

**INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA- AJES
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA**

8,5

**O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE: UM ESTUDO
DE SINTOMAS.**

Luzia Marques de Souza

prof.luziamarques@hotmail.com

Orientador: Profº Dr. Ilso Fernandes do Carmo

SANTO ANTONIO DE LEVERGER/2017.

INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA- AJES
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA

**O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE: UM ESTUDO
DE SINTOMAS.**

Luzia Marques de Souza

Orientador: Profº Ilso Fernandes do Carmo

*“Monografia apresentada como
exigência parcial para a obtenção do
título de Especialização em
Psicopedagogia.”*

SANTO ANTONIO DE LEVERGER/2017.

DEDICATÓRIA

Este trabalho dedico:

Ao meu professor Dr. Ilso Fernandes do Carmo, meu norteador no Curso de Especialização em Psicopedagogia.

Aos meus pais Isaías Marques de Souza e Maria Otacília de Souza.

Ao meu esposo Marcílio e aos meus filhos Robertil Onilson de Souza e Marília Marques da Costa, pelo carinho e compreensão.

AGRADECIMENTO

Meus Agradecimentos:

Ao professor Doutor Ilso Fernandes do Carmo, meu Orientador que me honrou e deu-me força para concluir o curso.

RESUMO

Este projeto sobre hiperatividade mostra de maneira clara e abrangente o comportamento hiperativo de uma criança, sua trajetória desde a idade pré – escolar, perpassando pelas demais fases até se atingir a idade adulta.

Relata os problemas causados e sofridos pelo hiperativo no relacionamento familiar, na escola e no convívio social onde com medicamentos aliados a um tratamento psicológico, muita dose de amor, paciência, tolerância e disciplina são capazes de amenizar ou até mesmo curar o transtorno do déficit, de atenção com hiperatividade TDAH.

Os motivos que levaram à escolha do tema, surgiram de situações que costumeiramente são vivenciadas por profissionais do ensino fundamental, referindo-se às crianças que apresentam sintomas de Déficit de Atenção com Imperatividade.

O método aplicado para obter os conceitos apresentados, foi a pesquisa bibliográfica, onde, tem por objetivo conhecer as diferentes contribuições científicas disponíveis sobre o determinado tema.

Contudo, após correlacionar os conceitos e aplicá-los na vida real da criança e do profissional, pode-se, alcançar resultados positivos, adotando uma comunicação clara, instruções simples, algumas regras importantes e recompensas regulares e repetidas no dia-a-dia do aluno, para que posteriormente a criança consiga vencer suas ansiedades e progredir no processo de ensino aprendizagem.

Palavras-chave: Hiperatividade. Déficit de Atenção. Família. Escola.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	06
1. HISTÓRICO	08
2. DEFINIÇÃO.....	11
3. CARACTERÍSTICA DA HIPERATIVIDADE	14
3.1TDAH – Tipo Desatento.....	14
3.2 TDAH – Tipo Hiperativo Impulsivo.....	15
3.3 TDAH – Tipo Combinado.....	15
4. CAUSAS DA HIPERATIVIDADE	16
5 CONTEXTO FAMILIAR DA CRIANÇA COM TDAH.....	17
6 CRIANÇA HIPERATIVA.....	19
7 TDAH HEREDITARIEDADE	21
8 DIAGNÓSTICO	22
9 TRATAMENTOS	24
10 O PAPEL DA ESCOLA	26
11 PAPEL DO PROFESSOR.....	27
11.1 RELAÇÃO PROFESSOR / ALUNO	27
12 PRINCÍPIOS DE INTERVENÇÃO	29
13 PROPOSTA DE INOVAÇÃO EM SALA DE AULA.....	31
14 ORGANIZAÇÃO DA SALA DE AULA	33
CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS	37

INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca através de uma pesquisa bibliográfica com o intuito de esclarecer e orientar a todos de uma certa maneira que se encontram com a problemática do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: pais, educadores, familiares, entre outros.

Procura – se definir o conceito de hiperatividade, assim como, refere – se a um breve histórico da doença; suas características, classificação e diagnóstico da criança hiperativa.

Busca – se também esclarecer dúvidas a respeito do tratamento do TDAH, o uso de medicamentos, além de relatar as repercussões da hiperatividade no relacionamento familiar, na vida escolar e social e os conflitos que surgem da convivência com um portador de TDAH.

Este trabalho apresenta dicas para auxiliar a ação do professor que lida com o hiperativo, resultando a importância do papel da escola na vida do portador de TDAH, estimulando a sua auto – estima e ajudando – o a encontrar o equilíbrio ao longo do seu tratamento multidisciplinar, ou seja, um tratamento realizado por uma equipe em comunhão: pais, escolas e terapeutas, tendo em vista que o problema tratado foi que a criança hiperativa, em sala de aula, exige uma maior atenção por parte do professor.

O objetivo deste trabalho é para facilitar o convívio alunos professor diante de um quadro de hiperatividade, permitir ao educador a identificação das características do comportamento do hiperativo, encontrar a forma correta para auxiliar a criança hiperativa, permitir ao professor distinguir um comportamento hiperativo de outro distúrbio de atenção, conscientizar os pais a lidarem com o problema do filho hiperativo de modo mais adequado tornando – os parceiros do professor e analisar a razão de um mal rendimento escolar do hiperativo, tendo em vista que o nível intelectual deles, na maioria das vezes apresenta – se normal.

Abram Topazewski em seu livro: “Hiperatividade. – como lidar?”, reúne questões pertinentes às dúvidas mais freqüentes e as respectivas respostas, orientando médicos, psicólogos, professores e pais.

Em uma de suas abordagens fala sobre hiperatividade e a hereditariedade que foi estabelecida pelos estudos familiares da criança hiperativa referente o comportamento dos pais, aflitos e agitados, sugerem a existência de fatores genéticos determinantes da hiperatividade.

Abram Topazewski, diz ainda que dependendo da sua classe social, o hiperativo pode ter uma tendência maior para ingressar no mundo da delinquência e das drogas (1999, p.85).

San Goldstein (1998), psicólogo, direto do Centro de Neurologia. Aprendizagem e comportamento em Salt City, Utah, U.S.A. e autor de vários livros sobre TDAH, alerta sobre 3 subtipos de TDAH: o desatento, o hiperativo/ impulsivo e o combinado e descreve o comportamento observado em cada um deles.

Para ele o tratamento de crianças com TDAH exige um esforço coordenado entre profissionais da área médica, saúde mental e pedagógica em conjunto com os pais.

É em San Goldstein (1998), que sugere uma variedade de intervenções específicas que o professor pode fazer para ajudar a criança com TDAH a se ajustar melhor na sala de aula.

No desenvolvimento deste trabalho serão abordados os seguintes temas: Definição de TDAH, as Características da Hiperatividade (TDAH), sendo, TDAH – Tipo Desatento, TDAH-Tipo Hiperativo/ Impulsivo e TDAH – Tipo Combinado, Causas das Hiperatividades; Contexto Familiar da criança com TDAH; Criança Hiperativa; TDAH- Hereditariedade; Diagnóstico; Tratamentos; Papel da Escola; Papel do Professor; Relação Professor / Aluno; Princípios de intervenção; Intervenção: proposta de inovação em sala de aula e Organização da sala de aula. Os assuntos serão conceituados sobre fundamentações de autores e correlacionados com as realidades vivenciadas em sala de aula, no âmbito da educação.

Finaliza-se o trabalho expondo de uma maneira simples e objetiva, as conclusões detidas durante o processo da pesquisa e o aprimoramento sobre o assunto, após tanta dedicação e estudo na realização deste projeto.

1. HISTÓRICO

Em tempos mais remotos cria-se que transtorno era um distúrbio apenas psicossocial, ou seja, apenas os fatores sociais e hiperatividade o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), segundo PETRY (1999), foi descrito pela primeira vez no início do século XX, e desde então tem recebido diversas denominações, como lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima, síndrome da criança hiperativa, distúrbio primário da atenção, e distúrbio de Déficit com hiperatividade.

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é, segundo BARKLEY (2008), o atual termo usado para denominar os significativos problemas apresentados por crianças quanto à atenção, a impulsividade e a hiperatividade.

Embora a maioria dos estudos sobre a TDAH tenha sido feita em crianças desde a sua primeira descrição até os dias atuais, os adultos também podem apresentar o mesmo diagnóstico, porém com sintomatologia própria.

Ainda segundo BARKLEY (2008), o presente interesse dos EUA pelo transtorno surgiu devido a uma crise de encefalite epidêmica em 1917 – 1918, onde inúmeras crianças que sobreviveram a essa infecção cerebral ficaram com sequelas comportamentais e cognitivas, sendo essas sequelas caracterizadas ao que hoje conhecemos por TDAH. Sendo assim o autor descreveu:

Essas crianças eram descritas como limitadas em sua atenção, na regulação das atividades e da impulsividade, bem como em outras capacidades cognitivas, incluindo a memória. Muitas vezes também eram consideradas socialmente perturbadoras. (p. 17)

Assim, os adultos acometidos pelo TDAH acabam não preenchendo aos critérios estabelecidos embora atualmente acredita-se que o transtorno persiste da infância até a fase adulta, sofrendo apenas modificações no quadro sintomatológico.

A questão do diagnóstico de hiperatividade é difícil e complexo, segundo CONNER, apud GOLDSTEIN e GOLDSTEIN (1994, p.21).

Não existe nenhum teste diagnóstico absoluto para hiperatividade. É preciso uma cuidadosa coleção de informações das mais variadas fontes, através dos mais variados instrumentos e por vários meios. Embora certos fatores de desenvolvimento no início da infância possam colocar as crianças no grupo de risco, a hiperatividade é marcada por um grupo desses problemas, pela sua intensidade ou gravidade e pela sua persistência durante o processo de crescimento da criança.

As pesquisas sugerem que a hiperatividade pode ser o problema mais persistente e comum na infância. É persistente ou crônico, segundo GOLDSTEIN et al. (1994), porque não há cura e muitos problemas apresentados pela criança hiperativa devem ser administrados dia a dia durante a infância e a adolescência. Algumas pessoas acham difícil ver o TDAH como uma deficiência tal como a cegueira a surdez, a paralisia cerebral ou outras incapacidades físicas. As crianças com TDAH parecem normais.

Na década de 80, a partir de novas investigações, segundo DSM-IV (American Psychiatric Association), passou-se a ressaltar aspectos cognitivos da definição de síndrome, principalmente o déficit de atenção e a impulsividade ou falta de controle, considerando – se além disso, que a atividade motora excessiva é resultado do alcance reduzido da atenção da criança e da mudança continua de objetivos e metas a que é submetida. É uma doença reconhecida pela OMS (Organização Mundial da saúde), tendo inclusive em muitos países, lei de proteção, assistência e ajuda tanto dos que tem este transtorno ou distúrbios quanto aos seus familiares.

Há, segundo ABDA, (Associação Brasileira do Déficit de atenção), muita controvérsia sobre o assunto. Há especialistas que defendem o uso de medicamentos e outros que por tratar – se de um transtorno a lidar com ele sem a utilização de medicamentos, é preciso cuidado ao se caracterizar uma criança como portadora de TDAH. Somente um médico (preferencialmente psiquiatra) ou psicólogos especializados podem confirmar a suspeita de outros profissionais de áreas afins, como fonoaudiólogos, educadores ou psicopedagogos, que devem encaminhar a criança para o devido diagnóstico. Hoje já se sabe que a área do cérebro envolvida nesse processo é a região orbital frontal (parte da frente do cérebro) responsável pela inibição do comportamento, pela atenção sustentada pelo autocontrole e pelo planejamento para o futuro. Nos últimos cem anos, os problemas característicos de criança hiperativos têm sido categorizados e rotulados de formas muito distintas. Em diversos momentos no século XX tem se referido a tais crianças como acometidas de inquietação, disfunção cerebral mínima distúrbio de falta de atenção por hiperatividades. Assim pesquisamos que o termo mais adequado a ser empregado seria hiperatividade porque é breve, simples, familiar e em muitas pesquisas e para fins práticos pode melhor definir essas crianças.

Sendo assim, após várias pesquisas pode-se notar um avanço no diagnóstico do TDAH, porém, ainda há muito por descobrir. No Brasil, este transtorno é pouco conhecido e pouco difundido, uma vez que muitos mitos foram elaborados a respeito do mesmo. Muitos brasileiros desconhecem a sua existência e poucos sabem sobre os sintomas, o diagnóstico e o tratamento. Muitos pais e educadores que observam seus filhos e educandos inquietos e impulsivos desconhecem que tais comportamentos podem estar relacionados a um distúrbio, e que merece tratamento especializado.

2. DEFINIÇÃO DE TDAH

O transtorno do Déficit de atenção com Hiperatividade (TDAH), é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade. Ele é chamado às vezes de DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção). Em inglês, também é chamado de ADD ou AD/HD. (ANDRADE, 2000).

O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/ CARACTERIZADO HIPERATIVIDADE, segundo KAPLAN (1997), é caracterizado por um alcance inapropriadamente fraco da atenção, em termos evolutivos ou aspectos de hiperatividade e impulsividade ou ambos, inapropriados à idade.

Este tipo de transtorno deve estar presente por, pelos menos, seis meses para comprometer o funcionamento acadêmico ou social e ocorrer antes dos sete anos.

O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE – TDAH /, segundo Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), pode acometer crianças. Na criança, por exemplo, a dificuldade de concentração e consequentemente, muitas dificuldades na escola; e atividades motoras excessivas, tanto dentro de casa como em ambientes públicos. Em adultos, as características levam a dificuldades no relacionamento interpessoal. É importante lembrar que a presença de apenas um sintoma não é suficiente para o diagnóstico preciso.

Uma criança pode qualificar-se para o transtorno apenas com sintomas de desatenção, ou com sintomas de hiperatividade e impulsividade, sem desatenção.

Hoje, já se sabe que uma educação sem regras e limites não causa TDAH, para alívio dos pais e das mães que durante tantas décadas foram culpados por serem a causa do transtorno em seus filhos. O que ocorre é que o mesmo vai depender da interação dos fatores genéticos (90% predominantes) e ambientais, desde que a pessoa tenha predisposição genética para o TDAH. O que pode ocorrer em alguns casos é que se dinâmica familiar for muito desestruturada, essa condição pode servir de gatilho para o aparecimento dos sintomas de TDAH, mas nunca a sua causa. (POPULAÇÃO, 2013).

Segundo HALLOWELL (1999), DDA é uma Síndrome neurológica, com a clássica tríade de sintomas que a define inclui impulsividade, falta de concentração e hiperatividade e excesso de energia.

San Goldstein (2006), afirma que TDAH é um distúrbio biopsicossocial, isto é, parece haver fortes fatores genéticos, biológicos, sócias e vivenciais que contribuem para a intensidade dos problemas experimentados. Foi comprovado que TDAH atinge 3% e 5% da população durante toda a vida.

Diagnóstico precoce e tratamento adequado, segundo DSM – IV (2003), pode reduzir drasticamente os conflitos familiares, escolares, comportamentais e psicológicos vividos por essas pessoas.

Acredita-se que, através de diagnóstico e tratamento corretos, um grande número dos problemas como repetência escolar, abandono dos estudos, depressão distúrbios de comportamentos, problemas vocacionais e de relacionamento, bem como abuso de drogas, pode ser adequadamente tratado ou, até mesmo, evitado.

BARKLEY (2002), define o DDA como um Transtorno de Déficit de Atenção / hiperatividade ou TDAH, um transtorno de desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com o controle dos impulsos e com o nível de atividade.

Muitos estudos estão sendo feitos para desvendar alguns mitos existentes, inclusive sobre suas causas. Apesar dos fatores genéticos serem um grande determinante, não se pode arrolar fatores isolados para a causa do TDAH. É importante lembrar que existem diagnósticos e tratamentos corretos para tal.

Mas o que pouco se conhece é que crianças portadoras de TDAH se não tratados adequadamente poderão ser adultos com dificuldades.

As pesquisas mostram que a maioria das crianças com TDAH pode chegar à maturidade com problemas e que experimentam dificuldades no relacionamento com suas famílias, cônjuges, trabalho e comunidade.

Também podem ter problemas emocionais, inclusive depressão, ansiedade, envolvimento com alcoolismo e o uso de drogas.

A existência da forma adulta do TDAH foi reconhecida oficialmente em 1980 pela Associação psiquiátrica Americana. Os adultos muitas vezes apresentam os sintomas do TDAH, mas não os identifica, por desconhecer que existe um distúrbio com essas características ou por considerar que são sintomas apenas decorrentes de uma vida estressante.

HALLOWELL e RATEY (1994), apontam as características específicas de adultos com TDAH:

- a) Instabilidade de humor;
- b) Dificuldades em ouvir e se concentrar;
- c) Dificuldade de se fixar em um emprego.

A mulher tende a sonhar acordada, ter depressão e frustração por não conseguir desenvolver seu potencial e também a sensação de estar presa em sua armadilha.

Para o homem, a dificuldade consiste na incapacidade de prestar atenção em detalhes, não ouvir com atenção com o outro, não se lembrar de acontecimentos importante, podendo muitas vezes ser considerado um homem frio, insensível e egoísta. Geralmente tem a cabeça quente e toma decisões sem consultar a esposa.

Poucas pessoas levam em consideração a possibilidade do TDAH estar no alicerce de um casamento, por acreditar que esses sintomas são comuns à vida de qualquer casal.

Muitos destes problemas não resolvidos podem levar ao divórcio.

O adulto com TDAH, sente grandes dificuldades de estabelecer prioridades, de completar uma tarefa sem começar outra e fica facilmente estressado por assumir compromissos simultaneamente. ((TRANSTORNO, 2013).

A relação conjugal pode ficar comprometida devido ao fato do portador e a dificuldade de estabelecer intimidade, levando – o a uma desagradável relação conjugal.

De acordo com o DSM-IV (Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana), o diagnostico é feito pela confirmação de numerosos sintomas associados que devem ser identificados por um especialista: o Psiquiatra.

De acordo com o DSM –IV– (2003), o diagnostico é feito pela confirmação de numerosos sintomas associados que devem ser identificados por um especialista: o psiquiatra.

3. AS CARACTERÍSTICAS DA HIPERATIVIDADE (TDAH)

Há, segundo ROHDE e BENCZILK (1999), três tipos de Transtorno de Déficit de Atenção, hiperatividade com ou sem comorbidades (transtorno de conduta, transtorno depressivos, tiques, retarda mental entre outros).

Aparecem bem cedo para a maioria das pessoas, logo na primeira infância. O distúrbio é caracterizado por comportamento crônicos com duração de no mínimo seis meses, que se instalam definitivamente antes dos 7 anos. Atualmente, segundo (GOLDSTEIN e GOLDSTEIN, 1998), quatro subtipos de TDAH foram classificados.

3.1 TDAH – TIPO DESATENTO

A pessoa apresenta, segundo ROHDE e BENCZILK (1999), pelo menos seis das seguintes características:

- a) Tem dificuldade para prestar atenção.
- b) Esquece coisas rotineiras ou deixar fazer coisas importantes.
- c) Parece não ouvir quando se fala com ela.
- d) Dificuldade de organização.
- e) Não enxerga detalhes ou faz erros por falta de cuidados.
- f) Não suporta frustrações.
- g) Não suporta atividades que requeiram esforço mental prolongado.
- h) Não aprendem com os erros do passado.
- i) Dificuldades com a aprendizagem e com as tarefas escolares.
- j) Distrai com facilidade.
- k) Esquecimento nas atividades diárias.
- l) Não avaliam perigo.

Geralmente crianças dóceis, fáceis de lidar, porém com dificuldades de aprendizagem desde o início de sua vida, pois sua falta de atenção sustentada não deixa que ela mostre seu potencial.

3.2 TDAH-TIPO HIPERATIVO/ IMPULSIVO

A criança hiperativa impulsiva é definida, segundo ROHDE e BENCZILK (1999), se a pessoa apresenta seis das seguintes características:

- a) Dificuldade em permanecer em silêncio e sentado por muito tempo.
- b) Inquietação, mexendo os pés e as mãos ou se remexendo na cadeira.
- c) Fala excessivamente.
- d) Responde as perguntas antes de elas serem formuladas.
- e) Dificuldade em esperar sua vez.
- f) Cai da cadeira.
- g) Anda mais do que o necessário.
- h) Corre sem destino ou sobe, mas excessivamente (em adulto, há um sentimento subjetivo de inquietação).
- i) Age como se fosse movida a motor.

Geralmente não apresentam dificuldade em nível de aprendizagem nos primeiros anos de vida escolar, podendo aparecer problemas de aprendizagem, com evolução da 3ª série ou mesmo, posteriormente, desenvolvam um padrão de comportamento disfuncional tumultuando as aulas, são resistentes à frustração, imediatista e com dificuldade de seguir regras e instruções, por isso apresentam altas baixas de impopularidade e de rejeição pelos colegas.

3.3 TDAH – TIPO COMBINADO

É caracterizado, segundo ROHDE e BENCZILK (1999), pela pessoa que apresenta os dois conjuntos de critérios dos tipos desatento e hiperativo / impulsivo.

Apresenta maior prejuízo no funcionamento global. Quando comparado aos outros dois tipos é o que apresenta também maior número de comorbidades.

4. CAUSAS DAS HIPERATIVIDADES

As causas de TDAH, segundo ABDA (Associação Brasileira do Déficit de Atenção), já existem inúmeros estudos em todo o mundo, inclusive no Brasil, demonstrando que a prevalência do TDAH é semelhante em diferentes regiões, o que indica que o transtorno não é secundário a fatores culturais (as práticas de determinada sociedade, etc.) o modo como os pais educam os filhos ou resultado de conflitos psicológicos.

Ainda segundo ABDA (Associação Brasileira do Déficit de Atenção) estudos científicos mostram que portadores de TDAH têm alterações na região frontal e as suas conexões com o resto do cérebro. A região frontal orbital é uma das mais desenvolvidas no ser humano em comparação com outras espécies animais e é responsável pela inibição do comportamento (isto é controlar ou inibir comportamentos inadequados), pela capacidade de prestar atenção memória, autocontrole, organização e planejamento. O que parece estar alterado nesta região cerebral é o funcionamento de um sistema de substâncias químico chamado neurotransmissor principalmente dopa nina e noradrenalina ,que foram investigadas para estas alterações nos neurotransmissores da região frontal e suas conexões.

Segundo KAPLAN, SADOCK e GREBB (1997, p-12), algumas das crianças com TDAH podem durante o período fetal e Peri natal ter sofrido uma lesão cerebral mínima ou sutil do sistema nervoso cerebral. Esta lesão poderia ter sido causada por insultos circulatórios, tóxicos, metabólicos, mecânico, bem como por estresse e insulto físico ao cérebro durante a primeira infância, causado por infecção, inflamação traumatismo. Esta gravidade mínima, sutil e subclínica da lesão cerebral podem ser responsáveis pela gênese de distúrbios do aprendizado e do TDAH. Sinais neurológicos não focais (leves) são freqüentes.

5. CONTEXTO FAMILIAR DA CRIANÇA COM TDAH.

A criança com TDAH pode provocar um grande desequilíbrio na dinâmica de toda família, gerando discórdia inclusive no casal, em relações aos procedimentos utilizados na disciplina da casa. Estas crianças possuem a capacidade de esgotar seus pais, deixando – os envergonhado e pelas diversas críticas que recebeu, assim como rejeitados ou culpados. (CASTRO e MALAGRIS, 2003).

É comum que os pais culpem uns aos outros pelos problemas da criança e os fatores estressantes multipliqueme.

Os irmãos da criança hiperativa têm sentimentos negativos sobre elas, pois logo mais tempo e atenção dos pais, o que torna uma fonte de inveja, ciúme, raiva e frustração.

A relação entre os irmãos é muito difícil, pois sua baixa tolerância a frustração a conduz a não aceitar os direitos dos outros.

Os irmãos da criança que sofre do TDAH tendem a crescer cansados e exasperados.

A criança hiperativa frequentemente o pai e a mãe de uma criança com TDAH são rotulados de negligentes, desatentos na educação. Para alguns, um diagnóstico de TDAH provoca raiva contra aqueles que os culpam pela falta de controle do problema dos filhos e voltada a todos que garantam que nada estava errado. Quando os pais descobrem finalmente que não são culpados, e ressentimento não são reações exageradas. (BARKLEY, 2002, p. 152).

Muitas vezes é a mãe que tem a tarefa de interagir com este filho no dia – a – dia, como prepará-lo para ir à escola, ensinar suas tarefas escolares, além de cuidar dos outros filhos e das tarefas do lar.

A mãe geralmente se utiliza com carinho, diálogo, razão para lidar com os problemas de comportamentos dos filhos.

Várias são as reações dos pais diante dos problemas comportamentais apresentados pelos filhos.

De início nega que seu filho passa apresentar algum problema, pois para eles seus filhos são apenas ativos pela energia de idade e afirma que esta teimosia é da fase e logo passará.

De acordo com BARKLEY (2002), os pais pedem para elas pararem e se comportar desta ou daquela forma dando – lhes ordens e direções no intuito de tentar controlar os impulsos da criança. Muitos pais quando chegam ao ponto de desistir podem passar por depressão, baixa auto – estima e pouca satisfação com o papel de pais.

É no ambiente escolar que a grande maioria dos pais tomem conhecimento que o comportamento impulsivo e desatento do seu filho não é apenas da idade, sendo necessário atenção e tratamento, de acordo com (BARROS, 2002).

Quanto antes os pais identificarem os sintomas e procurar auxílio de profissionais com médicos, (neurologistas, pediatra, psicólogo, ou psiquiatra), mais cedo serão evitadas os malefícios que este transtorno ocasiona na vida da criança e dos que convivem ao seu redor.

De acordo GOLDSTEIN (2002), o resultado desejado sobre o TDAH é a aceitação dos pais, de como seu filho é, e como pode se tornar com o auxílio do tratamento.

É importante lembrar que os pais têm um papel fundamental para auxiliar estas crianças fazem – se necessário também aprenderem a cuidar de si, já que este trabalho é cansativo e estressante.

6. CRIANÇA HIPERATIVA

Para compreender a criança hiperativa é necessário conhecer a criança e conhecer o conceito da hiperatividade: como funciona o seu desenvolvimento, quais as características apresentadas como consequência desse distúrbio e como ela se diferencia das crianças normais.

O início da vida de uma criança é marcado por um forte predomínio da vertente afetiva, marcado pela necessidade especial de carinho, apoio, necessidade resposta efetiva dos outros, afeto dos pais e aumento da auto – estima.

O modo como o indivíduo irá satisfazer suas necessidades irá depender dos fatores mais básicos da situação da vida, como descreve ROGERS (1994).

Segundo ANDRADE (2003), logo nos primeiros anos de vida notam-se alterações no processo de desenvolvimento neurológico e emocional da criança que apresentam TDAH. As mães destas crianças relatam em estudos que seus filhos se mexiam muito, mesmo antes do nascimento (Vida intra – uterina).

Esta fase pode ser chamada de estágio do personalismo no qual a criança se esforça para afirmar um ego que acaba de descobrir no final da primeira infância que é caracterizado pela teimosia onde impõe seu desejo, deixando a convivência do dia – a – dia tensa. Toda essa oposição é uma forma de fortalecer seu ego. Depois dessa situação a criança muda de atitudes para conquistar seu afeto.

Segundo a teoria da personalidade de ROGERS (1994), as crianças no seu primeiro ano de vida são bebês que podem apresentar baixo peso, ficam em estado de hiperalerta, dormem pouco, têm sono agitado, olham tudo, movimentam os membros superiores e inferiores com frequência.

Quando começa a andar cai mais do que anda, apresenta dificuldades de ficarem quietas seja em cadeira ou no chão. A partir dos dois anos tornam-se mais agitadas, pedem interesse pelos brinquedos e os destroem, são desordenadas, distraídas, esquecem hora de almoço, jantar, banho e de fazer as tarefas. Geralmente tiram notas baixas, apresentam deficiências de aprendizado. (WEISS, 1995).

A criança para apresentar esse distúrbio, deve apresentar déficit de atenção, atividade motora excessiva e impulsividade por falta de controle que interfere em rendimento escolar e em seus relacionamentos familiares ou sociais. Elas precisam agora aprender a lidar com regras, a estrutura e os limites de uma educação organizada e seu temperamento simplesmente não se ajusta muito bem às expectativas da escola (GOLDSTEIN e GOLDSTEIN, 1996, p – 106).

BARLEY (2002), descreve que o TDAH é um transtorno real, que ocasiona problemas e obstáculos reais, podendo ser associado a um desgosto e uma irritação. Descreve GAIÃO e BARBOSA (2001), ao citar Gol Feto (1997), e acrescenta que o déficit da atenção é um sintoma de difícil observação nesta etapa evolutiva.

Entretanto, este autor alega que para ser comprovado que o TDAH é um transtorno comportamental real, os cientistas precisam demonstrar que este transtorno se faz presente, logo no início do desenvolvimento da criança, sendo persistente durante o período de desenvolvimento, e que é de difícil explicação por fatores ambientais ou sociais, que está associado a fatores biológicos que podem afetar o funcionamento do cérebro ou de seu desenvolvimento. Como o exemplo da genética, traumas, toxinas, entre outros.

Portanto, BARLEY (2002), reconhece mais dois problemas adicionais para aqueles com TDAH, que são: dificuldades para seguir regras e instruções e variabilidade extrema em suas respostas a situações. Esses sintomas estão associados a um déficit primário na inibição do comportamento, que é o símbolo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

7. TDAH- HERIEDITARIEDADE

Afirma BORGES (1997), que a hereditariedade pode ser relacionada a hiperatividade e diz que a primeira ligação foi estabelecida pelos estudos familiares de uma criança hiperativa. O comportamento dos pais, aflitos e agitados, pode proporcionar que uma criança tenha hiperatividade, e esta criança, mesmo não existindo outros membros na família com TDAH, pode desencadear problemas comportamentais em outros membros pela difícil convivência e pelo ambiente caótico que geram.

Sendo assim, nota-se que a hiperatividade possui origem hereditária, não excluindo as possibilidades de transmissão por hábitos hiperativos entre membros de uma mesma família, ou seja, os comportamentos e atitudes desenvolvidas por pais são instantaneamente copiados por seus filhos.

Entretanto, as evidenciam mais fortes da hereditariedade do TDAH são fornecidas pelos estudos com adotados, uma vez que conseguem distinguir com mais precisão os efeitos genéticos dos ambientais. (ROMAN, 2002).

8. DIAGNÓSTICO

De acordo com GALÃO e BARBOSA (2001), a falta de critérios operacionais que sejam aceitos universalmente permite que ocorram limitações nos esquemas diagnósticos atuais.

O diagnóstico do TDAH, segundo TIBA (2002), é um processo de múltiplas facetas. Diversos problemas biológicos e psicológicos podem contribuir para a manifestação de sintomas similares apresentados por pessoas com TDAH. Por exemplo: a falta de atenção é uma das características do processo de depressão. Impulsividade é uma descrição típica de delinquência. O diagnóstico de TDAH pede uma avaliação ampla. Não se pode deixar de considerar e avaliar outras causas para o problema, assim é preciso estar atento a presença de distúrbios concomitantes (comorbidades). O aspecto mais importante do processo de diagnóstico é um cuidadoso histórico clínico e desenvolvimento mental. A avaliação desse transtorno inclui, freqüentemente, um levantamento do funcionamento intelectual acadêmico, social e emocional da criança. De acordo com GOLDSTEIN e GOLDSTEIN (2002), para obter um diagnóstico minucioso é necessário incluir a coleta e a observação de oito tipos de informação tais como: O histórico do desenvolvimento da família e da criança, já que são fundamentais as informações relativas aos problemas que a família teve, os métodos utilizados para impor disciplina, e quais os sinais precoces de temperamento da vida da criança. Outros fatores como a disciplina e o comportamento em casa e na sala de aula são importantes para que ocorra uma avaliação detalhada de como é seu comportamento e quais suas atitudes para seguir regras e respeitar limites.

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

Segundo BORGES (1997), a adaptação e ajustamento da criança hiperativa necessitam de uma intervenção terapêutica. Dois tipos de medidas têm sido adotadas: as terapias comportamentais (que inclui terapias de modificação e terapias cognitivas) e os estimulantes. Ainda segundo BORGES (1997), antes de se iniciar qualquer terapia comportamental é necessário conhecer certos princípios e condições: para se efetuar um programa de modificação do comportamento é

imprescindível uma análise completa dos comportamentos problemáticos, seus componentes, os eventos que os acompanha ou desencadeiam o contexto no qual aparecem.

Como descreve MARTINS e ROHDE (2003), enfatizando que a sintomatologia da desatenção hiperatividade e impulsividade, quando forem apresentadas nos ambientes sociais como casa e escola, de forma acentuada os critérios do DSM-IV ou da CID-10 deve receber o diagnóstico do TDAH, mesmo sem apresentar alterações no exame neurológico, na avaliação neuropsicológica ou, ainda, em qualquer outro exame neuroimagem.

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

9. TRATAMENTOS

O tratamento do TDAH, segundo ABDA (Associação Brasileira do Déficit de Atenção), envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais, no âmbito das intervenções psicossociais, o primeiro passo deve ser educacional, através de informações claras e precisas à família a respeito do distúrbio.

Desde o ano 40, muitos tipos de medicamentos têm sido experimentados no tratamento do TDAH. Estimulantes como as anfetaminas (Benzedrina e dexedrina) metilofenidrato (Ritalina), o per Molina (CYLERT), a cafeína e o deanol tem sido muito utilizado. Hoje, prescreve-se o metilofenidrato ou ritalina em 90% dos casos. Se a ritalina é ingerida às oito horas, ou às dez horas da manhã, o efeito então diminui durante as quatro horas seguintes e maior partes de sua capacidade de melhorar o comportamento hiperativo, desaparece entre o meio dia e às duas da tarde. (GOLDSTEIN E GOLDSTEIN, 1994, p. 213).

Os medicamentos utilizados são estimulados e bastantes eficazes mesmo quando associado a certas co-morbididades como transtorno desafiador de oposição e o transtorno de conduta.

Não tendo esperado de controle da hiperatividade, a interrupção do tratamento acarretava o reaparecimento do quadro hiperativo.

Os pais possuem receios quanto ao tratamento com estimulantes, pois imaginam que para o consumo de drogas elícitas no futuro. Sendo assim, é importante que os pais se conscientizem de que seus filhos serão tratados por especialistas, e que de certa forma sua ajuda será de extrema importância para o futuro de seu filho.

Existem pais que consideram este comportamento semelhante ao seu na infância, não imaginam que o seu filho tenha algum problema que mereça uma atenção especial.

Os medicamentos são fundamentais para tratar a hiperatividade, pois a sua ação é rápida e os resultados positivos. Como esses pacientes podem apresentar também defasagem no aprendizado escolar, transtornos emocionais e dificuldades nos relacionamentos, GOLDSTEIN E GOLDSTEIN (1994), eles devem ser encaminhados para terapia psicológica, psicopedagoga e fonoaudióloga.

Esse conjunto de medidas terapêuticas visa corrigir as dificuldades do presente, através do uso dos medicamentos.

O resultado positivo com o tratamento alivia as tensões domésticas, melhorando muito o relacionamento e a dinâmica familiar.

A punição, segundo ABDA (Associação Brasileira do Déficit de Atenção), não é o caminho adequado para o tratamento. Em muitas ocasiões, a criança verbaliza o seu desejo de permanecer quieta, concentrada, mas não consegue. Por conta dessas suas impossibilidades para se controlar, não consegue entender o porquê da punição. Portanto o pai deve ser conscientizado de que a sua participação é de extrema importância para a melhora do quadro comportamental da criança.

10. PAPEL DA ESCOLA

É muito comum os pais imaginarem existir uma escola especializada, com atendimento próprio para os alunos hiperativos e desatentos.

Numa época em que se luta pela inclusão de todos os alunos, não é razoável conceber uma escola exclusiva para portadores de TDAH.

Eles precisam ter convívio social com os colegas da mesma idade, a aprender lidar com regras.

É sabido escolher uma escola que esteja o mais próximo possível dos valores da família, que de importância às mesmas coisas que os pais dão que siga o caminho que os pais pretendem trilhar.

É aconselhável escolher uma escola que tenha a preocupação com o desenvolvimento global do aluno, que melhor atende as necessidades dos portadores de TDAH.

Deve-se verificar o conhecimento que a direção e os professores têm a respeito do TDAH, de acordo com GOLDSTEIN (1998).

Portanto os professores devem ser ouvidos a respeito de suas dificuldades e competências, utilizando questionários específicos de avaliação neurológica, avaliação do desenvolvimento emocional e afetivo.

11. PAPEL DO PROFESSOR

Segundo ROHDE e BENCZIK (1999), o professor tem papel fundamental no processo de aprendizagem e na saúde mental de seus alunos.

Ao tomar conhecimento das dificuldades que ocorrem numa família com membros portadores de TDAH, é provável que os professores comecem a entender a atitude dos pais, da mesma forma que os pais podem sensibilizar com a situação dos professores se souberem das reais dificuldades que seus filhos encontram na escola.

A comunicação frequente entre a escola e a família, segundo RIEF (1993), é fator importante a garantir, para que professores e pais possam trocar experiências relevantes.

Os professores são com frequência, aqueles que mais facilmente percebem quando um aluno está tendo problemas de atenção aprendizagem, comportamento emocionais / afetivos e sociais. É comum professores de crianças com TDAH sentirem tanta frustração quanto os pais.

Uma das grandes dificuldades enfrentadas pelo aluno com TDAH e sua família é a realização de dever de casa. O dever de casa, segundo RIEF (1993), não deve ser jamais um castigo ou consequência de mau comportamento na escola.

11.1 RELAÇÃO PROFESSOR / ALUNO.

As relações entre professor e aluno devem estar em perfeita harmonia, possibilitando a participação do aluno de forma espontânea e natural.

SANTOS (2009), traz sugestões para Intervenções do Professor para ajudar a criança com TDAH a se ajustar melhor à sala de aula:

Oferecer apoio, incentivo e ajuda pessoal para alunos quem têm dificuldades de comportamento;

Providenciar assistência individual a alunos com dificuldades;

Ao dar uma punição, fazê-lo brevemente, sem sermão, de maneira calma.

Permitir que o aluno que está ficando agitado ou zangado tenha um tempo para se acalmar.

Discutir as situações difíceis individualmente longe dos colegas, de maneira calma e com voz tranqüila.

Manter contatos freqüentes com os pais evitando que isso seja feito apenas em períodos de crise.

Estimular o interesse e a motivação da criança para aprender.

O professor pode proporcionar atividades dentro de uma programação que inclua todos os alunos:

Reunir a turma para praticar estratégias de resolução de problemas, ajudando a desenvolver habilidades na resolução de conflitos;

Ensinar hábitos de cooperação em situações reais;

Usar técnicas de relaxamento.

12. PRINCÍPIOS DE INTERVENÇÃO.

ZENTALL (1995), recomenda uma série de princípios de intervenção para o manejo de situações específicas decorrentes do TDAH, que podem ser utilizados separadamente ou associados.

- Princípios de intervenção para atividade motora excessiva (hiperatividade):
 - _ Não tentar reduzir a atividade, mas intermediar até que possa ficar dentro de condições aceitáveis;
 - _ Usar atividade como uma recompensa;
 - _ Usar respostas ativas nas instruções;
- Princípios de intervenção para a impulsividade;
 - _ Dar ao aluno uma atividade que substitua a manifestação verbal ou motora, para ele fazer enquanto espera ou em que seja possível imaginar, planejar algo nesse meio – tempo.
 - _ Quanto à inabilidade para esperar manifesta – se com impaciência e liderança, mas não assumido posições impulsivas ou comportamentos agressivos.
- Princípios de intervenção para a dificuldade em manter a atenção, nas atividades e tarefas rotineiras:
 - _ Diminuir o tempo das tarefas;
 - _ Tornar as tarefas mais interessantes;
 - _ trazer novidades, especialmente dentro das tarefas que consomem um tempo mais prolongado.
- Princípios de intervenção para as tarefas não completadas:
 - _ Deve – se aumentar o interesse específico do aluno e a escolha de tarefas;
 - _ Deixar claro que quais as tarefas que estão de acordo com a capacidade de aprendizagem da criança e o estilo de respostas desta.
- Princípios de intervenção para dificuldade de começar as tarefas:
 - _ Deixar clara a importância da estrutura da tarefa para a vida fora da escola, relacionando aquele aprendizado com a vida prática do aluno.

- Princípios de intervenção para baixa produção escrita;
 - _ Reduzir o trabalho escrito ao necessário;
 - _ Reduzir os critérios de exigência em algumas tarefas e ser mais criterioso nas tarefas mais importantes e relevantes.
- Princípios de intervenção para baixa auto – estima.
 - _ Reconhecer regularmente os pontos fortes e os esforços do aluno;
 - _ Aumentar e melhorar os sentimentos da criança em função do desenvolvimento das nossas habilidades.

13. INTERVENÇÃO: PROPOSTA DE INOVAÇÃO EM SALA DE AULA

É importante estabelecer objetivos realistas a serem alcançados e manter as expectativas dentro do limite das possibilidades desse grupo especial (PARKER, 1992). Segundo RIEF (2001), é necessário modificar vários aspectos no processo de ensino aprendizagem do aluno com TDAH, como o meio ambiente, a estrutura da aula, os métodos de ensino, os materiais utilizados, as tarefas solicitadas, as provas/avaliação, o reforço, o nível de apoio, o tempo despendido, o tamanho e a quantidade das tarefas.

Compreendemos, então, que o aluno com TDAH impulsiona o professor a uma constante reflexão sobre sua atuação pedagógica, obrigando-o uma flexibilização constante para adaptar seu ensino ao estilo de aprendizagem do aluno, atendendo, assim, as suas necessidades educacionais individuais.

BLANCO (1993), propôs uma inovação para a sala de aula de ensino regular, composta também por alunos com necessidades educacionais especiais. Acreditamos que essa proposta de inovação pode ser muito útil para os alunos com TDAH. Dentro dessa programação, procuramos relacionar estratégias eficazes de manejo dos sintomas do TDAH no ambiente escolar relatadas por RIEF (2001) e BENCZIK (2002). O ponto de partida é a programação na sala de aula, elemento fundamental, pois guia e orienta o processo de ensino= aprendizagem. Esse programa é composto pelos objetivos, conteúdos, metodologia, recursos humanos, processos de avaliação e os materiais que serão utilizados.

A programação deverá conter as adaptações curriculares necessárias e se estender a todos os alunos. Essa forma de programação de aula mostra-se flexível e dinâmica, pois busca trabalhar de forma simultânea com o grupo e com o individual. Respeitando as diferenças de cada um.

Objetivo: deve-se visar ao desenvolvimento global do aluno, abrangendo todas as áreas do desenvolvimento humano (afetiva, motora, social e cognitiva), e não apenas a área cognitiva. Os conteúdos selecionados devem ser funcionais, ou seja, ter maior aplicação e generalização na vida social, além de adequação às possibilidades, às necessidades e aos interesses dos alunos, para que a aprendizagem seja significativa

A opção metodológica, segundo BENCZIK e BROMBERG (2003), deverá favorecer a atividade do aluno, preparando o trabalho de forma simples, sendo este mais estruturado e com o maior número de possíveis; facilitar a execução, utilizando todos os tipos de recursos didáticos, a fim de se criarem estratégias necessárias à organização e ao desenvolvimento da tarefa; e aumentar o grau de comunicação com o aluno, detectando-se as dificuldades e o tipo de ajuda que ele necessita. Durante a aula, é motivo de grande preocupação dos professores, mas tem a função de permitir que cada aluno avance conforme o seu ritmo e realize atividades significativas.

Entendemos, então, que a metodologia a ser adotada deve ser flexível, considerando-se uma diversidade de estratégias instrutivas, em função do tipo de conteúdo a ser desenvolvido, para adaptá-la a diferentes necessidades, visto que os alunos são diferentes e devem ter resposta distintas. Assim como existem muitas maneiras de aprender (visual, auditiva, sinestésica), existem muitas maneiras de ensinar.

Ter outras opções de atividades para alunos que completam o trabalho mais cedo para evitar os problemas que surgem do tédio. Ter o cuidado de não passar uma atividade que o aluno não seja capaz de fazer o primeiro passo para frustração.

A nova forma de conceber a avaliação, segundo BENCZIK e BROMBERG (2003), pressupõe diversas mudanças. Deve-se avaliar não apenas o aluno (seu nível de competência, quais estratégias utiliza para resolver as tarefas propostas, seu estilo de aprendizagem, seu interesse, esforço, interação entre iguais, percepção do aluno sobre a aula e o professor), mas também todo o contexto educacional no qual se desenvolve o processo de ensino-aprendizagem (contexto educacional da sala: o desenvolvimento na prática das proposições da programação, a análise das diferentes interações e a organização do espaço físico). A avaliação desses aspectos serve para identificar o que ocorre na sala de aula e para a tomada de decisões quanto às modificações necessárias.

A observação diária avalia outros aspectos do aluno, considerando sempre o contexto educacional. O professor não deverá centrar sua avaliação apenas no trabalho escrito, mas poderá fazer a verificação de aprendizagem também de forma oral.

14. ORGANIZAÇÃO DA SALA DE AULA.

Alunos com TDAH necessitam de uma estrutura externa bem definida, já que tem dificuldades com a organização e o planejamento. O ambiente escolar propício para esses alunos é uma sala de aula bem estruturada, preferencialmente com um ambiente rígido, tradicional; ao contrário, pode ser criativa, colorida, ativa e estimulante (JONES, 1991). Mas é importante achar um meio – termo entre a escassa motivação visual e estímulos em excesso, que podem ajudar a distrair a atenção.

Propõe-se uma organização que seja dinâmica e flexível, que facilite a processo ensino–aprendizagem e a participação ativa de todos os envolvidos nesse processo.

Arrumar a sala de modo a haver acesso e boa visibilidade para todos, evitando-se que as carteiras estejam sempre dispostas em fila, ou que as atividades sejam sempre as mesmas para todos, utilizando-se do mesmo livro, no mesmo momento.

Quando o professor escolhe os grupos de trabalho, a disposição do espaço, do tempo e dos móveis, segundo ROHDE et al (2003), deve ter em mente as necessidades específicas desses alunos, de modo que favoreça, ao máximo, sua participação total na dinâmica da aula.

O aluno com TDAH, segundo BENCZIK e BROMBERG (2003), deverá sentar-se próximo, ou ao alcance ao olhar direto do professor, distante da janela ou da porta, num local onde tenha menor possibilidade de se distrair, longe de colegas antagonistas, no meio de colegas tranquilos e que possam ajuda – lo.

Como necessita constantemente de ser lembrado a respeito das atividades, das regras, das diretrizes e da organização, é, segundo ROHDE et al (2003), importante dispor na sala de aula alguns cartazes com orientações.

O professor, segundo BENCZIK e BROMBERG (2003), deve circular pela sala com frequência usando a proximidade física para controlar a disciplina ou o foco de atenção, bem como avisar os alunos de algo anteriormente combinado, fazendo um contato de olhar, colocando a mão no ombro ou um toque na carteira.

Retirar dos alunos abjetos que possam distraí-los, embora algumas crianças com TDAH precisem manusear um objeto para focalizar a atenção.

Os alunos com TDAH devem, segundo ROHDE et al (2003), ser supervisionados e ajudados na organização do lugar de trabalho. De material, das escolhas e do tempo a ser destinado para uma atividade.

Proporcionar oportunidades para movimentação dentro da sala de aula e intervalos entre as atividades.

CONCLUSÃO

Ao término da elaboração deste trabalho posso constatar o quanto foi envolvente esta pesquisa. A escolha do tema deu-se em função de lidar com muitas crianças agitadas ou mesmo sem limites, daí a importância de buscar conhecimentos para saber melhor conviver com elas e identificar se o mal comportamento é simplesmente falta de limites ou se trata do distúrbio o TDAH.

A cada nova fonte pesquisada encontrei informações novas que adquiri e registrei passo a passo, de como proceder e agir com uma criança portadora de TDAH.

Constatei que o TDAH é um distúrbio e como tal ser tratado, sendo que não tem cura e que o tratamento apenas melhora o sintoma e que deve ser administrado de acordo com os membros para diminuir a hiperatividade motora e melhora a atenção. Em alguns casos mais leves, o auxílio de uma terapia comportamental com o portador do distúrbio e com a família já ameniza os sintomas do TDAH; em casos mais graves exige – se uma ação multidisciplinar: pais, professores, médicos, terapeutas e medicamentos.

O papel do professor é fundamental para auxiliar no diagnóstico do TDAH, visto que a hiperatividade só fica evidente no período escolar, quando é preciso aumentar o nível de concentração para aprender. Deste modo, é importantíssimo o professor estar bem orientado e ter conhecimentos sobre o TDAH para identificar uma criança sem limites de uma hiperativa.

O portador do TDAH precisa ter na escola um acompanhamento especial, já que não consegue conter seus instintos, tumultuando a sala de aula, a vida dos colegas e dos seus professores.

É preciso aplicar uma ação didática – pedagógica direcionada para esta criança, visando estimular sua auto – estima, levando em conta a sua falta de concentração, e criando atividades diversificadas para que não haja um comprometimento durante sua aprendizagem.

A presença de professores compreensivos e que dominem o conhecimento a respeito do transtorno, a disponibilidade de sistemas de apoio e oportunidades para se engajar em atividades que conduzem ao sucesso na sala de aula são importantes para que um aluno com TDAH possa desenvolver todo o seu potencial.

O transtorno do Déficit de Atenção / hiperatividade, considerando os reflexos causados sobre crianças hiperativas, a qual deverá ser construída através de processo lento, gradual e persistente dos envolvidos.

Concluo que segundo a pesquisa, a hiperatividade não tem cura, mas precisa ser tratada e que nem todas as crianças que apresentam comportamentos não aceitáveis são hiperativas e sim precisam de limites para aprender a conviver em grupos sociais.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Ênio Roberto. **Indisciplinado ou hiperativo**, Nova Escola, São Paulo, n.132, maio 2000.

_____. **Quadro clínico do transtorno de déficit de atenção / hiperatividade**. In: ROHDE, Luis Augusto; MATTOS, Paulo (Org.). **Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. DSM-IV-TR: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br>> Acesso em 3 jul. 2013.

BARBOSA, GA; GAIÃO, A. A. **Apontamentos em psicopatologia infantil**. João Pessoa: Idéia, 2001.

BARKLEY, R.A. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

_____. **Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade – guia completo para pais, professores e profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

_____. **Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade – guia completo para pais, professores e profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

_____. & colaboradores. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARROS. **Os labirintos da demanda. Anais do Encontro Labirintos da Demanda**. Programa de Formação em Direitos da Infância e da Juventude–UERJ/ Divisão de Psicologia da 1ª Vara da Infância e da Juventude do Rio de Janeiro, 2002.

BENZIK, E. B. P. **Manual da escala de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2000.

_____. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade – Atualização diagnóstica e terapêutica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BENZIK, E. B. P. e BROMBERG, Maria Cristina. **Intervenções na escola**. In: ROHDE, Luís Augusto P.; MATTOS, Paulo e Cols. (Org.) et al. **Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BLANCO, R. **Inovação e recursos educacionais na sala de aula**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

BORGES, S.M.C. **Há um fogo queimando em mim**: as representações sociais da criança hiperativa. Fortaleza: UFC, 1997.

CID – 10 – **Classificação de transtornos mentais e de comportamento**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DSM – IV – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Associação Psiquiátrica Norte-Americana 4. ed. traduzida. 2000.

GOLDESTEIN, Sam. **Hiperatividade**: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. São Paulo: Papirus, 1998.

GOLDSTEIN, Sam; GOLDSTEIN, M. **Hiperatividade**: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. Campinas: Papirus, 1994.

_____. **Hiperatividade**: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. 3. ed. Campinas: Papirus, 1998.

_____. **Hiperatividade**: compreensão, avaliação e atuação: uma visão geral sobre TDAH. Artigo: Publicação, nov.2006.

_____. **Hiperatividade**: compreensão, avaliação e atuação: uma visão geral sobre TDAH. Artigo: Publicação, nov. p. 106, 2006.

_____. **Hiperatividade**: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. 2. ed. Papirus. São Paulo, p. 106, 1996.

GOLDSTEIN, L. L. **No comando da própria vida: a importância de crenças e comportamentos de controle para o bem-estar na velhice**. In A. L. NERI & S. A. FREIRE (Orgs.), E por falar em boa velhice. Campinas: Papirus, 2002.

HALLOWELL, Edward M, M.D. e RATEY, John J., M.D. **Tendência à distração**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

_____. **Tendência à Distração. Identificação e gerência do** Distúrbio Déficit de Atenção da infância à vida adulta. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

JONES. **Portal educação e sites associados**. 1991. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/psicologia/artigos/29565/organizacao-e-estrutura-da-sala-de-aula-para-alunos-com-tdah/#!1>>. Acesso em: 11 mar. 2012.

KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin J., GREBB, Jack A. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7.ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.

MALAGRIS, L. E. N. & CASTRO, A. **Distúrbios emocionais e elevações de stress em crianças**. Em: M.N. LIPP (Org). **Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções**. Campinas: Papirus, 2003.

MARTINS, S.; TRAMONTINA, S. & ROHDE, L. A. **Integrando o processo diagnóstico**. In ROHDE, L. A. e (cols.). **Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Porto Alegre, Artmed. 2003.

PARKER, R. N. **Proposta de inovação em sala de aula para alunos com TDAH**. 1992. Disponível em: www.portaleducacao.com.br. Acesso em 10 jun. 2012.

PETRY, A. Hiperatividade: características e procedimentos básicos para amenizar as dificuldades. **Revista/Professor**, Porto Alegre. Abril, p.47-48, jun./set, 1999.

POPULAÇÃO brasileira desconhece o significado do TDAH. Disponível em: <<http://www.minhavida.com.br/saude/materias/2722-populacaobrasileiradesconhece-o-significado-do-tdah>> Acesso em 10 jun. 2013.

RIEF, S. **II Conferencia internacional sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Estratégias de intervenção na escola**. São Camilo: Centro de Convenção, 2001.

RIEF, S.F. **Como chegar e ensinar as crianças ADD / ADHD: técnicas práticas, estratégias e intervenções para ajudar as crianças com problemas de atenção e hiperatividade**. New York: O Centro de Pesquisa Aplicada em educações, 1993.

ROGERS, C. **Estratégias de intervenção na escola. Trabalho apresentado na II Conferencia internacional sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. São Camilo: Centro de Convenções, 2001.

ROGERS, C. **As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade**. In J. Wood et al. (Orgs.), **Abordagem centrada na pessoa**. Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1994.

ROGERS, C. **As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade**. In J. Wood et al. (Orgs.), **Abordagem centrada na pessoa**. Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1994. **A Checklist ADD / ADHD: uma referência fácil para pais e professores**. Nova Iorque: Prentice Hall: 1998.

ROHDE, L. A. et al. **Princípios e práticas em TDAH (Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade)**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ROHDE, L. A., MATTOS, P. & COLS. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ROHDE, L. A., MATTOS, P. & COLS. **Transtorno de déficit de atenção**. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em 10 ago. 2008.

ROHDE, L. A.; MATTOS, P. & BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; O que é? Como ajudar?** Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

ROMAN, TATIANA, ROHDE, LUIS AUGUSTO and Hutz, MARA HELENA. Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, vol.24, no.4, out. 2002,.

SANTOS, Lucy. **Compreensão, avaliação e atuação:** uma visão geral sobre TDAH. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

TIBA, Içami . **Quem ama educa.** 6. ed. São Paulo: Gente, 2002.

TOPCZEWSKI, Abram. **Hiperatividade: Como lidar?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TRANSTORNO de déficit de atenção e hiperatividade: o papel do educador, a criança e o adulto. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/transtorno-de-deficit-de-atencao-ehiperatividade-o-papel-do-educador-a-crianca-e-o-adulto/146/>> Acesso em 10 jun. 2013.

WEISS G..- **Transtorno por déficit de atenção e hiperatividade, em Lewis, M. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência.** Trad. Dayse Batista, Sandra Costa e Irineo C. S. Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ZENTALL, S. S., & JAVORSKY, J. **Functional and clinical assessment of ADHD: Implications of DSM-IV in the schools. Journal of Psychoeducational Assessment, ADHD Special Monograph,** 1995.