

ROBERTA FERREIRA VOLOBUFF^{1*}

¹ Prefeitura de Joinville, Joinville - SC. *E-mail: robertavolobuff@gmail.com

RESUMO

Lidar com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem se tornado cada vez mais comum e complexo para o profissional da educação, mais especificamente para o professor. A complexidade vem por este ter que enfrentar inúmeras ocorrências e necessidades distintas de abordagens apresentadas por seus alunos, e, mesmo sem receber a devida instrução, é posto na situação de ter de adaptar, à sua maneira, estratégias didáticas no cotidiano escolar. O presente estudo objetiva tornar mais acessível o histórico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, bem como compartilhar estratégias de trabalho possíveis de serem aplicadas, a fim de que se possa promover o aprendizado pleno. Para tanto, valemo-nos de revisão bibliográfica de autores que versam sobre o referido tema, resultando na apresentação de medidas estratégicas práticas e simples de serem adotadas em sala de aula com a finalidade de potencializar a aprendizagem de estudantes que apresentem o TDAH.

Palavras-chave: Aprendizagem, Déficit de atenção, Hiperatividade.

POTENCIALIZAÇÃO DA APRENDIZAGEM DO ALUNO COM TDAH SEGUNDO ENFOQUE NEUROPSICOPEDAGÓGICO APLICADOS À SALA DE AULA**INTRODUÇÃO**

Estudo formulado por Lima, et al (2006), aponta que o percentual de indivíduos que apresentam necessidades específicas de aprendizado tem uma prevalência exponencial no ambiente escolar. Desta forma, a investigação acerca das peculiaridades de aprendizagem possibilita o desenvolvimento cognitivo do sujeito, e potencialmente revela, aspectos relacionados a autonomia, autoestima e qualidade de vida.

Assim, como afirma Moreira (1999),

“[...] ensinar (ou, em um sentido mais amplo, educar) significa, pois, provocar o desequilíbrio no organismo (mente) da criança para que ela, procurando o reequilíbrio (equilíbrio majorante), se reestruture cognitivamente e aprenda.” (Moreira,1999)

De acordo com Libâneo (2009), o papel de disseminar os vários conhecimentos humanos e científicos que nos circundam, fica a cargo da escola e cabe a ela proporcionar

o máximo de possibilidades de promover qualitativamente a aquisição de aprendizado por seus alunos, a fim de orientar a formação de cidadãos autônomos, conscientes e críticos.

Logo, paralelamente à promoção de investigações e acompanhamento dos aprendentes é necessária que surjam estratégias que contribuam com aspectos específicos que influenciem e desencadeiem o desenvolvimento da aprendizagem do aluno, bem como minimizem desalinhos e dificuldades, nos quais práticas pedagógicas não sejam suficientes para atender às especificidades apresentadas, pois como pondera Moreira (1999): “*O mecanismo de aprender da criança é sua capacidade de reestruturar-se mentalmente buscando um novo equilíbrio (novos esquemas de assimilação para adaptar-se à nova situação).*”

Desta forma, será possível identificar e potencializar competências e habilidades cognitivas dos alunos e direcionar a equipe pedagógica quanto a abordagens práticas que possam ser adotadas com os estudantes. O presente artigo tem como objetivo, portanto, versar sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), bem como sugerir condutas aplicáveis e relevantes para o processo de aprendizagem do indivíduo.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Aquisição da linguagem

Tendo em vista que a escrita representa “*uma maneira particular de transcrever a linguagem*”, como afirma Ferreiro e Teberosky (1999), na obra “*Psicogênese da Língua Escrita*”, existem duas visões oponentes que elucidam o processo de aquisição de linguagem. Na visão tradicional, o modelo associacionista da aquisição da linguagem apregoa que o meio seleciona sons semelhantes aos da fala e os associa a figuras e, por conseguinte, a significados, eis que a palavra se torna palavra. A criança ocupa o cargo de receptora no processo de aquisição da linguagem pela apresentação, reprodução, repetição e reiteração dos sons, representações e significados dos termos que lhe são propostos.

Ainda de acordo com Ferreiro e Teberosky (1999), p. 26:

“Uma criança não regulariza os verbos irregulares por imitação, posto que os adultos não falam assim (uma criança filho único também o faz); não se regularizam os verbos irregulares por reforçamento seletivo. São regularizados porque a criança busca na língua uma regularidade e uma coerência que faria dela um sistema mais lógico do que na verdade é.” (Ferreiro, Teberosky, 1999, p. 26).

A perspectiva mais recente propõe que o indivíduo é participativo no processo formativo e aquisitivo da linguagem, de maneira a aplicar, ao seu entendimento, as estruturas linguísticas e gramaticais, estabelecendo a regularidade daquilo que lhe é apresentado como a ‘lógica’ concernente à estruturação sistemática da língua.

“Fatos como este, que ocorrem normalmente no desenvolvimento da linguagem na criança, testemunham um processo de aprendizagem que não passa pela aquisição de elementos isolados que logo irão progressivamente se juntando, mas sim pela constituição de sistemas nos quais o valor das partes vai se redefinindo em função das mudanças no sistema total.” (FERREIRO, TEBEROSKY, 1999).

Ferreiro e Teberosky (1999) ainda propõem que “o fato de alguém não ser capaz de repetir uma palavra desconhecida não quer dizer que este seja incapaz de compreender e de reproduzir as distinções fonemáticas próprias de sua língua”. Daí a importância de que o professor esteja atento ao desenvolvimento do processo de aquisição da linguagem escrita, a fim de que não se tome esta aprendizagem como uma simples ‘reaprendizagem’ do que se articula na oralidade e, muito menos, o aluno seja rotulado como sendo ‘capaz’ ou ‘incapaz’, uma vez que este é o responsável por compor seu próprio processo de aquisição do conhecimento.

Histórico sobre o TDAH

Como esclarece Benczik (2002), o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), surgiu no início do século XX, com George Frederick Still, que iniciou um círculo de palestras sobre crianças que se apresentavam excessivamente emotivas e passionais, com quadros de desatenção, hiperatividade, inquietude, agressividade, e dificuldades para aceitação de regras. Still concluiu que era evidente a sintomatologia em crianças com idade inferior a 8 anos. Na mesma época, a princípio, os pais foram apontados como os causadores dos desalinhos morais de seus filhos, por haver o julgamento de que o tipo de educação interferia nos aspectos apresentados.

Porém, as observações acabaram por vincular o descontrole emocional das crianças com problemas depressivos, alterações de conduta e até mesmo a inclinação ao alcoolismo de alguns familiares do grupo de crianças experimentadas – o caráter de causa orgânica ganha espaço no cenário que se forma em torno do TDAH.

A partir da década de 30, como aponta Smith (2012), novos estudos se iniciam com crianças que além de possuírem os mesmos comportamentos apresentados pelas experimentadas por Still, foram vítimas de encefalite, e se pode constatar que havia uma

base biológica para sustentar este comprometimento no comportamento. Neste cenário, o TDAH foi nomeado “distúrbio de comportamento pós-encefalite”. Em 1937, Charles Bradley, descobriu que o uso de anfetaminas diminuía os sintomas de hiperatividade e/ou impulsividade. Diante disso, criou-se um novo paradigma que circundava as crianças que não haviam sido vítimas da doença: o de terem sofrido algum outro tipo de dano ou lesão que justificasse o uso do termo “cérebro danificado ou lesionado”.

Legnani e Almeida (2008), informam que na década de 1940, como não havia nenhum teste/exame que objetivasse e/ou comprovasse a existência de lesão, e como as crianças que apresentavam quadro de distúrbio de comportamento, apesar de serem portadoras de lesões cerebrais, mostravam-se inteligentes e ativas, intitulou-se, então, o transtorno de “Lesão Cerebral Mínima”.

Já na década de 60, como se constatou que tratava mais de uma disfunção que de uma lesão, o termo ‘Disfunção Cerebral Mínima’ passou a ter validade para designar o transtorno. Embora não contemplasse os déficits de atenção, em 1968, o termo ‘Reação Hiperkinética da Infância’ utilizado pela Associação de Psiquiatria Americana (APA), ao ser publicado o Manual Diagnóstico e Estatísticos de Desordens Mentais (DSMII) teve grande valia ao sinalizar crianças que apresentavam quadros de hiperatividade (LEGNANI, ALMEIDA, 2008).

Barkley (1998), aponta que em 1970, surgiram estudos descrevendo a relação entre determinados aditivos químicos com o comportamento e a habilidade de aprendizagem.

Na década de 80, de acordo com Legnani e Almeida (2008), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais, enfim definiu a patologia do que conhecemos por Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. A partir deste período os fatores clínicos passaram a ter mais relevância que os fatores causais, além de estabelecer como foco central do distúrbio, a atenção.

Panorama Geral do TDAH

Segundo a Associação Brasileira do Déficit de Atenção - ABDA (2019), o TDAH, figura dentre os transtornos comportamentais infantis mais diagnosticados na atualidade, trata-se de um transtorno de comportamento que denota o não reconhecimento de limites, hiperatividade, desatenção, impulsividade, ou a combinação destes sintomas, desde que os padrões não se enquadrem nos limites normais da idade e do desenvolvimento da criança.

Embora a procedência não seja clara, estudos demonstram que o estabelecimento da patologia ocorre com o cérebro ainda em formação, uma vez que exames de imagem sugerem que o cérebro de uma criança com TDAH seja diferente ao de uma criança que não apresenta o Transtorno, devido incongruências no lobo frontal e seus vínculos com os demais componentes cerebrais (ABDA, 2019).

Ainda conforme a ABDA (2019), o desalinhamento que ocorre na região frontal é o mau funcionamento dos neurotransmissores, sobretudo Dopamina e Noradrenalina, responsáveis pela informação com os neurônios. A região frontal orbital é uma das regiões mais desenvolvidas do ser humano e responsável pelo controle de comportamentos, concentração, memória, planejamento e autocontrole. O lóbulo frontal é quem concentra e filtra todas as informações 'arquivadas' nos demais lóbulos; o que ocorre é que em pessoas com TDAH há uma 'diminuição' na concentração da Dopamina, principalmente, no lóbulo frontal direito.

Possíveis causas compreendem questões genéticas, pois os genes, embora não responsáveis pelo transtorno, desenvolvem tendência para o desenvolvimento do TDAH. Há estudos que comprovam que a possibilidade de que a criança terá um diagnóstico de TDAH aumenta em até 8 vezes se os pais tiverem o transtorno. Dentre as demais causas, encontram-se, segundo Associação Brasileira do Déficit de Atenção - ABDA (2019): Pré-natais (como as decorrentes da ingestão de álcool e/ou nicotina pela mãe durante a gestação, prematuridade do bebê); Peri-natais (Hemorragias intracranianas, traumas obstétricos, rubéola intra-uterina, e afins); Pós-natais (Sequelas de doenças no início da infância - como encefalites, meningites, traumatismo cranioencefálico).

A ABDA (2017), aponta além da indicação da realização de Terapia Cognitivo Comportamental, os psicoestimulantes, que são administrados medicamentosamente para o tratamento do TDAH e tem como meio a estimulação direta de receptores alfa e beta-adrenérgicos ou, nos terminais sinápticos, liberar de maneira indireta a Dopamina e a Noradrenalina. No Brasil, a versão prescrita é o Metilfenidato (Ritalina®). Outras opções em casos de não adaptação a Ritalina são: Imipramina (Tofranil®, Imipra®) e Nortriptilina (Pamelor®).

Além do tratamento com psicoestimulantes, estratégias utilizadas para auxiliar o processo de ensino-aprendizagem, como a repetição ou o compartilhamento das informações/instruções dadas não apenas o manterão mais atento e atuante, como também a verbalização auxiliará no processo de memorização (ABDA, 2016).

Rief (2001), aponta que o aluno precisa ser reconhecido, receber feedback positivo pelo bom trabalho efetuado, palavras de incentivo verbais e escritas, e é de suma importância o resgate da auto confiança por parte do aluno para retirar o estigma de desatento e incapaz.

A partir de investigação do perfil do estudante, a elaboração de atividades diferenciadas com temas que mais lhe despertem interesse e atenção (a diversidade de materiais pode servir como chamariz para as atividades propostas, como materiais de áudio, vídeo, jornais, quadrinhos, revistas e afins), a concessão de intervalo entre uma e outra para que o aluno tenha condições de assimilar a distinção delas e permitir que o tempo para a realização de exercícios e/ou avaliações sejam cumpridas de acordo com a necessidade do estudante, são sugestões de Mattos (2001).

Faz-se extremamente necessária, consoante o apontado por Mattos (2001), a adaptação do espaço onde ocorrem as atividades escolares, de maneira que o aluno com TDAH permaneça distante de elementos que possam dispersar-lhe a atenção.

Conforme Barkley (1998) e Mattos (2001) há sinalizações que podem ser adaptadas ao perfil do aluno e contribuir para a execução de atividades, retomada de atenção e participação em sala de aula, tais quais:

- Comportamentais: Para indicar que o aluno está disperso, o professor pode estipular previamente sinais que revelem ações que não devam ocorrer em sala de aula (Barkley, 1998).

- Aprendizagem: Para auxiliar na memorização, o professor pode adotar o que Barkley (1998) pontua, como o uso de fichas, agendas, blocos de anotações, e aí, pode-se incluir post-it, gráficos, tabelas, cronogramas, bilhetes, sinais sonoros de celular e/ou outros elementos tecnológicos que auxiliem na organização, a fim de estabelecer a regularidade de entrega de atividades, de ocorrência de avaliações ou até para fixar algum conteúdo importante;

- Tempo: Distribuir propostas de longa duração em etapas menores, fracionadas a fim de que o aluno não se disperse e não se estresse mentalmente, uma vez que se manter focado demanda muito esforço para aquele que apresenta TDAH (Mattos, 2001).

De acordo com Watzlawick, Helmick e Jackson (1967), dentre as práticas do professor durante o processo de ensino para um indivíduo com TDAH, encontram-se o uso e estímulo da oralidade de maneira direta, clara e objetiva, sobretudo durante exposições de conteúdo;

utilizar exemplos práticos, próximos à realidade do aluno, inclusive que ele próprio identifique as ocorrências referentes ao tema proposto em seu cotidiano, possibilitando que o estudante procure desenvolver metodologias próprias que o auxiliem no alcance dos objetivos propostos. É muito importante que o professor incentive a autonomia, a confiança e a consciência da criança/adolescente em descobrir-se autor de sua própria vida.

No tocante à montagem e aplicação das avaliações, pode-se aplicar o proposto por Barkley (1998), em que a prova apresente um número reduzido de questões e o tempo para execução possa ser estendido, caso necessário. Uma opção seria manter o mesmo período dos demais colegas de turma, porém efetuar a avaliação deste aluno em etapas, períodos distintos.

A ABDA (2016), instrui a utilizar fonte e espaçamento aumentados; realizar a avaliação em local silencioso, se necessário, acomodá-lo em outro ambiente para que a efetue sem distrações. Os enunciados das perguntas devem ser sucintos, claros e objetivos e utilizar cores diferenciadas ou negrito para salientar aspectos importantes dos textos ou questões.

O indivíduo que apresenta TDAH tem uma tendência à baixa autoestima e depressão, como afirma Harpin (2005), por isso, perceber que é capaz de entender o conteúdo e compartilhar dos saberes, como qualquer outro colega de classe, é tão valioso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como são válidas as contribuições de um professor na vivência do aluno. Lidar com os que requerem condições adequadas as suas particularidades, influenciam na maneira como se perceberão diante da realidade que enfrentarão ao longo da vida. Cada educador tem a capacidade de desenvolver abordagens que condizam com os perfis a que está ligado, a fim de os encarar como seres individuais com habilidades, inteligências, históricos distintos e que, portanto, merecem ser enxergados de maneira particular. Cada qual a seu tempo e objetos de interesse, mas todos com a capacidade de absorver conhecimento e se desenvolver.

REFERÊNCIAS

1. ABDA. Associação Brasileira do Déficit de Atenção. Ajustes, Adaptações e Intervenções Básicas para Alunos com TDAH. 2016, Rio de Janeiro: ABDA. Disponível em: <https://tdah.org.br/ajustes-adaptacoes-e-intervencoes-basicas-para-alunos-com-tdah/>

2. ABDA. Associação Brasileira do Déficit de Atenção. O que é TDAH. 2019, Rio de Janeiro: ABDA. Disponível em: <https://tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah/>.
3. ABDA. Associação Brasileira do Déficit de Atenção. Tratamento. 2017, Rio de Janeiro: ABDA. Disponível em: <https://tdah.org.br/tratamento/>.
4. BARKLEY, RA. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. New York: Guilford, 1998.
5. BENCZIK, EPB. Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade. 2nd. ed. São Paulo: LTDA Editora, 2002.
6. BOULCH J. Educação Psicomotora: Psicocinética na Idade Escolar. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed, 1987.
7. CALIMAN L. A biologia moral da atenção: a constituição do sujeito (des)-atento. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006; 174 p.
8. FERREIRO E, TEBEROSKY A. Psicogênese da Língua Escrita. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
9. HARPIN, VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archive of Disease in Childhood*, 2005; 90, (Suppl I), i2-i7.
10. LEGNANI, VN; ALMEIDA, SFC. A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. *Arquivo Brasileiro de Psicologia*, 2008; v. 60, n. 1, p. 02-13.
11. LIBÂNEO, JC. Educação Escolar: políticas, estrutura e organização. 5 nd. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
12. LIMA RF, et al. Dificuldades de aprendizagem: queixas escolares e diagnósticos em um Serviço de Neurologia Infantil. *Revista Neurociência*, 2006; 14(4):185-190.
13. MATTOS, P. No mundo da lua: Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.
14. MOREIRA, M. A. A teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget. In: *Teorias de aprendizagem*. São Paulo: EPU, 1999. Cap. 6, p. 95-107.
15. RIEF, S. Estratégias de intervenção na escola. Trabalho apresentado na II Conferência internacional sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. São Camilo: Centro de Convenções, 2001.
16. SMITH, M. *Hyperactive: The Controversial History of ADHD*. London: Reaktion Books, 2012.
17. WATZLAWICK, P., HELMICK, JHB., & JACKSON, D. *Pragmáticas da comunicação humana*. São Paulo: Cultrix, 1967.