

UM OLHAR PSICOPEDAGÓGICO PARA O TDAH

Guilherme Saramago de Oliveira¹
Maria Irene Miranda²

Resumo

Este artigo aborda o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) numa perspectiva psicopedagógica, apresentando conceitos e características, assim como possibilidades de avaliação e intervenção. Sob o olhar psicopedagógico, a crença na possibilidade do sujeito aprendente está sempre presente nas ações que buscam promover o desenvolvimento, a aprendizagem e a inclusão escolar e social.

Palavras-chaves: TDAH, psicopedagogia, avaliação e intervenção psicopedagógica.

Abstract

This article approaches the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in a psychopedagogical perspective, presenting concepts and characteristics as well as the possibility of evaluation and intervention. Under the pedagogical view, the belief in the possibility of the individual in the learning process is always present on the action that seek to promote the development, the learning and the school and social inclusion.

Key words

ADHD, psychopedagogy, psychopedagogy evaluation and psychopedagogy intervention.

1. Considerações iniciais

Atualmente estão em pauta no cenário educacional os recorrentes comportamentos dispersivos, impulsivos e hiperativos que comprometem as relações humanas e a aprendizagem em diferentes espaços.

Ao apresentar essas características crianças e adultos tendem a ser consideradas pessoas com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). No entanto, em alguns momentos da vida e em determinadas circunstâncias qualquer indivíduo pode apresentar um déficit de atenção ou dificuldades para manter o foco em atividades cotidianas e ainda agir de forma impulsiva. Nessa direção Caliman (2008) afirma:

Os sintomas que definem o transtorno (desatenção, impulsividade e hiperatividade) são, em menor grau, traços comuns da natureza humana. Todo indivíduo é, em certa medida, um pouco desatento,

¹ Doutor. Professor da Universidade Federal de Uberlândia.

² Doutora. Professora da Universidade Federal de Uberlândia.

impulsivo, desorganizado, e nem sempre finaliza as tarefas almejadas, especialmente quando o sujeito em questão é uma criança de 6 ou 7 anos de idade (CALIMAN, 2008, p. 563).

A autodisciplina mental é um processo gradativo, cujo desenvolvimento torna possível a manutenção do foco atencional por mais tempo, independente dos vários estímulos oferecidos pelo meio ambiente. Este processo envolve a maturação dos centros nervosos de discriminação e inibição, portanto quanto mais nova a criança menor a capacidade de acomodação perceptiva, de inibição da ação motora e de concentração em uma atividade, fazendo-a se interessar por várias coisas ao mesmo tempo.

Sendo assim, para evitar equívocos e atribuições de rótulos, que servem principalmente para discriminar e excluir, faz-se necessário compreender o transtorno, suas características e efeitos no comportamento humano em diversas circunstâncias do cotidiano.

2. O que é o TDAH?

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é de origem neurobiológica, deriva de um funcionamento alterado do cérebro, apresenta componentes genéticos e se manifesta antes dos sete anos. As variáveis externas presentes no ambiente podem acentuar as características do transtorno. Para Rizzutti (2009) não se pode negar a influência de fatores genéticos e ambientais no desenvolvimento do transtorno, no entanto as causas são desconhecidas; logo não há uma "determinação genética", mas "predisposição" ou "influência genética", pois o TDAH provém de influências multifatoriais. Mesmo com grande influência genética, não há conhecimento de nenhum gene específico para o TDAH, mas a coexistência de vários genes contribuindo para seu surgimento.

Não se trata de uma patologia, mas de uma forma de funcionamento mental caracterizado por pensamentos inquietos e ideias aceleradas. Segundo Silva (2014), o cérebro do TDAH apresenta um funcionamento peculiar do lobo frontal responsável pela ação reguladora do comportamento, devido a alteração quantitativa e/ou qualitativa dos neurotransmissores responsáveis pelas funções cerebrais, conferindo comportamentos específicos caracterizados por alteração da atenção, impulsividade e hiperatividade; conseqüentemente a pessoa com TDAH é dispersa, tem dificuldade em

se concentrar, assim como para estabelecer uma sequência de atividades por prioridade, o que contribui para desorganização e falta de finalização das tarefas.

Normalmente apresenta dificuldades em atividades complexas que exigem habilidades organizacionais, não por falta de capacidade, mas por utilizar estratégias ineficientes, impulsivas e desorganizadas. Em outras palavras, “[...] o transtorno não parece afetar as capacidades cognitivas gerais, reforçando a suposição de que o TDAH não está relacionado a uma falta de capacidade, mas representa um déficit de desempenho” (DUPAUL; STONER (2007, p. 67). Outra dificuldade está na linguagem expressiva, ou seja, fala não fluente, desarticulada em situações que exigem explicações verbais. Pode haver também dificuldades na coordenação motora fina, ocasionando problemas com a escrita e a caligrafia.

Do ponto de vista neurológico, o córtex pré-frontal da pessoa com TDAH não trabalha bem para controlar os impulsos e filtrar os estímulos, fazendo-a reagir irrefletidamente a tudo que recebe. Nas palavras de Silva (2014, p.28), “a mente de um TDA funciona como um receptor de alta sensibilidade que, ao captar um pequeno sinal, reage automaticamente, sem avaliar as características do objeto gerador do estímulo”.

Dessa forma, é possível afirmar que a pessoa com TDAH apresenta problemas no desenvolvimento das funções executivas, o que compromete sua capacidade de autocontrole, de planejamento e execução de tarefas. As funções executivas abrangem diferentes processos cognitivos, envolvendo a organização, a memória de trabalho, a atenção sustentada, a metacognição, a flexibilidade cognitiva, a inibição de distratores, a autorregulação. Estas capacidades são importantes na interação com o meio, pois indicam o que fazer, como fazer, quando fazer, porque fazer.

Conforme a predominância dos sintomas principais (desatenção, hiperatividade, impulsividade), são identificados: TDAH predominantemente desatento, TDAH predominantemente hiperativo e TDAH do tipo combinado (desatento e hiperativo)³.

O TDAH desatento se caracteriza pela distração e falta de atenção, tanto no que faz quanto no que os outros lhe mostram, podendo inclusive não perceber os indícios de desagrado ou insatisfação manifestos a sua volta. O TDAH hiperativo ou impulsivo apresenta características de inquietação excessiva, age por impulsos, podendo ser agressivo, nem sempre de forma intencional. O TDAH combinado é mais complexo,

³ Esses subtipos foram publicados no DSM-IV de 1994 que renomeou o DDA (Distúrbio de Déficit de Atenção) para TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade).

pois possui características de desatenção e de hiperatividade. Esse tipo é o mais comum entre crianças e adolescentes.

Por apresentar essas características, as pessoas com TDAH tendem a enfrentar dificuldades na vida nos aspectos: afetivo, familiar, social, acadêmico e profissional. Constantemente são mal interpretadas, rotuladas de preguiçosas, indisciplinadas e pouco inteligentes; estas referências externas depreciativas somadas a outros sinais sociais negativos têm um impacto perverso em sua autoestima. A baixa autoestima dificulta a verbalização das ideias, pensamentos e sentimentos. Além disso, a pessoa,

[...] se pauta em seus referenciais internos, no que sente em si mesma: suas dificuldades cotidianas de organização, a tendência a protelar tarefas, a desatenção, os erros bobos, a impulsividade e as inúmeras gafes consequentes desta, a inquietação, os esquecimentos e a penetrante sensação de baixo rendimento (SILVA, 2014, p. 170).

Quando este processo é desencadeado na infância, na vida adulta a pessoa pode se tornar tímida, introspectiva, insegura, com medo de se posicionar e emitir opinião; ou pode se tornar falante do que lhe vem a mente, mesmo que ofenda ou agrida o outro. Por agir de forma diferente, na maioria das vezes, a pessoa TDAH não corresponde a expectativas, e sabendo disso passa a se considerar inferior e menos capaz, o que, quase sempre, lhe impede de ter iniciativas, tentar e ousar. A insegurança torna-se, então, uma companheira constante.

Sendo assim a pessoa TDAH pode desenvolver transtornos associados, como ansiedade, depressão, pânico; trata-se de comorbidades, quando um ou mais transtornos coexistem com um transtorno primário, ou transtorno de base, agravando o quadro de TDAH. Segundo Silva (2014, p.166), “[...] comumente esses transtornos ‘acessórios’ (que não são nada opcionais) desenvolvem-se como consequência do transtorno primário. Isto é, o desconforto e o sofrimento causados por um determinado problema atingem de tal forma a vida de alguém que novos transtornos vêm se somar ao preexistente”. A autora afirma ainda que o transtorno de atenção pode ser acompanhado de outros, não como consequência, mas por haver uma correlação entre as origens biológicas, as alterações bioquímicas e funcionais; é o caso do TDAH e a dislexia, TDAH e depressão. Considerando os transtornos comórbidos mais comuns, a pessoa com TDAH pode apresentar também o Transtorno Opositivo Desafiador (TOD), se opondo intencional e frequentemente, por meio de comportamentos de desobediência e agressividade, às regras estabelecidas e aos comandos das figuras que representam

autoridade. No entanto é preciso analisar se realmente se trata de uma comorbidade, distinguindo a predominância de características do TDAH ou do TOD; por exemplo, não atender a uma regra ou a um comando pode ocorrer por falta de atenção ou por dificuldade de conclusão de uma tarefa; da mesma forma, a impulsividade pode gerar comportamentos indesejados, porém desprovidos da intenção de desafiar ou agredir.

Na convivência familiar os conflitos são recorrentes, pois as pessoas com TDAH, principalmente as crianças, costumam ser responsabilizadas pelo que acontece de errado; quando comparadas com outras (irmãos, primos, vizinhos) são consideradas numa posição de inferioridade e de culpada. Os esquecimentos, distrações e desorganização dificultam as relações humanas, pois as pessoas em seu entorno tendem a perder a paciência. Sem saber como agir a família oscila entre procedimentos punitivos e complacentes.

No período da adolescência, estudos longitudinais de Weiss e Hechtman (1993) indicam um declínio de sintomas – desatenção, impulsividade, hiperatividade, mas eles não desaparecem, principalmente quando comparados ao comportamento de adolescentes que não têm o transtorno. Considerando as características desta etapa do desenvolvimento, independente de comorbidades, adolescentes TDAH podem desafiar e desobedecer as figuras de autoridade, podendo apresentar comportamentos anti-sociais, dificuldades interpessoais. Consequentemente aumentam as chances de problemas escolares, seguidos de repetência, abandono. E ainda, quando o jovem enfrenta problemas e conflitos familiares, fica mais propenso ao uso de drogas, envolvimento em acidentes. No entanto quando os adolescentes são acompanhados, orientados, os riscos diminuem.

A predisposição à dependência de substâncias químicas ocorre devido a estrutura interna frágil, insegurança e baixa autoestima da pessoa TDAH que busca amenizar sua inquietação e ansiedade constante, tentando se organizar para direcionar sua vida. Ao fazer uso de algum tipo de droga, a pessoa com transtorno de atenção tem a falsa sensação de controlar seus sintomas de desatenção e desorganização, se sente mais forte e segura para lidar com as adversidades do cotidiano, o que lhe proporciona prazer. Silva (2014) explica que a cafeína, a cocaína e as anfetaminas ajudam na concentração, organização de ideias e sequência das atividades; enquanto o álcool, maconha, morfina, heroína, tranquilizantes “anestésiam” os sentimentos que incomodam. Essa sensação de autocontrole e de alívio dos sintomas é passageira, fazendo com que a pessoa seja usuário, o que torna sua vida ainda mais difícil, podendo

ocorrer: “[...] perda de emprego, violência doméstica, desestruturação de famílias, desastres automobilísticos, comportamento sexual de alto risco, crimes impulsivos, ruínas financeira e até mesmo a morte” (SILVA, 2014, p.194).

Estar mais vulnerável ao uso de substâncias não significa que toda pessoa TDAH será dependente, é preciso uma combinação de fatores como: relações familiares conturbadas, experiências traumáticas, estresse, fragilidades emocionais. Contudo, o determinante é evitar o primeiro contato.

Outra característica que a pessoa TDAH pode apresentar é um sono agitado ou insônia, devido a dificuldade de relaxar e dormir, ocasionando uma mente cansada e, conseqüentemente, mais desatenta e menos produtiva.

Considerando esse conjunto de características, principalmente em crianças TDAH, os problemas acadêmicos são recorrentes e não se limitam as dificuldades de aprendizagem, “[...] uma vez que elas também apresentam risco maior de repetência, notas abaixo da média e abandono da escola no segundo grau” (DUPAUL; STONER, 2007, p.72). E ainda, tendem a não concluir as atividades no prazo almejado, não realizar as tarefas de casa, não fazer anotações durante as aulas, não organizar o material escolar e não estudar para provas.

Conhecer as características do TDAH contribui para construção da avaliação diagnóstica, que subsidiará as ações intervencionistas, pois não há uma metodologia pré definida ou um manual sobre como lidar com os casos, cada pessoa precisa ser considerada a partir de suas especificidades. Sendo assim, o êxito de uma intervenção começa com uma boa avaliação, cujo processo compreende etapas inter-relacionadas.

3. Como fazer uma avaliação diagnóstica para o TDAH?

Na perspectiva psicopedagógica todo o processo de avaliação diagnóstica tem início com uma queixa, da família e/ou da escola, relacionada ao comportamento e ao rendimento escolar. Segundo os pais e professores, a pessoa, normalmente a criança, apresenta dificuldades para prestar atenção, está sempre distraída, é desorganizada, esquecida, inquieta, não conclui as tarefas que inicia, não tem boas notas, e pode ser agressiva em alguns momentos. Diante desta descrição é importante saber as circunstâncias, a frequência e a intensidade com que estas características ocorrem, analisando se os sintomas reúnem critérios para o transtorno. É preciso certificar-se de que esses comportamentos estão alterados em relação a outras pessoas da mesma faixa etária e meio sociocultural semelhante.

Não há um consenso acerca do diagnóstico do TDAH, principalmente diante da quantidade de sintomas que caracterizam o transtorno, dificultando uma descrição mais clara e unificada. Pela extensa descrição de sintomas, Caliman (2008) considera que:

A construção do diagnóstico do TDAH é melhor descrita como um processo de negociação no qual opiniões diversas devem ser consideradas. Nem sempre estas negociações são pacíficas. Em muitos casos, as opiniões e os interesses das partes implicadas são divergentes: os informantes não estão de acordo entre si ou discordam da auto-análise do paciente, o médico não concorda com a avaliação do paciente e dos informantes e vice-versa. As pessoas podem estar convencidas de que têm a desordem antes de receberem o diagnóstico oficial ou, contrariamente, serem previamente resistentes a ele. Em todo caso, elas também participam ativamente da construção diagnóstica e são profundamente inseridas nesse processo (CALIMAN, 2008, p.563).

Historicamente estabelecer critérios de identificação do TDAH não é tarefa fácil, tendo em vista a inexistência de um instrumento ou exame específico e a necessidade de combinatória de diferentes instrumentos que correspondam a uma visão integradora de todos os aspectos que constituem o sujeito, conforme preconiza a psicopedagogia.

Nesse sentido, primeiramente é realizada uma *entrevista* com a família e outra com a escola/professor, buscando informações sobre o caso em diferentes espaços. As entrevistas antecedem a anamnese e têm por objetivo principal o conhecimento da queixa e das características do caso.

A *entrevista* com os professores é um instrumento revelador da queixa e da dinâmica do processo de ensino e aprendizagem, à medida que possibilita conhecer sobre a criança, mas também sobre o professor, suas concepções, expectativas, modos de atuar e interagir. Na perspectiva interacionista busca-se compreender a interação entre aprendente e ensinante.

Uma vez conhecida a queixa outros instrumentos de construção de dados podem ser utilizados, dentre eles a *anamnese*, que “[...] consiste de uma entrevista realizada com os pais ou responsáveis, buscando informações sobre o passado e o presente da pessoa. Trata-se de resgatar sua história de vida e conhecer as vivências que possam influenciar a aprendizagem” (MIRANDA, 2016, p. 74-75).

Para conhecer a pessoa TDAH é importante ouvi-la, portanto a *entrevista* e as *conversas informais* são instrumentos pertinentes. A entrevista contempla “aspectos relacionais de sua vida cotidiana em diferentes contextos – família, escola, amigos” (MIRANDA, 2016, p. 76). Assim como as respostas verbalizadas, as manifestações não

verbais, como gestos, tom de voz, postura, dispersões; são fundamentais. Em relação às conversas informais, para que contribuam com a avaliação diagnóstica, é necessário atentar aos diálogos espontâneos estabelecidos no cotidiano. A fala natural tende a ser reveladora de características importantes da pessoa.

A *análise do material escolar* é também um procedimento rico para obtenção de dados. Observar se os registros são completos, se há organização e zelo, a qualidade do traçado das letras, indícios de correção, se perde ou esquece o material com frequência.

A *observação* em diferentes situações e circunstâncias deve ser constante. Na medida do possível observar a pessoa na escola, em sala de aula, no refeitório, no pátio. Os aspectos observados precisam ser registrados: realiza as tarefas propostas? Apresenta comportamento condizente com o local, por exemplo, permanece sentado na sala de aula e no refeitório? No pátio comunica e/ou brinca? Que tipo de brincadeira prefere? Relaciona-se com os outros de forma amistosa ou conflituosa? Fala alto? Fala rápido? Grita? Demonstra agitação? Chora com facilidade?

Em um único momento não é possível observar todos os aspectos, portanto a observação deve ser realizada no mínimo em três momentos distintos, buscando identificar a existência e a frequência dos comportamentos desatentos, impulsivos ou inquietos.

Os *jogos* são instrumentos que possibilitam analisar aspectos relacionados à cognição, a emoção e a socialização. Ao participar de um jogo a pessoa se revela: “(...) como expressa suas fantasias, como se movimenta durante as atividades, se consegue se concentrar ou se dispersa com facilidade, se é criativo, se busca alternativas e como tolera frustrações, por exemplo, quando perde o jogo” (MIRANDA, 2016, p.88). É importante que o jogo envolva habilidades alfabéticas e aritméticas, seja condizente com o interesse e faixa etária da pessoa.

Outras referências para caracterização diagnóstica do TDAH são o *DSM – V*⁴ e o *CID – 10*⁵. De acordo com o *DSM – V* os critérios definidores do diagnóstico de TDAH são a desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade interferindo persistentemente no

⁴ O *DSM – V* é um manual diagnóstico e estatístico da Associação Americana de Psiquiatria que estabelece os critérios diagnósticos de transtornos mentais. Foi publicado em 18 de maio de 2013.

⁵ *CID – 10* É a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), que padroniza a codificação e estabelece critérios diagnósticos. Uma nova versão (*CID 11*) foi divulgada pela OMS em 2018 e entrará em vigor em 2022. A Classificação do TDAH é F90.0.

funcionamento e desenvolvimento da pessoa. As características ou sintomas correspondentes a cada critério são os mesmos nas diferentes fases da vida (infância, adolescência, adulta), porém com alteração na intensidade, isto é, mais acentuadas nas crianças e menos acentuadas nos adultos.

Baseado nestes critérios e na versão anterior do DSM (DSM – IV) foi criado o questionário SNAP – IV (Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire), que possui uma tradução brasileira. O instrumento é de domínio público⁶, sendo composto pela descrição de dezoito sintomas do TDAH, nove para desatenção (itens de um a nove) e nove para hiperatividade/impulsividade (itens de dez a dezoito), os quais são assinalados por pais e/ou professores, seguindo uma escala de quatro níveis de intensidade.

Considerando os sintomas descritos no SNAP – IV, no CID – 10 o diagnóstico de TDAH se dá mediante a ocorrência de no mínimo seis dos sintomas de desatenção (itens de um a nove) e/ou seis dos sintomas de hiperatividade (itens de dez a dezoito); cuja manifestação tem início antes dos doze anos, ocorre em pelo menos dois ambientes diferentes, escola e família, por exemplo; por um período não inferior a seis meses, causando sofrimentos e prejuízos no desempenho.

A avaliação diagnóstica é beneficiada por *relatórios* de outros profissionais (psicólogos, psicopedagogos, médicos) que atuaram ou atuam no caso. Ter acesso a outro olhar enriquece a análise dos fatores relacionados ao TDAH.

Mediante o conjunto de informações obtidas é chegado um dos momentos mais importantes: *a análise dos dados*, por meio da qual o caso é desvendado e compreendido. Para tanto é feito um cruzamento dos dados coletados buscando responder as seguintes questões: a pessoa apresenta características significativas correspondentes ao TDAH? A frequência de ocorrência dos sintomas é significativamente maior do que as demais pessoas de mesmo gênero e faixa etária? Há redundância dos sintomas manifestos em diferentes situações ou circunstâncias? O comportamento da pessoa sempre desencadeia prejuízos em casa, na escola ou em outros espaços?

Considerando a natureza das questões acima, nenhum instrumento de construção de dados isoladamente é suficiente à produção de respostas. Logo, para conhecer a

⁶ O modelo do SNAP – IV está disponível na página da ABDA (Associação Brasileira do Déficit de Atenção) para impressão; acesso em: <https://tdah.org.br/>.

frequência e a abrangência dos comportamentos relacionados ao TDAH é preciso triangular os dados, estabelecendo correlações e ordenações lógicas. Por exemplo, as possibilidades de diagnóstico para TDAH são ampliadas quando os dados da entrevista da família e da escola se complementam na caracterização do comportamento.

A pessoa com TDAH apresenta sintomas e comportamentos desatentos, impulsivos e inquietos em diferentes circunstâncias e com frequência superior aos outros de mesma faixa etária. “Portanto, uma criança com TDAH produz previsivelmente um trabalho escolar menos completo e menos exato que seus colegas com base em dados de observações e classificações realizadas pelos professores” (DUPAUL; STONER, 2007, p. 43). Os primeiros sintomas tendem a aparecer antes dos sete anos, o que pode ser constatado por meio da entrevista com a família, mas se agravam com o início da escolarização, quando o nível de exigência na realização de tarefas aumenta.

É importante considerar que nem sempre o déficit de atenção indica TDAH, pois crianças com problemas de aprendizagem podem apresentar falta de atenção e concentração decorrente da incompreensão do conteúdo, ou seja, não há como ficar atento em algo incompreensível e que não desperta interesse. Nessas circunstâncias, as frustrações ocasionadas pelas recorrentes dificuldades levam a desatenção. Outra possibilidade de comportamentos de dispersão, impulsividade e inquietação é desencadeada por problemas emocionais ou períodos de desajustes. Nesses casos normalmente não são observados características de TDAH com frequência e abrangência, mas em circunstâncias pontuais e períodos específicos. Além dos fatores relacionados à pessoa, não se pode negligenciar os fatores externos, no caso do contexto escolar, a relação professor-aluno, as metodologias de ensino, os procedimentos de avaliação. Quando o aluno não se identifica com a dinâmica do professor ele pode ficar desatento; nas palavras de DuPaul e Stoner (2007, p. 44), “[...] em vez de classificar os comportamentos problemáticos como resultado de variáveis ‘internas à criança’ (por exemplo, TDAH), pode ser que práticas didáticas incorretas justifiquem a modificação”.

Como já foi dito, a análise de dados respalda o planejamento da intervenção, que visa favorecer o sucesso escolar e o bem estar social, possibilitar o desenvolvimento do autocontrole atencional e efetivar comportamentos sociais e acadêmicos pertinentes. Não se trata de tarefa fácil, tendo em vista a natureza crônica e multifacetada do TDAH.

4. Quais as possibilidades de intervenção para o TDAH?

As ações intervencionistas podem ser desenvolvidas por diferentes caminhos: intervenção terapêutica – cognitivista comportamental; intervenção medicamentosa; intervenção psicopedagógica. No entanto é importante esclarecer que os tipos de intervenção não se excluem, podendo se complementar, ou seja, a pessoa faz uso de psicoestimulantes ao mesmo tempo em que realiza terapia comportamental e tem atendimento psicopedagógico, dependendo das características do caso. Quanto mais acentuadas as características do TDAH desencadeando problemas funcionais, mais diversificada será a intervenção.

A intervenção é sempre uma ação conjunta que envolve a família e a escola buscando “[...] a realização plena de trabalho independente, obediência às instruções do professor, exatidão da resposta acadêmica e interações positivas com os colegas. [...] os comportamentos que ocorrem com menor frequência e são considerados cruciais na sala de aula, geralmente são os alvos iniciais da intervenção” (DUPAUL e STONER, 2007, p. 44).

Dada a necessidade de parceria institucional, a escola e a família devem estar preparadas para lidar com o caso, os professores e os pais precisam entender como as crianças com TDAH funcionam e juntos buscarem alternativas; pois “quando os pais e os professores envolvem-se ativamente no processo de tratamento (por exemplo, pela implementação de estratégias de modificação comportamental), existe maior probabilidade de sucesso (DUPAUL; STONER, 2007, p. 47).

Considerando as causas e as características do TDAH, a psicoterapia cognitivista-comportamental tende a ser uma intervenção pertinente, dada sua natureza estruturante, diretiva, e orientada por objetivos comportamentais e cognitivos. Sobre a pertinência desse procedimento para o tratamento do transtorno, Silva (1994) explica:

Essa abordagem psicoterápica caracteriza-se pela busca de mudanças em afetos e comportamentos por meio da chamada reestruturação cognitiva, isto é, substituir crenças, pensamentos e formas de interpretar as situações negativistas e disfuncionais por outras formas de pensar e perceber o mundo menos depressogênicas/ansiosas e mais baseadas na realidade. Além disso, o paciente também é instruído a realizar “tarefas de casa” e planejar com o terapeuta um conjunto de atividades que incluem desde enfrentamentos graduais de situações que ele se considera incapaz de realizar até o estabelecimento de uma agenda que estruture rotinas de atividades a fim de proporcionar prazer e satisfação. Assim, resumidamente, o paciente, além de ser educado sobre o seu problema, é instruído a mudar comportamentos e formas de interpretar e perceber situações irrealistas e desadaptativas que estejam contribuindo para manter ou agravar seu problema, ou mesmo para deflagrar o transtorno. SILVA (2014, p. 270).

A mudança comportamental ocasionada por reestruturação cognitiva contribui para instalar novos hábitos e enfrentar as características comuns ao TDAH, como a dispersão, desorganização, impulsividade e esquecimentos. Conseqüentemente a pessoa se sentirá mais segura para interagir, construirá uma autoestima mais positiva e terá menos problemas emocionais; logo a intervenção cognitivista-comportamental tende a ocasionar mudanças no pensamento, no comportamento e nas interações.

É sabido que o processo de intervenção ou tratamento pode ocorrer também pelo uso dos psicoestimulantes, porém não há um consenso, principalmente entre as famílias, da pertinência desse tipo de intervenção.

Quando o assunto é medicação são observados argumentos favoráveis e contrários a sua indicação. Não é objetivo deste artigo marcar uma posição, mas apresentar elementos para reflexão acerca de uma temática tão discutida na intervenção do TDAH, já que a prescrição de medicamentos psicotrópicos é cada vez mais comum.

O uso da medicação altera de alguma maneira as funções cerebrais à medida que os estimulantes⁷ promovem aumento de dopamina e noradrenalina no córtex cerebral, estimulando as áreas dos processos de atenção e controle motor. Dessa forma ocorre a ampliação da capacidade de atenção e a diminuição da hiperatividade e da impulsividade, aumentando o controle inibitório.

Por um lado, considera-se que a intervenção medicamentosa é facilitadora do funcionamento cerebral, ocasionando uma melhor qualidade de vida e uma existência mais confortável a pessoas com TDAH, uma vez que favorece a concentração e o controle de impulsos, reduz a ansiedade, a irritabilidade e as oscilações de humor. Nesse sentido Silva (2014) afirma que:

Se você tem funcionamento TDA claro e ele provoca comprometimentos em sua vida social, profissional ou particular, a terapêutica farmacológica deve ser tentada, pois, para a maioria absoluta das pessoas com TDA, a medicação tem apresentado resultados extremamente úteis. Apenas em uma minoria – em torno de 15% a 20% –, as medicações não se mostraram eficazes (SILVA, 2014, p. 267).

Os resultados promissores da medicação são atestados por uma parcela significativa de professores de alunos TDAH, que afirma haver melhor aproveitamento

⁷ Alguns medicamentos não estimulantes, como antidepressivos e anti-hipertensivos, são utilizados para o TDAH, embora os estudos e pesquisas acerca da eficácia desse tipo de intervenção ainda sejam incipientes (DUPAUL; STONER, 2007).
Cadernos da Fucamp, v.19, n.41, p.137-154/2020

e rendimento acadêmico, pois o discente fica mais focado e atento às aulas, menos agitado e ansioso, o que repercute positivamente também na disciplina. Estudos realizados com escolares corroboram essa afirmativa ao revelar que “[...] o metilfenidato (Ritalina) ‘normaliza’ a atenção relacionada à tarefa e a produtividade acadêmica de uma grande porcentagem de crianças com TDAH que participaram de um ensaio com medicamento durante seis semanas” (DUPAUL; STONER, 2007, p. 50). É importante considerar que os efeitos da medicação são potencializados pelos fatores ambientais, ou seja, sob o acompanhamento e orientação de um adulto as mudanças comportamentais e atitudinais tendem a ser mais satisfatórias.

A indicação de medicamentos não é aleatória, existem critérios para prescrição baseados nos sintomas apresentados. Silva (2014) descreve três categorias de medicamentos que podem ser utilizados, tanto por crianças como por adultos, porém com dosagens distintas: os *estimulantes*, os *antidepressivos*, os *acessórios*.

Os estimulantes a base de metilfenidato são os mais utilizados, como Ritalina e Concerta. Segundo Silva (2014) existem vários estudos que comprovam a eficiência desses psicoestimulantes no alívio dos sintomas próprios do transtorno, pois atuam sobre as áreas inibitórias do cérebro possibilitando atividades de planejamento, previsão, análise, ponderação.

Entre os antidepressivos a desipramina é a substância mais utilizada por apresentar resultados semelhantes aos estimulantes e mostrar-se eficaz com uma baixa posologia, o que reduz a possibilidade de efeitos colaterais indesejáveis, como aumento na pressão sanguínea e nos batimentos cardíacos. Para o tratamento de quadros depressivos não associados ao TDAH a dose indicada é maior. Em caso de quadros comórbidos associados ao transtorno há outras indicações medicamentosas específicas, como Sertralina, Paroxetina, Fluoxetina, Bupropiona, Venlafaxina (SILVA, 2014).

De acordo com Silva (2014) os acessórios são medicamentos que não têm indicação específica para TDAH, mas podem ser utilizados para amenizar efeitos colaterais da medicação principal ou para tratar aspectos isolados que a medicação principal não resolveu. Como exemplo a autora cita a associação de outras substâncias para reverter efeitos como irritabilidade, insônia, taquicardia, diarreia, ansiedade, dentre outros⁸.

⁸ Os efeitos colaterais mais comuns são: redução do apetite, insônia, irritabilidade, dores de cabeça, problemas estomacais, ansiedade. Dupaul e Stoner (2007) afirmam que o tratamento de

A dosagem da medicação é ajustada no decorrer do tratamento, pois não há uma receita padrão indicada a todos os casos, ou seja, cada caso deve ser considerado em suas especificidades. Portanto faz-se necessário o acompanhamento permanente de um médico especializado, que oriente e esclareça as dúvidas da pessoa TDAH e de sua família sobre os efeitos comportamentais e colaterais. Por outro lado é preciso analisar a existência de fatores que possam comprometer o uso da medicação, por exemplo, os estimulantes não são indicados a pessoas com problemas cardíacos.

A medicação deve ser combinada a outros procedimentos interventivos, pois isoladamente não apresentará resultados eficazes. Nesse sentido, além das intervenções terapêuticas⁹, a alimentação e as atividades físicas são recursos importantes para um bom funcionamento cerebral, principalmente para a pessoa TDAH, cuja intensidade das funções cerebrais consome nutrientes advindos dos alimentos, em especial a glicose¹⁰, considerada o combustível dos neurônios. No entanto, faz-se necessário uma boa circulação sanguínea para que a glicose chegue ao cérebro, daí a importância das atividades físicas.

Se por um lado são ressaltados os benefícios da medicação, por outro existem críticas a intervenção medicamentosa, considerando-a expressão de uma visão reducionista, segundo a qual o processo saúde-doença está centrado somente no indivíduo; dessa forma são privilegiadas as concepções biológicas e organicistas em detrimento dos aspectos sociais.

Nessa vertente, o “Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade”¹¹ salienta “que as questões da vida social, sempre complexas, multifatoriais e marcadas

longo prazo e com doses maiores pode ter como efeitos colaterais, a supressão da altura e o ganho de peso.

⁹ Estudos comprovam que a intervenção combinada, medicação estimulante e terapia comportamental, potencializa os resultados positivos; portanto intervenções isoladas são menos eficientes. (BARKLEY, 1998, apud DUPAUL; STONER, 2007).

¹⁰ A glicose indicada é aquela proveniente de lenta digestão, que oferece quantidades regulares e prolongadas de energia para o cérebro, comuns em legumes e alimentos integrais. Já os alimentos industrializados, ricos em açúcares e de fácil digestão oferecem grandes quantidades de glicose e de forma rápida, causando uma sensação de bem-estar que logo desaparece. A velocidade e intensidade de glicose no cérebro liberam dopamina, que em pouco tempo é metabolizada e eliminada do organismo. Consequentemente, o cérebro pode ficar condicionado ao consumo de açúcares de fácil digestão para funcionar melhor. Há também o risco de sobrepeso pela ingestão compulsiva de alimentos doces (SILVA, 2014).

¹¹ De 11 a 13 de novembro de 2010, em torno de mil profissionais das áreas de Saúde e Educação, estudantes e representantes de entidades participaram do I Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”, em São Paulo. Como ação política deste evento, foi lançado o Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Cadernos da Fucamp, v.19, n.41, p.137-154/2020

pela cultura e pelo tempo histórico, são reduzidas à lógica médica, vinculando aquilo que não está adequado às normas sociais a uma suposta causalidade orgânica, expressa no adoecimento do indivíduo” (www.medicalizacao.org.br).

No contexto educacional o indivíduo é responsabilizado pelas dificuldades de escolarização, isentando os demais autores que também entram em cena no processo de ensino e aprendizagem. Em outras palavras, quando os problemas escolares são considerados de forma individual, a educação perde sua dimensão coletiva.

Em suma,

[...] os comportamentos não aceitos socialmente, as performances escolares que não atingem as metas das instituições, as conquistas desenvolvimentais que não ocorrem no período estipulado, são retiradas de seus contextos, isolados dos determinantes sociais, políticos, históricos e relacionais, passando a ser compreendidos apenas como uma doença, que deve ser tratada. FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. (www.medicalizacao.org.br).

Outro aspecto agravante é o uso da medicação para ampliar o desempenho cerebral, almejando a gestão e o controle da atenção. Estudos (CALIMAN, 2008) revelam o aumento considerável do uso de Metilfenidato, especialmente a Ritalina, por pessoas que não têm TDAH, mas pretendem aumentar suas capacidades de concentração, memória e atenção. Conseqüentemente há uma significativa ampliação na produção do remédio, gerando lucros astronômicos aos laboratórios e acentuando a confusão acerca da pertinência da medicação, ora para o transtorno, ora para pessoas que buscam otimizar sua *performance* atenta.

Na esteira das contradições que caracterizam a farmacologia do TDAH alguns segmentos da psicologia questionam criticamente os limites médicos e éticos do tratamento do transtorno, alertando para a necessidade de esclarecer o funcionamento normal e patológico da atenção, e de superar o diagnóstico limítrofe e ambíguo, que mesmo sendo muito estudado nas áreas de saúde e educação, apresenta resultados controversos.

Na intervenção psicopedagógica são desenvolvidas ações e atividades que interferem no processo de desenvolvimento e aprendizagem de alguém que apresenta uma demanda e busca atendê-la.

Sociedade, de atuação permanente, que tem por finalidade articular entidades, grupos e pessoas para o enfrentamento e a superação do fenômeno da medicalização, bem como mobilizar a sociedade para a crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento. Disponível em: www.medicalizacao.org.br. Acesso em 11/12/2020.

No caso da pessoa com TDAH, a intervenção deve contribuir para que a mesma desenvolva o autocontrole de sua atenção, canalize seus impulsos e ideias para algo produtivo que a faça se sentir capaz, confiante e realizada. Crenças autodesvalorizantes impedem a valoração das qualidades existentes e ressaltam o que julga ser negativo, aumentando a instabilidade emocional. Neste sentido, recuperar a autoestima contribui para iniciativas e tentativas. Para tanto os incentivos, elogios e recompensas apresentam resultados interessantes. Isto implica em evitar críticas para proteger a pessoa do sofrimento; não ressaltar o que está errado, mas o que está certo, reconhecendo os esforços. Dessa forma ocorrem incentivos positivos, à medida que é enfatizado o certo, ou seja, o que deve ser feito e descartado o errado, o que não deve ser feito.

É importante que a pessoa com TDAH compreenda o que se espera dela e que não se sinta pressionada, mas respeitada em seu ritmo e forma de proceder. Deve-se perguntar como é possível ajudá-la, pois seu comportamento é influenciado pelo tipo de orientação que recebe quando tenta trabalhar de forma independente. A partir de estudos, DuPaul e Stoner (2007, p.14) afirmam que “[...] quando o trabalho independente é supervisionado de perto, as crianças com TDAH conseguem uma produção maior e melhor em relação a situações com supervisão mínima”. No entanto, não há uma orientação ou supervisão padronizada, cada caso é único e deve ser considerado em sua especificidade. Em outras palavras, “[...] o esquema de intervenção para alunos com problemas de atenção precisa ser individualizado. Isto é, precisamos evitar um enfoque único para todos, baseado na noção de que todas as crianças com diagnóstico de TDAH (...) têm as mesmas necessidades de apoio” (DUPAUL; STONER, 2007, p.129-130).

A pessoa com TDAH é única, portanto, mesmo apresentando sintomatologia semelhante, demanda intervenções distintas. Sendo assim é fundamental conhecer o transtorno, suas características e peculiaridades. Nenhuma intervenção apresentará resultados positivos se não estiver respaldada em informações, estudos, experiências.

Para trabalhar com a pessoa com TDAH é necessário tempo, paciência, persistência e sensibilidade. Logo professores e famílias precisam atentar para alguns procedimentos básicos que criam uma estrutura externa que facilita o cotidiano do TDAH, favorecendo a manutenção do foco e diminuindo a influência de elementos distratores.

5. Considerações Finais

Na vertente interacionista da psicopedagogia os fatores internos a pessoa com TDAH (neurobiológicos) não são determinantes, à medida que interagem com os fatores externos (sociais, ambientais) para constituição da realidade. Sendo assim, apresentar o transtorno de atenção não significa necessariamente estar fadada ao fracasso, pois a pessoa não é incapaz, embora tenha um déficit de desempenho. Por outro lado o movimento atencional é simultaneamente interno e externo, objetivo e subjetivo, devendo ser assim compreendido.

A ação psicopedagógica enfatiza as possibilidades em detrimento das limitações, ou seja, analisa a capacidade atencional ao invés de ressaltar seus déficits. Logo, a intervenção visa melhorar o funcionamento escolar, social e familiar à medida que a pessoa com TDAH aprende a ter disciplina e foco, a planejar seus compromissos diários e a organizar sua rotina. Assim aprende a se conhecer, reconhecendo suas qualidades e os aspectos que precisam ser melhorados; se a atenção é importante para aprendizagem é possível aprender a ter atenção; conseqüentemente utilizar suas capacidades de forma organizada e deixar de se sentir o “patinho feio” ou o “peixe fora d’água”.

O foco das análises do TDAH não pode estar somente no sujeito aprendente, é necessário considerar o seu entorno. Nesta vertente é possível levantar algumas questões relevantes: no contexto escolar, quais os significados do recorrente “preste atenção”? Como são constituídas as representações sociais de modalidades atencionais normais ou dominantes? Construir respostas a estas indagações significa questionar a supremacia dos critérios de classificação do transtorno, retirando a dimensão patologizante das modalidades atencionais que não correspondem aos paradigmas pré-estabelecidos.

Referências

CALIMAN, Luciana Vieira. **O TDAH:** entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicologia em Estudo*, vol. 13, núm. 3, setembro, p. 559-566, 2008. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122110017> >. Acesso em: 08/01/2021.

DUPAUL, George J.; STONER, Gary. **TDAH nas escolas** – Estratégias de Avaliação e Intervenção. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda, 2007.

MATTOS, Paulo; SERRA-PINHEIRO, Maria A.; ROHDE, Luis A.; PINTO, Diana. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. **Revista de Psiquiatria**, RS, v. 3, n. 28, p. 290-297, set./dez. 2006.

OLIVEIRA, G. S.; MIRANDA, M. I.

MIRANDA, Maria Irene. **Psicopedagogia** – Trajetória e Perspectivas. Uberlândia: EDUFU, 2016.

RIZZUTTI, Sueli. Aspectos neurobiológicos do transtorno de hiperatividade e desatenção. In: MONTIEL, Jose M.; CAPOVILLA, Fernando C. (Org.). **Atualização em Transtornos de Aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes Inquietas** – TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade. 4ª Ed. São Paulo: Globo, 2014.

WEISS G, HECHTMAN L. **Hyperactive Children Grown Up: ADHD in Children, Adolescents, and Adults**. New York: Guilford Press, 1993.