente representam o extremo. ... A evidência atual sugere que a maioria das pessoas com TDAH apresenta mais uma forma de transtorno natural ou de desenvolvimento do que uma condição patológica ou doença. (Barkley, 2002, p.90)

Um estudo publicado no *World Psychiatry Journal* (Faraone, Sergeant, Gillberg & Biederman, 2003) investigou se a prevalência do TDAH seria apenas uma condição existente nos Estados Unidos, pois uma em cada 20 crianças apresentava aspecto comportamental característico do TDAH. Tal dúvida surgiu em decorrência de resultados de pesquisas conduzidas ao longo de 40 anos, que apontavam o TDAH como uma desordem de caráter presente muito mais entre os povos norte-americanos do que em outros locais do mundo. Questionou-se a possibilidade de essa percepção ser originária de fatores exclusivos da sociedade norte-americana. Foram analisados 50 estudos realizados entre 1982 e 2001, publicados no site MEDLINE. Desse estudos, 20 foram feitos com amostras da população oriunda dos Estados Unidos e 30, com outras populações. As análises apontaram alta prevalência de características do TDAH em ambos os grupos, especialmente quando o diagnóstico foi realizado com base nos critérios do DSM-IV. O reconhecimento de que o TDAH não era uma desordem do comportamento presente exclusivamente na sociedade norte-americana gerou implicações importantes nos cuidados médicos, e nas medidas educacionais e sociais, além de interesse psiquiátrico pelas crianças com características de TDAH.

Prosser (2006) chama a atenção para o fato de que na Austrália o TDAH é a desordem psiquiátrica mais frequentemente diagnosticada em crianças em ida-

de escolar. Outros pesquisadores lembram também que o TDAH não é uma condição incontestável (Taylor, O'Donoghue & Houghton, 2006) e que os debates sobre suas origens e características continuam (Tait, 2005). Entretanto, as dificuldades que os alunos com o transtorno apresentam no contexto de sala de aula são reais. Vários pesquisadores ressaltam o TDAH como sendo um dos responsáveis pela dificuldade de aprendizagem em ambientes de ensino, pelo baixo desempenho acadêmico, por comportamentos de risco social e por dificuldades emocionais (Leroux & Levitt-Perlman, 2000; Moon, Zentall, Grskovic, Hall & Stormont-Spurgin, 2001).

Moon (2002) afirma que as crianças com características do TDAH são emocionalmente imaturas, isoladas pelo grupo, rejeitam os colegas e geram estresse na família e escola. Contudo, sabe-se que essas crianças são capazes de aprender, mas têm dificuldade em obter boas notas na escola devido ao impacto adverso que os sintomas do TDAH têm sobre sua produtividade e seu desempenho escolar. Woolfolk (2006) afirma ser frequente o relato de professores quanto à presença de alunos com TDAH em sala de aula. A autora enfatiza ainda que uma das principais dificuldades dos alunos com TDAH é obedecer a um código disciplinar rígido, aliado ao comportamento agitado em sala de aula, o que resulta na interrupção da aula e na insatisfação por parte do professor.

Além disso, esse grupo de alunos apresenta traços como desatenção em tarefas e atividades lúdicas, recusa em seguir instruções e terminar tarefas escolares, dificuldade de organização e resistência em se envolver com tarefas que exijam esforço mental constante. Também são recorrentes o esquecimento, a perda de objetos e a distração com estímulos alheios à tarefa. Aliados a esses aspectos, alunos com TDAH demonstram agitação corporal e dificuldade de se manterem sentados, falam em demasia, interrompem a fala do professor e

dos colegas e não conseguem aguardar a vez para participar das atividades propostas em sala de aula.

Um estudo conduzido por Rapport, Scalan e Denney (1999) indicou que os alunos com TDAH são mais vagarosos em relação à aprendizagem. Esses alunos apresentam dificuldades em manter e fixar a atenção, dificuldades com a leitura e a escrita, além de dificuldades visomotoras. Tais circunstâncias reforçam o mito do aluno preguiçoso, visto pelo ambiente escolar e familiar como improdutivo e pouco motivado, dificultando ainda mais o processo de aprendizagem (Barkley, 2002; Tonelotto, 2003).

Diante desse quadro, não se pode esquecer de que esses alunos estão protegidos pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – nº. 9394, de 20 de dezembro de 1996 (Brasil, 1996), especialmente em seu artigo 59, que dispõe sobre as obrigações dos sistemas de ensino com relação à educação dos alunos com necessidades especiais, entre as quais o TDAH. Nesse sentido, espera-se que o professor, além do domínio das habilidades específicas, como conhecimentos básicos de psiquiatria infantil e psicologia do desenvolvimento, consiga fazer as adaptações necessárias, apesar do pouco apoio e da pouca informação que recebe.

A associação do TDAH com problemas de aprendizagem gera informação distorcida em virtude de equívocos e indefinições relacionadas ao que seja dificuldade de aprendizagem e baixo desempenho escolar. A dificuldade na realização de uma tarefa presume falta de capacidade para compreensão de determinados conteúdos. No caso do TDAH, a falta de atenção em relação ao conteúdo acadêmico pode ocasionar desempenho insuficiente nas tarefas designadas, embora as habilidades para a realização das tarefas estejam presentes. Os estudos realizados sobre a relação do TDAH e dos problemas acadêmicos não diferenciam se a deficiência é na habilidade para aprender ou somente restrita

ao desempenho acadêmico (Barkley, 2002; Pastor & Reuben, 2002). Uma das hipóteses para essa situação seria a inadequação da metodologia utilizada nas pesquisas.

Por outro lado, vários pesquisadores compõem uma corrente oposicionista à ideia do TDAH como transtorno. Diante de incertezas e debates, eles reconhecem o TDAH como um conjunto de características que podem ser vistas como necessárias, adaptativas, um dom ou talento a ser desenvolvido (Baum, Olenchak, & Owen 1998; Hartmann, 2003; Honos-Webb, 2005; Lovecky, 2004; Rief 2005). Apesar de poder ser julgada ousada ou prematura, esta corrente enfatiza o TDAH como uma diferença e não um déficit, buscando alternativas de trabalho e soluções que, de fato, possam trazer um ganho para a população de indivíduos com tais características.

Honos-Webb (2005) considera a presença de características do TDAH uma diferença que eventualmente irá se sobressair no ambiente educacional e que, como qualquer outra diferença, causará transtornos, uma vez que os indivíduos com tais características tendem a apresentar comportamentos diferentes daqueles esperados. A autora propõe uma mudança de concepção acerca do TDAH e sugere um conjunto de exercícios e técnicas a serem utilizadas na educação dessas crianças, a fim de que as características ou diferenças apresentadas sejam apreciadas e reconhecidas como talentos. Além disso, ela alerta para o abuso na prescrição de medicamentos que inibem a criatividade e a curiosidade intelectual. Acrescenta que ainda não há dados científicos sobre os efeitos a longo prazo do uso de medicamentos em crianças à base de metilfenidato, componente básico utilizado no controle do TDAH.

2 - USO DE MEDICAMENTOS E PREVALÊNCIA DO TDAH

Muitos pesquisadores têm apontado o uso e a prescrição abusiva de medi-

camentos psicotrópicos no tratamento do TDAH (DuPaul & Stoner, 2007; Guevara, Lozano, Wickizer, Mell & Gephart, 2002; Safer & Zito, 2000; Zito & cols., 2003). Os psicotrópicos são estimulantes que atuam elevando os níveis de dopamina no cérebro. A dopamina, por sua vez, é um neurotransmissor associado à motivação, ao prazer, à atenção e ao movimento. Assim sendo, os estimulantes não só elevam a concentração e o foco como também reduzem os comportamentos impulsivos e a hiperatividade.

Só nos Estados Unidos, aproximadamente 1,5 milhão de crianças é tratado com medicamentos à base de metilfenidato (Safer & Zito, 2000). Davison (2001) afirma ter encontrado salas de aula com mais de 40% de alunos sob efeito de psicoestimulantes para o tratamento do TDAH. O uso de medicamentos cresceu substancialmente nas últimas duas décadas, especialmente entre os alunos da pré-escola e do ensino médio (Olfson, Marcus, Weissman & Jensen, 2002; Safer & Zito, 2000). Os pesquisadores Safer e Zito afirmam que o tratamento com medicamentos leva, em média, de dois a sete anos, dependendo da idade da criança. Os efeitos do uso desses medicamentos a longo prazo ainda não são claros e os pesquisadores se mostram preocupados com aspectos como as consequências do uso de estimulantes no cérebro em formação, e com o surgimento de problemas cardíacos, glaucoma, hipertensão arterial e hipertireoidismo.

O uso de estimulantes pode gerar reações adversas como: dificuldade para dormir, inapetência, dores de cabeça, tiques nervosos, tontura, problemas estomacais e taquicardia, retardamento do crescimento entre outros, como observado no estudo realizado por Carlini, Nappo, Nogueira, e Naylor (2003). Nessa pesquisa, que contou com a participação de 892 médicos, entre eles neurologistas e psiquiatras, investigou-se a prescrição do metilfenidato para o tratamento das características do TDAH por meio de um questionário elaborado para

o estudo. A maioria dos médicos relatou a ocorrência esporádica de reações adversas graves como dor de cabeça, emagrecimento, inapetência, hiperexcitabilidade, taquicardia, entre outras. Apenas seis médicos relataram casos que poderiam levar à suspeita de dependência do medicamento no caso de uso mais prolongado.

Um estudo realizado por El-Zein e cols. (2005) com 12 crianças que usaram o metilfenidato por um período de três meses de tratamento apontou significativa alteração nos genomas dessas crianças, causando preocupação em relação aos efeitos carcinogênicos potenciais. Por outro lado, em uma pesquisa realizada com 63 crianças que fizeram uso de medicamentos ao longo de três meses sem interrupção constatou-se que o metilfenidato e a anfetamina não induzem dano citogenético nos linfócitos de crianças com TDAH (Witt & cols., 2008).

Furman (2008) ressalta que os efeitos secundários do uso de medicamentos são pouco estudados, como também pouco ainda se sabe em relação à percepção das crianças que fazem uso desses tratamentos. O estudo realizado por Klimkeit e cols., (2006) com 65 crianças entre 6 e 14 anos de idade, gerou um relatório descritivo dos sentimentos e comportamentos de crianças de escola primária diagnosticadas com o TDAH e apontou que entre 12,7% a 18,8% relataram se sentir pior com o uso contínuo de estimulantes para o tratamento do TDAH.

Alguns pesquisadores defendem o uso de psicotrópicos e afirmam que os riscos do uso de medicação no tratamento de casos de TDAH são mínimos (Brown, 2005; Rief, 2005). Brown afirma que apesar de não representar uma cura, o tratamento com medicamentos tem-se mostrado seguro e eficaz em aliviar os sintomas de 80% a 90 % das crianças, dos adolescentes e adultos que apresentam TDAH. Os efeitos dos estimulantes auxiliam o funcionamento diário desses indivíduos nos níveis pessoal e acadêmico.

Nos Estados Unidos, o Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) apoiou um estudo de tratamento multimodal (tratamento combinando de diferentes abordagens) de crianças com TDAH, com a participação de 579 alunos do ensino fundamental, previamente diagnosticados e randomicamente selecionados (Furman, 2008). Esses alunos foram recrutados para um dos quatro programas de tratamento disponibilizados: (a) somente o uso de medicamento; (b) apenas o uso de terapia comportamental; (c) uma combinação de ambos os tratamentos citados anteriormente; (d) cuidado comunitário de rotina. Todas as crianças foram avaliadas regularmente durante o período da pesquisa. O estudo mostrou que, após 36 meses, os quatro grupos, com ou sem o uso de medicamentos estimulantes, apresentaram melhoras e poucas diferenças entre si.

Contudo, o grupo exposto exclusivamente à terapia medicamentosa apresentou uma melhora acentuada em relação aos sintomas do TDAH entre o 24º e o 36º mês do tratamento se comparado aos grupos que não receberam qualquer medicação, os quais apresentaram níveis mais elevados de delinquência no mesmo período. Os resultados observados são contrários ao paradigma ortodoxo do TDAH como sendo uma doença neurobiológica que pode ser mais bem tratada com estimulantes. Segundo Furman, esses resultados sugerem a necessidade de métodos terapêuticos mais rigorosos e diagnósticos mais claros.

No Brasil, a ocorrência do TDAH não é a mesma citada na literatura internacional, isto é, entre 3% a 5% dos alunos em idade escolar, com predominância das crianças do sexo masculino sobre as do sexo feminino (Benczik, 2000a). O índice de alunos diagnosticados com características do TDAH nos estudos realizados no Brasil excede os índices norte-americanos.

Em estudo realizado com 774 alunos do ensino fundamental de escolas públicas e particulares da cidade de Salvador, verifi-

cou-se que 6,7% apresentavam alta probabilidade de apresentar o distúrbio (Freire & Pondé, 2005). O instrumento utilizado foi a Escala de TDAH - versão para professores - e cujos resultados mostraram que os casos mais severos do subtipo hiperativo-impulsivo prevalecente em crianças do sexo feminino, ao passo que o tipo desatento predominou em crianças do sexo masculino. Portanto, apesar de esse estudo apresentar percentual compatível com os encontrados em estudos internacionais, é importante ressaltar a prevalência de crianças do sexo feminino nos casos mais severos do subtipo hiperativo-impulsivo.

Já um estudo conduzido por Vasconcelos, Werner e Malheiros (2003), com todos os 403 alunos de uma única escola pública de ensino fundamental, incluindo todas as classes de alfabetização até o quinto ano, identificou 69 crianças (17,1%), sendo 45 (65,2%) do gênero masculino e 24 (34,8%) do gênero feminino diagnosticadas com TDAH. A frequência de alunos caracterizados com a predominância de falta de atenção foi de 39,1%, enquanto 37,7% apresentaram o tipo combinado de TDAH, ou seja, falta de atenção e hiperatividade, e 23,2% dos alunos foram caracterizados apenas como hiperativos. No geral, o número de crianças que apresentaram características do TDAH foi quatro vezes superior àquele citado na literatura estrangeira.

O estudo conduzido por Fontana, Vasconcelos, Werner, Góes e Liberal (2007) com 461 alunos de 1ª a 4ª séries (atualmente denominados 2º e 5º anos respectivamente) de quatro escolas públicas brasileiras, corrobora os resultados de Vasconcelos, Werner e Malheiros (2003) no que diz respeito ao gênero. A prevalência de TDAH foi de 13%, com a proporção de dois alunos do gênero masculino para um do gênero feminino.

Considerado o distúrbio do neurodesenvolvimento mais comum na infância, o grande interesse pelo TDAH é justificado. Porém, ficam evidentes nos estudos mais

recentes taxas de prevalência superiores àquelas inicialmente citadas em publicações científicas. Vasconcelos, Werner e Maheiros (2003), por exemplo, conduziram um estudo em uma única escola pública de ensino fundamental em Niterói, no Rio de Janeiro, com todos os alunos das classes de alfabetização até a quarta série (5º ano, segundo a nova nomenclatura) distribuídos em 21 turmas. De um total de 572 alunos, 403 tiveram questionários respondidos pelos seus professores e responsáveis. Os questionários eram compostos de 18 itens que descreveram sintomas de TDAH estabelecidos pelo DSM-IV. Dentre eles nove eram quesitos para desatenção e nove eram para hiperatividade/impulsividade. A presença de pelo menos seis de nove quesitos positivos sugeria a presença de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade. Cento e oito crianças alcançaram a pontuação mínima para satisfazer o critério de TDAH, o que representa 26% da amostra participativa.

O transtorno do déficit de atenção e hiperatividade é um problema de saúde com implicações no desempenho escolar, além de problemas psicológicos e sociais (Mattos & cols., 2006; Poeta & Rosa-Neto, 2004). É importante ressaltar a necessidade de estudos focados em outros períodos de desenvolvimento além da infância pois, segundo Hechtman (2000), o TDAH acarreta comorbidade continuada na adolescência (85% das crianças) e na idade adulta (50% a 70%).

Ademais, a identificação de um aluno com características do TDAH pode ser parcialmente justificada em função da lacuna que existe entre o comportamento de uma criança ou de um adolescente e as expectativas que pais e professores possuem em relação ao comportamento de filhos e alunos. Assim sendo, se a criança ou o jovem não estiver apresentando os comportamentos compatíveis com o nível de desenvolvimento no qual se encontra, pode ser rotulado como portador de uma desordem

como o TDAH. Desse modo, ao se realizar um diagnóstico de TDAH, é importante diferenciar os sintomas dessa condição de comportamentos próprios da idade em crianças ativas, tais como agitação, alto nível de energia e fala excessiva. Davison (2001) questiona a maneira pela qual o diagnóstico de TDAH é realizado. Segundo ele, esses diagnósticos são frequentemente interpretações subjetivas de pais e professores sobre os comportamentos das crianças.

Recentemente, o estudo de Gomes, Palmi, Barbirato, Rohde e Mattos (2007) abrangendo 2.117 indivíduos com idade mínima de 16 anos, além de 500 educadores, 405 médicos (128 clínicos gerais, 45 neurologistas, 30 neuro-pediatras, 72 pediatras e 130 psiquiatras) e 100 psicólogos de diferentes cidades brasileiras, indicou que mais de 50% dos entrevistados acreditavam que a medicação para o TDAH causava dependência e que a presença de características do TDAH seria proveniente da limitada participação dos pais na educação dos filhos. O estudo revelou que os entrevistados, de maneira geral, acreditavam que a prática esportiva seria melhor do que o uso de drogas medicamentosas para o tratamento de indivíduos nessa condição específica e que o uso de medicação psicotrópica era dispensável.

Mais de 50% dos educadores participantes do estudo corroboraram a crença de que o TDAH resultava da negligência dos pais no acompanhamento educacional dos filhos e que a psicoterapia seria suficiente para o tratamento dos indivíduos diagnosticados. Os profissionais também afirmaram que a prática esportiva poderia substituir o uso de medicação específica. Mais da metade dos psicólogos acreditavam que a psicoterapia seria suficiente para a obtenção de bons resultados. Por fim, mais de 50% dos pediatras e neurologistas relataram que o TDAH resultava da ausência dos pais no processo de desenvolvimento social e acadêmico dos filhos. No geral, os resultados

demonstraram a necessidade urgente de treinamento profissional e de informação e atualização de pais e das escolas sobre às questões relacionadas ao TDAH.

Conforme apontado nos estudos apresentados anteriormente, o crescimento do número de crianças e jovens com características do TDAH é preocupante e cercado de incertezas, o que justifica o interesse de estudos na área com o objetivo de se compreender melhor a relação desse fenômeno com outros como criatividade e aprendizagem. Os resultados desses estudos podem levar os pesquisadores à elaboração de protocolos de intervenção que auxiliem professores e pais no manejo de técnicas de ensino que venham a facilitar os processos de aprendizagem e favorecer a socialização de alunos com e sem TDAH.

Segundo Barkley (2002), o TDAH é uma desordem do desenvolvimento do autocontrole ou da falta de habilidade para inibir o comportamento. Nesse sentido, o TDAH é uma condição existente que resulta em agitação e em períodos de falta de atenção a determinados aspectos, comprometendo o controle dos impulsos e as atividades realizadas, principalmente em ambiente escolar. Corea (2005) afirma que o meio e as solicitações por ele impostas, saturados de estímulos de todos os níveis, levam o indivíduo a apresentar respostas defensivas de desconexão e dispersão, resultando no que a literatura intitula de hiperatividade. Sem dúvida, é um cenário que precisa ser mais bem compreendido para que se busque alternativas que facilitem o processo de desenvolvimento acadêmico e social dos alunos que apresentam o transtorno.

Com o objetivo de oferecer apoio médico, psicológico e educacional aos indivíduos com TDAH, distintos programas de intervenção têm sido desenvolvidos em várias partes do mundo. Nas seções seguintes são apresentados alguns programas, implementados nos Estados Unidos e no Brasil, resultado de um esforço conjunto de médicos, escolas e pais.

3 - PROGRAMAS DE APOIO A INDIVÍDUOS COM TDAH NOS ESTADOS UNIDOS

Programas específicos têm sido implementados nos Estados Unidos para auxiliar indivíduos com sintomas do TDAH e, segundo Rief (2005), obtiveram resultados positivos. Entre eles, destacam-se: O Modelo de Utah, o Projeto para Desordens Relacionadas à Atenção (PARDA) e o Modelo Colaborativo de Cuidados em Tulsa, Oklahoma.

O Modelo de Utah, conduzido em Salt Lake City, tem os seguintes objetivos: manter os pais, as escolas e os médicos corretamente informados sobre as características e a avaliação do TDAH; padronizar os procedimentos adotados pelas comunidades (bairros, escolas, clubes e igrejas) no atendimento aos indivíduos com características do TDAH e promover a comunicação entre pais, escolas e médicos envolvidos no tratamento das crianças que apresentam essa condição (Rief, 2005); esclarecer os papéis que as escolas, os pais e médicos desempenham no cuidado desse grupo específico de crianças e monitorar os efeitos de tratamento realizado com medicamentos. O modelo busca também encorajar o desenvolvimento de planos de tratamento multimodal a longo prazo que reconheçam o TDAH como uma questão crônica de saúde. Um tratamento multimodal inclui múltiplos elementos que atuam melhor quando utilizados de forma integrada. Essas várias intervenções ou esses modos de tratamento se complementam e produzem os melhores resultados em crianças e jovens com características do TDAH (Rief, 2005). As modalidades desse tipo de abordagem são: (a) educação de pais e do próprio indivíduo em relação ao diagnóstico e ao tratamento do TDAH; (b) técnicas específicas de controle comportamental; (c) medicação estimulante; (d) programas educacionais apropriados e apoio.

Foram desenvolvidos três manuais com informação acerca do TDAH: um para

os pais, outro para as escolas e um terceiro para os médicos. Os manuais contêm informações gerais sobre o TDAH como sintomas e subtipos dessa condição, informação sobre os procedimentos específicos a serem adotados nas primeiras e subsequentes visitas ao médico, critérios de diagnóstico do transtorno e um guia clínico prático.

O projeto PARD, por sua vez, foi criado em 1989 em resposta às frustrações e ao desconhecimento de educadores, profissionais, pais e comunidade para ensinar um grande número de crianças com características do TDAH (Rief, 2005). O modelo foi implementado na cidade de San Diego, Califórnia, e fomenta a cooperação entre as organizações comunitárias, as agências de saúde, as escolas e as famílias. O programa tem como objetivo o aumento de conhecimento e a informação dos indivíduos ou profissionais que interagem com crianças e jovens que apresentam características do TDAH, melhorando, assim, os serviços prestados em escolas e hospitais. Além disso, o programa mantém um sistema único de identificação, avaliação e tratamento das crianças com TDAH nas escolas.

Várias ações foram executadas como parte do programa. O Departamento de Serviços da Saúde de San Diego organizou um grupo itinerante de profissionais escolares devidamente treinados, composto de uma enfermeira, um psicólogo e um conselheiro distrital², para atuar como consultor nas escolas.

Outra contribuição foi a publicação de um manual com informações, ferramentas de avaliação e de assistência ao aluno com TDAH e estratégias a serem utilizadas com esse grupo de crianças. As enfermeiras escolares foram capacitadas para atuar na avaliação e ser responsáveis pelo encaminhamento das crianças aos médicos. Os conselheiros e psicólogos escolares foram

também preparados para trabalhar pelo desenvolvimento das habilidades sociais dessas crianças e dar suporte às famílias. Aos professores e administradores foram oferecidos vários seminários, cursos e treinamentos sobre o TDAH.

Inicialmente o projeto PARD visava atender apenas crianças provindas de famílias de baixa renda com necessidades médicas e sem acesso a tratamento algum. Mas, devido ao sucesso em relação ao diagnóstico e ao tratamento de crianças com características do TDAH, o projeto foi ampliado para todo o sistema educacional local e demandou a realização de uma pesquisa para a avaliação dos resultados gerados (Williams, Horn, Daley & Nader, 1993). Os pesquisadores investigaram efeitos do projeto em 110 crianças identificadas por seus professores como possuidoras de características do TDAH e convidadas a ingressar no programa entre os anos de 1990 e 1992. O estudo apresentou resultados que confirmaram a possibilidade de implementação do PARD em larga escala e apontaram ganhos para a vida desses indivíduos tais como: diminuição na manifestação de comportamentos antissociais, fortalecimento das relações sociais entre colegas e diminuição do insucesso escolar. O projeto PARD continua a ser amplamente utilizado em San Diego. Mais de 2.200 alunos já foram beneficiados com o uso de seus materiais, atendimento médico e aconselhamento e apresentaram modificação positiva de comportamento (Rief, 2005).

O Modelo Colaborativo de Cuidados (Rief, 2005), conduzido em Tulsa, Oklahoma, é um modelo de colaboração entre escola e clínica para alunos diagnosticados com características do TDAH. Possui uma dimensão menor do que os dois apresentados anteriormente e conta com a parceria de professores, alunos e famílias da Escola

² O sistema educacional brasileiro não possui o papel do conselheiro distrital (*district counselor*) que, no sistema de ensino americano é representado pelo educador profissional certificado, cujo trabalho se resume na promoção de sucesso educacional por meio de apoio ao desenvolvimento de habilidades acadêmicas, habilidades interpessoais e autoconhecimento. Esses conselheiros também auxiliam os alunos na tomada de decisão, resolução de problemas, na autoestima, nas metas de ensino, e oportunidades educacionais.

de Ensino Elementar Kendall-Whitier, do jardim de infância a 4ª série (1º ao 5º ano do ensino fundamental), a Clínica Pediátrica da Universidade de Oklahoma e os serviços diretos oferecidos na escola por um assistente social clínico licenciado. Esse assistente não é funcionário da escola, mas ligado a uma agência de saúde mental da comunidade, a *Family and Children's Services Inc.* (F&CS). A agência financiou esse assistente social para atender às necessidades de crianças que apresentem os sintomas de TDAH nessa escola e também expandiu os serviços para uma escola de 5ª a 8ª séries (6º ao 9º anos).

Qualquer aluno que seja encaminhado por um grupo multidisciplinar da escola, também chamado de *Care Team*, pode ser atendido pela assistente social para uma avaliação das condições familiares e sociais da criança. A assistente atende grupos de no máximo 6 alunos, separados por níveis que vão do jardim de infância até a quarta série (1º ao 5º anos), ou em grupos de alunos de 5ª a 8ª série (6º ao 9º anos). Contudo, alguns alunos são atendidos individualmente, por solicitação da escola ou porque não há um grupo que possam frequentar. Atualmente, muitos alunos aguardam avaliação e consulta médica para então poder participar em um dos grupos de atendimento. Os pais também são encaminhados à Clínica Pediátrica ou a outros centros de saúde quando a escola solicita uma avaliação médica.

Um médico da Clínica Pediátrica vai à escola semanalmente durante um período para atender os pacientes e auxiliar o grupo da escola em relação a outros alunos. Além disso, dá palestras para os grupos de apoio aos pais com e sem TDAH e auxilia no treinamento para professores. Os serviços oferecidos têm início com o encaminhamento da criança pelo *Care Team*, após conversa do professor responsável com os pais do aluno em relação às preocupações existentes com esse aluno e estratégias ou intervenções que já foram aplicadas. Em

seguida, os pais e professores respondem a escalas de comportamento e, após a avaliação, se for o caso, a família é encorajada a trazer o filho com características de TDAH para um dos grupos de controle de comportamento oferecidos na escola pela assistente social, além de ele ser convidado a participar do grupo de apoio aos pais.

Os serviços de apoio a alunos englobam grupos semanais de controle de comportamento e têm como objetivo informar sobre o TDAH, desenvolver habilidades para lidar com essa condição específica e com estratégias que permitam a esses alunos serem responsáveis pelo próprio cuidado e tratamento. Eles também poderão ter sessões individuais com um terapeuta, se um apoio adicional for necessário. Os pais e professores são acompanhados de perto pelo terapeuta responsável e os pais também participam de grupos semanais de apoio. Uma clínica pediátrica disponibiliza informação quanto à medicação a ser utilizada ou ao atendimento médico, quando necessário. Os professores, por sua vez, recebem treinamento específico para aprendizado de técnicas de ensino e controle de comportamento. O modelo também monitora o desempenho de cada aluno envolvido.

Os programas existentes nos Estados Unidos apresentam alternativas combinadas de tratamento, controle do comportamento, terapia com medicamentos e programas educacionais. Todos apresentam um viés médico por atuarem em ações conjuntas com hospitais ou médicos inseridos nos programas. O modelo médico, sob ação e domínio da poderosa indústria farmacêutica global, apresenta o TDAH como uma disfunção do cérebro, cuja sintomatologia deve ser primariamente tratada por meio de drogas modificadoras do funcionamento biológico do indivíduo.

Assim, o modelo médico parece ser uma resposta rápida, relativamente barata e eficiente ao atendimento do aluno com TDAH em face dos diversos problemas enfrentados pelo sistema educacional como

um todo: falta de recursos, salas de aula com um alto número de alunos, professores sobrecarregados e desvalorizados e ausência de psicólogos na escola (Furman, 2002). Isso deixa de valorizar e estimular, no contexto escolar, habilidades e outros potenciais existentes em alunos com o transtorno. Faz-se necessário reesaltar o estudo de Groth-Marnat (2003), que 50% a 75% do sucesso acadêmico de uma criança depende de fatores não intelectuais, como persistência, saúde psicológica e curiosidade.

Visando à melhoria de atendimento e compreensão do fenômeno do TDAH, estratégias e programas que objetivam apoiar os indivíduos com o transtorno têm sido elaborados e implementados no Brasil.

4 - PROGRAMAS BRASILEIROS DE APOIO AO INDIVÍDUO COM TDAH

Em algumas capitais brasileiras podem ser encontrados programas de atendimento ou suporte ao indivíduo com TDAH associados a hospitais ou universidades federais. Em Porto Alegre foi implementado o Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade (ProDAH), do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), com o Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), dedicados conjuntamente à pesquisa, ao ensino e atendimento a pacientes com características do TDAH (Universidade Federal do Rio Grande do Sul-ProDAH, 2000).

São sete os objetivos do ProDAH. O primeiro deles é avaliar crianças, adolescentes e adultos que apresentam suspeitas de TDAH. O segundo é orientar os familiares de jovens e adultos com as características típicas dessa condição com palestras abertas à comunidade. O terceiro é tratar crianças, adolescentes e adultos por meio de intervenções farmacológicas e psicossociais

breves e, em um momento posterior, encaminhá-los para atendimento na rede pública ou privada de saúde. Já o quarto objetivo do programa é elaborar e conduzir projetos de pesquisas sobre aspectos clinicamente relevantes do TDAH. O quinto objetivo é criar um local de referência para o atendimento de crianças, adolescentes e adultos com TDAH oriundos das escolas estaduais da cidade de Porto Alegre. O sexto é criar um local de referência para consultoria dos casos de crianças, adolescentes e adultos com as características típicas do TDAH que se encontram em atendimento com profissionais de saúde mental da rede pública e privada da cidade de Porto Alegre. Por fim, o sétimo e último objetivo é estabelecer uma área de estágio e ensino para alunos de graduação e pós-graduação para o aprendizado sobre a clínica e tratamento do transtorno no contexto médico-científico

Em Ribeirão Preto, São Paulo, o Instituto Glia Cognição e Desenvolvimento (2007) disponibiliza capacitação no tratamento de crianças com sintomas do TDAH. Especializado na área de Neurociências aplicadas à Educação, o Instituto auxilia educadores, médicos e especialistas na avaliação e intervenção do processo de ensino e aprendizagem de alunos com TDAH. O programa tem como objetivo inicial transmitir conhecimento sobre o TDAH em suas várias dimensões: definição, causas, quadro clínico, epidemiologia, impacto, comorbidades e linhas gerais do tratamento. Também busca treinar profissionais para a identificação de crianças que apresentam esse transtorno por meio da aplicação de instrumentos específicos (inventários e escalas), além de preparar educadores ao encaminhamento de casos suspeitos para confirmação diagnóstica e tratamento pelos profissionais de saúde. O programa objetiva, ainda, capacitar educadores na aplicação de estratégias pedagógicas para a sala de aula que possuam eficiência científica

ca comprovada e que contribuam para o sucesso do processo de aprendizagem de crianças com sintomas de TDAH.

No Rio de Janeiro, o Grupo de Estudos do Déficit de Atenção (GEDA) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) realiza pesquisas com crianças, adolescentes e adultos que apresentam características do TDAH sob a direção do Prof. Paulo Mattos, vice-presidente da ABDA - Associação Brasileira do Déficit de Atenção (Mattos & cols., 2006). As linhas de pesquisa em andamento são: (a) comorbidades psiquiátricas no TDAH, (b) comorbidade de Transtornos Alimentares e TDAH (em colaboração com o Instituto Estadual de Endocrinologia e Diabetes IEDE), (c) neuropsicologia do TDAH, (d) aprendizado e TDAH, e (e) neurofisiologia e TDAH. Em um desses estudos, Pastura, Mattos e Araújo (2005) apresentaram uma revisão da literatura sobre a relação entre o desempenho escolar e o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Os resultados demonstram que o TDAH, principalmente o tipo desatento, está relacionado ao baixo desempenho acadêmico e, portanto, as crianças com características do TDAH necessitam de cuidados especiais.

Observa-se que, embora as propostas brasileiras de intervenção descritas anteriormente se preocupem com o desenvolvimento educacional do aluno com TDAH, elas possuem um embasamento fortemente ancorado em referenciais biológicos e neurológicos. Portanto, é fundamental que outros tipos de estratégias de atendimento sejam também elaborados, implementados e avaliados junto a alunos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

5 - ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS DE ATENDIMENTO AO ALUNO COM TDAH

O trabalho do professor de transmitir conhecimentos e desenvolver habi-

lidades como parte de um currículo educacional pode ser ainda mais desafiador quando envolve crianças diagnosticadas com o TDAH, uma vez que muitos dos comportamentos dessas crianças interferem na aprendizagem em sala de aula e impedem interações sociais positivas. As crianças com características do TDAH necessitam de um ambiente de sala de aula muito bem estruturado, no qual saibam exatamente o que esperar, desde o momento que chegam até a hora em que são liberadas para casa. Os professores devem implementar abordagens tanto preventivas como remediativas, a fim de obter maior controle do contexto educacional (Rief, 2005) sem, contudo, descuidar das necessidades específicas desses alunos.

Primeiramente, esses professores devem apresentar comportamento pró-ativo, cuidadoso e atencioso a certas características do ambiente, tais como organização das carteiras e mesas, além de controle do posicionamento de cada aluno em sala de aula. Também devem apresentar expectativas positivas quanto ao comportamento dos alunos, estabelecer regras e rotinas bem definidas e implementar estratégias de reforço positivo com o intuito de conduzir a motivação e a manifestação de respostas adequadas e comportamentos desejáveis.

Alunos com características do TDAH necessitam ser continuamente monitorados. Os reforçadores sociais vindos do professor como um olhar aprovador, um elogio ou sinal positivo podem aumentar a probabilidade de resultados esperados por ele. Rief (2005) recomenda que os professores prestem atenção, reconheçam e reforcem comportamentos desejáveis. Todavia, é mais comum ver os alunos com características do TDAH serem repreendidos por comportamentos não desejáveis ou violações às regras de sala de aula. Esses alunos precisam ter, em sala de aula, oportunidades de escolha em relação às tarefas propostas e formas de avaliação. O uso de materiais educacionais que disponibilizem

o reforço positivo como certificados, estrelas, adesivos ou pequenos brindes também são muito recomendados.

O professor deve estar preparado para lidar, de forma individualizada, com comportamentos não desejáveis ou inapropriados ao contexto de sala de aula. Para tanto, Rief (2005) recomenda as seguintes medidas: (a) conduta calma, demonstrando controle emocional; (b) imediata reação do professor a um comportamento considerado inapropriado; (c) uso de uma hierarquia de consequências punitivas leves ao comportamento negativo, deixando claro que o comportamento desse aluno, e não o aluno em si, está sendo penalizado; (d) comunicação rápida e direta do professor com o aluno.

Rief (2005) considera a punição primária, o estímulo aversivo ou a punição secundária, a retirada de reforço positivo ou o castigo estratégias negativas, aversivas e não educativas. Segundo a pesquisadora, o castigo não relaciona emocionalmente a consequência ao comportamento indesejado e resulta na aversão do aluno ao responsável pelo castigo. Por conseguinte, sugere a subtração ou perda de um privilégio como resposta mais adequada nesses casos. O grupo de estratégias utilizadas com o TDAH tem como base a terapia cognitivo-comportamental, que atua sobre os pensamentos e comportamentos que se relacionam funcionalmente a sintomas considerados indesejáveis. Nesse sentido, intervêm nas atitudes e comportamentos, auxiliando o indivíduo na direção de uma mudança que resulte em comportamentos mais produtivos e mais funcionais.

Honos-Webb (2005) propôs um programa com o objetivo de canalizar a energia, a curiosidade e o interesse de crianças no TDAH para o desenvolvimento de interesses específicos, relações sociais, habilidades criativas e comprometimento acadêmico. Honos-Webb sugere uma variedade de exercícios que podem auxiliar o aluno a compreender força de seus pensamentos e o impacto de suas esco-

lhas no sucesso ou fracasso acadêmico e social. Exercícios como “*Por que tentar?*” ou “*Os meus heróis*” convidam os participantes a simular histórias e, por meio da imaginação, trabalham a determinação e as atitudes que favorecem respostas de sucesso tanto no meio acadêmico, quanto no familiar. Por meio da brincadeira, a criança ou o jovem podem explorar esse princípio, sem a ameaça direta das próprias reflexões e escolhas.

A falta de persistência na realização de uma tarefa é uma das características mais presentes em indivíduos com TDAH. Alguns estudos têm mostrado que esses alunos se esforçam menos do que alunos sem essas características e também cooperam menos com os demais colegas (Hoza & cols., 2001). Outro aspecto de suma importância é a curiosidade presente nos indivíduos com TDAH e o interesse que apresentam por determinada área de conhecimento. Esses indivíduos podem ser altamente motivados e produtivos se engajados em assuntos de interesse próprio (Honos-Webb, 2005). Recomenda-se o trabalho em uma área de interesse, mesmo se em um primeiro momento o material significar distração para o aluno ou se o interesse não for tão relacionado com o conteúdo acadêmico trabalhado. Além disso, educadores e pais devem lembrar que a criança com TDAH necessita estar conectada com o mundo que a rodeia e, portanto, o aprendizado precisa envolver todos os sentidos, o concreto e a experimentação. Esse aluno apresentará baixa tolerância a longas aulas discursivas ou a exercícios que envolvam muita abstração. Quanto mais clara for a compreensão desse aluno, maior será o seu envolvimento com a tarefa.

A Universidade James Mason, na Virgínia, desenvolveu um programa de computador destinado a atender às necessidades de alunos com dificuldades de aprendizagem e também aqueles diagnosticados com o TDAH. Esse *website* (*Learning Toolbox*, 2003) contém mais de 60 estratégias

criativas de aprendizagem para esses alunos, sob os seguintes tópicos: organização, realização de provas, estratégias de estudo, anotações, leitura, escrita, matemática e pensamento avançado.

O *site* oferece, por exemplo, planilhas para a organização diária ou semanal do aluno, calendário de planejamento mensal para o acompanhamento das tarefas, datas de testes e deveres de casa e dicas com reflexões para evitar ausência ou falta de pontualidade às aulas. Já em relação à realização de provas, no *site* são ensinadas técnicas de respiração que conduzem a um relaxamento, estratégias de leitura e controle do tempo disponível para a realização de uma prova, estratégias para a realização de questões de múltipla escolha, falsas ou verdadeiras, entre outras. Quanto às técnicas de estudo, o programa de computador oferece dicas de arrumação ideal do ambiente para se evitar distrações e manter o foco, sugere o uso de um relógio para controle do tempo e o uso de fichas de resumo, além da memorização de conteúdos necessários, dividido em partes menores. No *site* também são encontradas dicas de o quê anotar ao longo da aula e como não se distrair com os colegas de sala. Apresenta ainda diversas estratégias de leitura e escrita como, por exemplo, o escaneamento das ideias principais de um texto, o *brainstorming* anterior a um trabalho de escrita, sugestões para a realização de problemas matemáticos que envolvam álgebra, operações e equações e estratégias para a resolução de problemas. Assim sendo, o *Learning Toolbox* tem como objetivo auxiliar os alunos com problemas de aprendizagem a atender às demandas das escolas dos tempos modernos.

A literatura disponível deixa evidente que, embora o entendimento sobre o TDAH tenha avançado nas últimas décadas, ainda são inúmeros os desafios enfrentados e limitada é a assistência especializada dispensada a esses indivíduos e o emprego de estratégias nem sempre inovadoras e originais.

6 - CONCLUSÕES

Com o crescente aumento de casos de TDAH no Brasil e no mundo, faz-se necessário buscar soluções educacionais como a implementação de programas de capacitação de professores, que tenham um enfoque contínuo e sistemático e que combinem abordagens preventivas e remediadoras no ensino desse grupo especial de alunos, evitando-se assim o fracasso e a evasão escolar (Du Paul & Stoner, 2007).

Segundo Bekle (2004), os muitos mitos em relação ao TDAH tais como a sua relação com a ausência dos pais, uma doença que deve ser tratada com medicamentos ou, ainda, dependência que a medicação para o TDAH pode causar sugerem falta de informação e necessidade de um maior número de estudos. É imprescindível que transtorno seja considerado não apenas do ponto de vista médico, mas que sejam analisadas as implicações do TDAH no desempenho escolar dos indivíduos que apresentam essas características, a fim de que se elaborem planos e propostas que atendam de fato às necessidades desse grupo de alunos.

A presença do modelo médico no ambiente escolar ainda é predominante não só no Brasil, como também no restante do mundo. Assim sendo, qualquer comportamento diferente ou atípico é considerado como um sinal de uma enfermidade (Du Paul & Stoner, 2007). Faz-se necessário uma mudança de paradigma, para que se possa enxergar o diferente do ponto de vista da inclusão e não da exclusão; no caso do TDAH, o potencial criativo como uma alternativa, antes de uma possível desordem. Honos-Webb (2005) aponta características presentes em indivíduos com TDAH como o pensamento divergente e grande curiosidade e aponta para o estímulo do potencial criativo como uma ferramenta que pode ser acionada pela escola em favor da aprendizagem.

Contudo, considerar o transtorno como um talento ou dom, como sugerido por Hartmann (2003) é uma posição muito simplista e até ingênua. Mesmo assim, sua teoria nos inspira a considerar o TDAH de maneira diferenciada, a tentar compreender o porquê do crescente número de diagnósticos de TDAH pelo mundo. Faz-se necessário que os educadores assumam um enfoque educativo e se apropriem do conhecimento técnico-científico na busca de soluções para os problemas de comportamento e de aprendizagem apresentados por esses alunos. Não podemos esquecer que as dificuldades em manter a atenção, a falta de organização e a agitação atrapalham o rendimento escolar do aluno com TDAH.

Segundo Evans e Meyer (1985), um enfoque educativo não representa apenas o ensino de habilidades e conhecimentos necessários para substituir os comportamentos problemáticos de um grupo específico e singular. Dada a natureza crônica do TDAH, um enfoque contínuo e sistemático deve ser adotado pelos professores e escolas. Apenas o controle do comportamento social e da conduta em sala de aula via medicamentos não é suficiente. A escola e seus professores devem estar preparados para otimizar a conquista acadêmica (Du Paul & Stoner, 2007).

Portanto, com base nos estudos revisados, sugerimos a adoção de planos de apoio ao professor e treinamento adequado, com responsabilidades delineadas a cada indivíduo envolvido nas práticas a serem implementadas. Barkley (2008) vai além e sugere um modelo de orientação colaborativa, na qual um consultor ou psicólogo escolar trabalhe com os educadores de maneira sistemática na avaliação, planejamento e execução de intervenções.

Ademais, estratégias de reforço positivo, denominadas de reativas, como contratos de contingência e pequenas premiações, fichas, além de estratégias preventivas devem ser aplicadas para se limitar ou inibir comportamentos considerados não

apropriados. A instrução ou mediação por colegas de sala e o apoio e contato direto e contínuo com os pais são recursos adicionais de suporte ao professor. Du Paul e Stoner (2007) sugerem ainda a formação de um grupo de apoio aos pais de crianças com TDAH. Segundo os pesquisadores, o compartilhamento de sucessos, frustrações e estratégias de ação com outros pais de crianças em situações semelhantes tem se mostrado útil e positivo nesses casos.

Um enfoque educativo para alunos com TDAH objetiva, também, estratégias de autocontrole, o que implica exibição de comportamentos sociais e acadêmicos apropriados à idade de modo independente. Por exemplo, as crianças podem aprender a observar e registrar a ocorrência de seus próprios comportamentos alvo, chamado de automonitoramento. Barkley (1997) sugere que os alunos além de monitorar, avaliem e reforcem o próprio comportamento. Para ele, a combinação entre automonitoramento e autorreforço melhora o comportamento relacionado à tarefa, a correção nos trabalhos realizados e a interação com os outros colegas.

7 - REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association- APA (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV-TR* (4ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Amorim, C. (2007). *O que é TDAH - déficit de atenção?* Disponível em: <http://www.dda-deficitdeatencao.com.br/oquee>. Acesso em 20/08/2008.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2000). *Taking charge of ADHD*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo e autorizado para pais, profes-*

- res e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed.
- Barkley, R. A. (2008). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Manual para Diagnóstico e Tratamento*. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Baum, S. M., Olenchak, F. R., & Owen, S. V. (1998). Gifted students with attention deficits: Fact and/or fiction? Or, can we see the forest for the trees? *Gifted Child Quarterly*, 42, 96-104.
- Bekle B. (2004). Knowledge and attitudes about attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): a comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *Journal of Attention Disorder*, 7, 151-61.
- Benczik, E. B. P. (2000a). *Manual da Escala de déficit de atenção/hiperatividade: versão para professores*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brasil. (1996). Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional- LDB. Disponível em: http://www.fnde.gov.br/web/siope_web/lei_n9394_20121996.pdf. Acesso em 20/02/2009.
- Brown, T. E. (2005). *Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Carlini, E. A., Nappo, S. A., Nogueira, V., & Naylor, F. G. M. (2003). Metilfenidato: influência da notificação de receita A (cor amarela) sobre a prática de prescrição por médicos brasileiros. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30, 11-20.
- Children and Adult with Attention Deficit Disorder - CHADD. (2001). *The disorder named AD/HD. CHADD Fact Sheet #1*. Disponível em: <http://chadd.org/fs/fs1.htm>. Acesso em 20/08/2008.
- Corea, C. (2005). Los chicos-usuarios em la era de la información. Em C. Corea & I. Lewcowicz (Orgs.), *Pedagogia del aburri-*
- do: escuelas destituidas, familias perplejas* (pp.175-184). Buenos Aires: Paidós.
- Davison, J. (2001). Attention deficit/hyperactivity disorder: Perspectives of participants in the identification and treatment process. *Journal of Educational Thought*, 35, 227-247.
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2007). *TDAH nas escolas*. São Paulo: M. Books do Brasil.
- East Side Institute (2007). *The developing teachers fellowship program (DTFP)*. Disponível em: <http://www.eastsideinstitute.org/DevelopingTeachersAnnouncement>. Acesso em 01/12/2008.
- El-Zein R. A., Abdel-Rahman, S. Z., Hay, M. J., Lopez, M. S., Bondy, M. L., Morris, D. L. & Legator, M. S. (2005). Cytogenetic effects in children treated with methylphenidate. *Cancer Letters*, 230, 284-291.
- Evans, I. M., & Meyer, L. H. (1985). *An Educational approach to behavior problems*. Baltimore: Brooks.
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry*, 2, 104-113.
- Fontana, R. S., Vasconcelos, M. M., Werner, J. J., Góes, F. V., & Liberal, E. F. (2007). Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 65, 134-137.
- Freire, A. C. C., & Pondé, M. P. (2005). Um estudo piloto da prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre crianças escolares na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 63, 474-478.
- Furman, R. A. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder: An alternative viewpoint. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 2, 125-144.
- Furman, L. M. (2008). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): Does new re-

- search support old concepts? *Journal of Child Neurology*, 23, 775-784.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment*. New York: Wiley & Sons.
- Guevara, J., Lozano, P., Wickizer, T., Mell, L., & Gephart, H. (2002). Psychotropic medication use in a population of children who have attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 109, 733-739.
- Hartmann, T. (2003). *The Edison gene*. Rochester, VT: Park Street Press.
- Hechtman L. (2000). Assessment and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 481-498.
- Honos-Webb, L. (2005). *The gift of ADHD*. Okland, CA: New Harbinger Press.
- Hoza, B., Pelham, W. E., Waschbusch, D. A, Kipp, H., & Owens, J. S. (2001). Academic task persistence of normally achieving ADHD and control boys: Performance, self-evaluations, and attributions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 271-283.
- Instituto Glia, Cognição e Desenvolvimento. (2007). *Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade*. Disponível em: <http://www.institutoglia.com.br>. Acesso em: 10/02/2009.
- Klimkeit, E., Graham, C., Lee, P., Morling, M., Russo, D., & Tonge, B. (2006). Children should be seen and heard: Self-report of feelings and behaviors in primary-school-age children with ADHD. *Journal of Attention Disorder*, 10, 181-191.
- Learning Toolbox (2003). James Madison University Special Education Program. Disponível em: <http://coe.jmu.edu/LearningToolbox>. Acesso em 06/05/2009.
- Leroux, J. A., & Levitt-Perlman, M. (2000). The gifted child with attention-deficit disorder: An identification and intervention challenge. *Roepert Review*, 22, 171-176.
- Lovecky, D. V. (2004). *Different minds: Gifted children with ADHD, Asperger syndrome, and other learning deficits*. New York: J. K. Press.
- Mattos, P., Palmieri, A., Salgado, C. A., Seegenreich, D., Grevet, E., Oliveira, I. R., Rohde, L. A., Romano, M., Louzã, M., Abreu, P. B., & Lima, P. P. (2006). Painel brasileiro de especialistas sobre o diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Revista Psiquiátrica*, 28, 50-60.
- 389-415). Cresskill, NJ: Hampton.
- Moon, S. M. (2002). Gifted children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Em M. Neihart, S. M. Reis, N. M. Robinson & S. M. Moon (Orgs.), *The social and emotional development of gifted children. What do we know?* (pp. 193-201). Washington, DC: Prufrock Press.
- Moon, S. M., Zentall, S., Grskovic, J., Hall, A., & Stormont-Spurgin, M. (2001). Learning and motivational characteristics of boys with AD/HD and/or giftedness: A comparative case study. *Journal for the Education of the Gifted*, 24, 207-247.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Weissman, M. M., & Jensen, P. S. (2002). National trends in the use of psychotropic medications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 514-521.
- Pastor, P. N., & Reuben, C. A. (2002). Attention deficit disorder and learning disability: United States, 1997-98. *Vital and Health Statistics*, 10, 1-12.
- Pastura, G. M. C., Mattos, P., & Araújo, A. P. Q. C. (2005). Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, 324-329.
- Poeta, L. S., & Rosa-Neto, F. (2004). Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos do comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando o EDAH. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 150-155.

- Prosser, B. (2006). *ADHD: Who's failing who?* Sydney: Finch Publishing.
- Rappley, M. D. (2005). Attention-deficit-hyperactivity disorder. *The New England Journal of Medicine*, 352, 165-173.
- Rappaport, M. D., Scalan, S. W., & Denney, C. B. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder and scholastic achievement: A model of dual development pathways. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1169-1183.
- Rief, S. F. (2005). *How to reach and teach children with ADD/ADHD. Practical techniques, strategies and interventions*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Safer, D. J., & Zito, J. M. (2000). Pharmacoepidemiology of methylphenidate and other stimulants for the treatment of ADHD. Em L. L. Greenhill & B. B. Osman (Orgs.), *Ritalin: Theory and practice* (pp. 7-26). Larchmont, NY: MA Liebert.
- Tait, G. (2005). The ADHD debate and the philosophy of truth. *Journal of Inclusive Education*, 9, 17-38.
- Taylor, M., O'Donoghue, T., & Houghton, S. (2006). To medicate or not to medicate? The decision making process of western Australian parents following their child: Diagnosis with an Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53, 111-128.
- Tonelotto, J. M. F. (2003). Aspectos acadêmicos e sociais do transtorno do déficit de atenção. Em S. M. Ciasca (Org.), *Distúrbios de aprendizagem: proposta de avaliação interdisciplinar* (pp. 203-220). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (2000). *Programa de transtornos de déficit de atenção e hiperatividade*. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/prodah>. Acesso em 10/02/2009.
- Vasconcelos, M. M., Werner, J. Jr., & Malleiros, A. F. A. (2003). Prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 1, 67-73.
- Williams, R. A., Horn, S., Daley, S. P., & Nader, P. R. (1993). Evaluation of access to care and medical and behavioral outcomes in a school-based intervention program for attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of School Health*, 63, 294-297.
- Witt, K. L., Shelby, M. D., Itchon-Ramos, N., Faircloth, M., Kissling, G. E., Chrisman, A. K., Ravi, H., Murli, H., Mattison, D. R., & Kollins, S. (2008). Methylphenidate and amphetamine do not induce cytogenetic damage in lymphocytes of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 1375-1383.
- Woolfolk, A. (2006). *Educational psychology*. New York: Pearson Education Press.
- Zito, J. M., Safer, D. J., Reis, S., Gardner, J., Magder, L., Soeken, K., Boles, M., Lynch, F., & Riddle, M. A. (2003). Psychotropic practice patterns for youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157, 17-25.

Tabela 1

Cr terios para o diagnóstico do TDAH, adaptados do DSM-IV-RT (APA, 2002; Rappley, 2005)

D�ficit de Aten�o	Hiperatividade
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comete erros grosseiros por falta de aten�o 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ � inquieto, agitado, mexe m�os e p�s
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tem dificuldade de se manter concentrado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tem dificuldade de permanecer sentado por per�odos mais longos de tempo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parece n�o ouvir 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realiza atividades motoras inadequadas, perigosas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ N�o segue instru�es ou conclui atividades iniciadas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tem dificuldade de permanecer em sil�ncio
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tem dificuldade de organiza�o em tarefas escolares ou dom�sticas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parece constantemente "ligado"
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evita engajamento em atividades que requerem maior aten�o 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fala demais, � impulsivo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perde materiais ou objetos necess�rios para a realiza�o de atividades 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tem dificuldade para aguardar a vez
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distrai-se com facilidade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intromete-se nas atividades dos outros

Nota. São indicadores de déficit de aten o e/ou hiperatividade a presença de 6 ou mais sintomas, inadequados ao nível de desenvolvimento, por um período superior a 6 meses.