



ELISANGELA CAÇADOR VIDAL

**ANÁLISE COMPORTAMENTAL DA CRIANÇA
HIPERATIVA NA SOCIEDADE NA FAMÍLIA E NA
ESCOLA, COM ESTUDO DE CASO**

WENCESLAU BRAZ
2006

ELISANGELA CAÇADOR VIDAL

**ANÁLISE COMPORTAMENTAL DA CRIANÇA
HIPERATIVA NA SOCIEDADE NA FAMÍLIA E NA
ESCOLA, COM ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Faculdade de Ciências de
Wenceslau Braz – PR – FACIBRA –
como exigência final para a obtenção do
diploma de Licenciatura Plena em
Pedagogia, com Habilitação em
Supervisão Educacional

Orientador (a): Professora Ms. Clarice
Furini Cascardo Hito

WENCESLAU BRAZ
2006

ELISANGELA CAÇADOR VIDAL

**ANÁLISE COMPORTAMENTAL DA CRIANÇA HIPERATIVA
NA SOCIEDADE NA FAMÍLIA E NA ESCOLA, COM ESTUDO
DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Faculdade de Ciências de
Wenceslau Braz – PR – FACIBRA –
como exigência final para a obtenção do
diploma de Licenciatura Plena em
Pedagogia, com Habilitação em
Supervisão Educacional

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Clarice Furini Cascardo Hito

Prof^a. Leila Franco Sanchez

Prof. Ms. Oscar Mariano da Silva

Wenceslau Braz, ____ de _____ de 2006

A Deus, por minha vida, aos meus pais e irmãs pelo carinho e apoio, ao meu esposo pelo companheirismo e a meu afilhado Lucas que amo muito.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida e saúde.

Aos meus pais, Jair e Maria Aparecida que sempre me apoiaram e educaram com muito amor e dedicação.

A Luiz Miguel, meu esposo, amigo e cúmplice de todos os momentos, que, com dedicação acompanhou, ajudou e participou pacientemente de mais esta trajetória.

Às minhas irmãs Ednéia e Érika pelo carinho e amizade.

A todos aqueles que participaram da elaboração e finalização deste trabalho.

“Aprender, estudar, construir o conhecimento exige esforço, dedicação, trabalho. O conquistar algo pelo esforço próprio, trabalho e dedicação também é prazeroso! A nossa tarefa, como pais e professores, é dar significado para a criança, tornando prazeroso o que é visto como desprazer”.

(Prof. Samuel R. Lago)

RESUMO

Este estudo, desenvolvido numa escola particular no município de Tomazina, busca conceituar o transtorno e déficit de atenção e hiperatividade, tentando compreender como este distúrbio pode afetar a vida de crianças e adolescentes tanto no ambiente familiar, escolar e na sociedade. Através da pesquisa bibliográfica procurou-se conhecer todas as formas de manifestações de hiperatividade, suas causas, diagnóstico e tratamento. O estudo de caso buscou informações junto aos professores do aluno em questão e também junto a mãe para obter informações do desenvolvimento da criança desde a infância. Optou-se por entrevistar o aluno também para saber como se sente em relação a este distúrbio. Após análise foi possível detectar as dificuldades e transtornos que a hiperatividade causa na vida da criança, bem como a importância de um trabalho conjunto da família e escola para o melhor desenvolvimento e integração do hiperativo.

Palavras-chave: hiperatividade, família, escola, sociedade.

ABSTRACT

The study developed at a private school in Tomazina, a township of Paraná State, it was to define the attention-deficit hyperactivity disorder, trying to understand how this disturbed can affect so much the children and adolescents lives in their family, school and in the society. Through the bibliographic research, it tried to know all the ways of showing the hyperactivity, its causes, diagnostic and treatment. The studied case, with the student's teachers and his mother brought together some information about the child development since the childhood. Interviewing the student it was also an option to know how he feels about this disturbed. After analyzing, it was possible to detect the difficulties and disorders that the hyperactivity causes in the child's life, and the importance of the family and school to work together for a better development and integration of the hyperactive child.

Key-words: hyperactivity, family, school, society.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 A INFLUÊNCIA DA HIPERATIVIDADE NA APRENDIZAGEM DA CRIANÇA	16
1.1 CONCEITUANDO A HIPERATIVIDADE.....	16
1.2 CARACTERÍSTICAS DO ALUNO COM HIPERATIVIDADE.....	21
1.3 DESENVOLVIMENTO DO PORTADOR DE HIPERATIVIDADE	22
1.4 MANIFESTAÇÕES DA HIPERATIVIDADE	23
2 A FAMÍLIA DA CRIANÇA PORTADORA DE HIPERATIVIDADE.....	27
2.1 A HIPERATIVIDADE NO ADOLESCENTE.....	32
2.2 A ESCOLA E A CRIANÇA PORTADORA DE HIPERATIVIDADE	34
3 ANÁLISE DO ESTUDO DE CASO COM CRIANÇA PORTADORA DE TRANSTORNO E DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.....	40
3.1 HISTÓRICO DA CRIANÇA PORTADORA DE TDAH.....	40
3.2 TRANSCRIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS PROFESSORES.....	42
3.3 TRANSCRIÇÃO E ANÁLISE DAS RESPOSTAS DA ENTREVISTA COM A MÃE DO ALUNO PORTADOR DE TDAH.....	45
3.4 TRANSCRIÇÃO E ANÁLISE DAS RESPOSTAS DO ALUNO PORTADOR DE TDAH	49
CONCLUSÃO.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	56
ANEXO A – ENTREVISTA COM PROFESSOR.....	57
ANEXO B – ENTREVISTA COM PROFESSOR.....)
ANEXO C – ENTREVISTA COM PROFESSOR	

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado com a finalidade de compreender a hiperatividade e suas conseqüências no desenvolvimento da aprendizagem da criança portadora deste distúrbio.

A primeira parte trata da conceituação da hiperatividade, bem como as características e o desenvolvimento da criança. Explica como este distúrbio se manifesta no comportamento da criança.

A segunda parte aborda o trabalho da família e da escola em relação ao hiperativo e a melhor forma de se lidar com este distúrbio. Relata-se também as dificuldades de adaptação da criança portadora de hiperatividade na escola e na sociedade e as dificuldades encontradas por pais e educadores.

A terceira parte relata o estudo de caso com uma criança portadora de TDAH, a opinião dos professores, da mãe e da própria criança.

Espera-se com esta pesquisa poder ajudar pais e educadores na busca de alternativas para trabalhar e conviver com as crianças portadoras de hiperatividade e promover seu desenvolvimento e integração.

1 A INFLUÊNCIA DA HIPERATIVIDADE NA APRENDIZAGEM DA CRIANÇA

Percebe-se que inúmeros são os problemas que podem influenciar a aprendizagem dos alunos nos dias atuais. Dentre eles destaca-se a Hiperatividade que merece atenção especial. Pois muitas crianças são tidas por pais e educadores como preguiçosas e indisciplinadas e não conseguem aprender de modo eficiente os conteúdos trabalhados pelo professor na escola. Em casa causam desordem, trazendo grande preocupação a seus familiares que não sabem como lidar com a situação. Na verdade estas crianças sofrem por não ter controle sobre si mesmas e nem mesmo sabem porque são tão agitadas e desatentas.

1.1 CONCEITUANDO A HIPERATIVIDADE

Primeiramente é necessário esclarecer a diferença entre o conceito de hiperatividade e Transtorno de Déficit de Atenção. Muitas crianças são tidas como portadoras de TDAH que significa Transtorno e Déficit de Atenção e Hiperatividade, mas nem sempre a criança desatenta pode ser considerada hiperativa. Embora as crianças hiperativas geralmente apresentem déficit de atenção.

A Hiperatividade não se trata de um problema comportamental, mas um transtorno mental com base orgânica, o que significa que os portadores não têm controle sobre os sintomas. Segundo Antunes (2003, p. 20), o TDAH atinge de 3 a 5% da população norte-americana, sobre a qual existem estatísticas confiáveis, é

possível inferir-se que essa referência para a população brasileira mostraria vítimas em nada menos que 5,5 a 8 milhões de crianças.

Já se chegou a acreditar que ocorresse apenas no sexo masculino, devido às meninas terem menos sintomas de hiperatividade - impulsividade e mais de desatenção. Hoje entende-se que a proporção é de 3 meninos para 1 menina. Não há exames que detectam o transtorno, o diagnóstico é clínico. “Todos nós podemos apresentar características como impulsividade, distração ou se esquecer das coisas de vez em quando. Mas no caso de quem tem TDAH, essas características aparecem todas juntas, associadas, e em uma intensidade e freqüência tal que comprometem a vida do paciente”.

Para diferenciar o TDAH da distração ou impulsividade normais é necessário que os sintomas estejam presentes por pelo menos seis meses e manifestem-se em pelo menos duas situações diferentes (casa e escola, por exemplo). Se não for diagnosticado e tratado, o transtorno pode trazer prejuízo à vida escolar, uma adolescência conturbada e com maior risco de envolvimento com drogas e, no futuro, problemas de ordem conjugal e profissional (BUSANI, 2006, p. 15).

Goldstein e Goldstein (1998, p. 23 - 4), relata que a hiperatividade se manifesta a partir de quatro características de comportamento: desatenção e distração; superexcitação e atividade excessiva; impulsividade; dificuldades com frustrações.

Coll, Palácios e Marchesi (1995, p. 162, 163), explicam as características-chave do distúrbio:

Déficit de atenção: para a maioria dos autores a dificuldade de atenção é um dos sintomas que define a hiperatividade, a qual foi denominada como “distúrbio por déficit de atenção com hiperatividade” pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais (DSM III, 1980) devido à

elevado problemas de atenção com crianças que sofrem deste distúrbio. Os problemas de atenção proporcionam um valor primário a este sintoma, frente a outros antes relacionados, como a atividade motora excessiva, que pode caracterizar o distúrbio inicialmente, mas desaparece com o passar do tempo.

Atividade motora excessiva: é manifestada através de atividade corporal excessiva e desorganizada, sem um objetivo concreto, sendo esta falta de finalidade a característica que permite diferenciá-la em certas atividades observadas no desenvolvimento normal da criança.

Impulsividade ou falta de controle: o comportamento de toda criança é controlado pelos adultos através da imposição de regras que acabam sendo internalizadas no decorrer de seu desenvolvimento. Mas na criança hiperativa este processo encontra-se alterado sendo a impulsividade um dos aspectos relevantes do distúrbio dando uma satisfação rápida em seus desejos e pouca frustração.

O autor complementa que estas manifestações comportamentais na criança hiperativa variam com a idade ou com seu desenvolvimento (ibid., p. 163).

A Hiperatividade não deve ser tratada como uma doença e sim uma desordem bioquímica, provocada pela baixa produção ou pelo menor reaproveitamento dos neurotransmissores (dopamina, adrenalina e serotonina), nas regiões do cérebro (parte frontal) responsáveis pelo nível de atenção e controle das emoções e de sono. Vários estudos apontam fatores genéticos determinantes da hiperatividade. Em geral há casos semelhantes nos parentes mais próximos, como pais, avós, tios, e existe também maior freqüência em gêmeos idênticos (COSTA; KANAREK, 2006, p. 31).

Topczewski (1999, p. 41) define a hiperatividade como uma expressão de disfunção orgânica, porque diversas áreas do cérebro estão envolvidas na determinação do quadro.

O mesmo autor explica que considera-se haver desequilíbrio bioquímico cerebral provocado pela produção e reaproveitamento inadequados dos neurotransmissores (dopamina, adrenalina, serotonina) em certa regiões do cérebro (pré-frontal, frontal, parietal, sistema límbico, núcleos da base, cerebelo, sistema reticular ascendente) responsáveis pelo nível de atenção, controle das emoções,

controle motor e estado de vigília. Essas alterações bioquímicas modificam o comportamento neurofisiológico, pois interferem nos mecanismos do sono e vigília, favorecem o aparecimento do comportamento agressivo, impulsivo, depressivo e os distúrbios da atenção (ibid., p. 42 - 3).

A causa determinante das alterações bioquímicas cerebrais é uma questão bastante estudada e discutida, porém carece, ainda, de consenso. Vários autores acreditam que certas anormalidades, sejam no período gestacional ou por ocasião do parto, podem ser os supostos facilitadores para o desenvolvimento do quadro hiperativo, como se observa abaixo:

- Durante a gestação (hemorragias, eclâmpsia, toxemia, uso de álcool, nicotina e drogas ilícitas);
- As contrações uterinas prolongadas, precedendo o parto;
- Os partos laboriosos;
- O estresse fetal;
- Baixo peso ao nascer.

Acrescentam também que às vezes, pequenos sofrimentos fetais, aparentemente inocentes e pouco valorizados, provocam alterações no tecido cerebral e podem causar importantes repercussões funcionais no sistema nervoso que, no futuro, poderão ser os fatores determinantes das disfunções cerebrais (TOPCZEWSKI, 1999, p. 43).

Conforme Manning, (1999, p. 14 - 5), a criança que vai sendo gerada dentro da mãe está bem protegida pela bolsa amniótica, mas não a ponto de se livrar de qualquer risco. Há fatores externos que podem atravessar a placenta ameaçando o bem-estar do feto. Certas circunstâncias que a mãe vivencie pode influenciar no desenvolvimento fetal. A hereditariedade e o ambiente são os dois fatores importantes para o desenvolvimento da criança e, as eventuais influências negativas desse ambiente podem atingir a criança. Muitos defeitos de nascença são

causados pela própria mãe na gravidez, alguns são: doenças maternas (rubéola, sífilis, diabetes...); estresse; drogas usadas pela mãe, (medicamentos, álcool, fumo, cocaína...); ou mesmo alimentação inadequada durante a gravidez.

Alguns trabalhos na literatura médica sugerem possíveis determinantes genéticos. Por exemplo, foi observado que gêmeos monozigóticos mostraram maior incidência de TDAH que os dizigóticos. (...). Safer realizou um estudo interessante, em 1989, observando maior incidência de hiperatividade entre irmãos completos que em meio irmãos. (...) Essas observações permitem inferir que mesmo havendo a possibilidade de participação de um fator genético, é muito provável que outros fatores familiares e ambientais intervenham na determinação do TDAH (CYPEL, 2003, p. 29 - 30).

Outros trabalhos publicados sugerem a existência de fatores genéticos determinantes da hiperatividade (TOPCZEWSKI, 1999, p. 41):

- Existência de casos semelhantes nos parentes próximos, como pais, avós, tios;
- Maior frequência nos gêmeos idênticos (monozogóticos) que nos não idênticos (dizigóticos);
- Prevalência maior entre os parentes biológicos que entre os parentes adotivos;
- A manifestação é mais freqüente no sexo masculino;
- Estudos moleculares iniciais com o DNA sugerem a existência de alterações bioquímicas na determinação da hiperatividade.

Percebe-se que há várias definições para o termo hiperatividade e que estudos ainda estão sendo realizados a fim de melhor diagnosticar este distúrbio que pode prejudicar o desenvolvimento escolar de muitas crianças.

1.2 CARACTERÍSTICAS DO ALUNO COM HIPERATIVIDADE

O aluno que possui este transtorno apresenta características como: bagunceiro, distraído, problemático, irresponsável, mal-educado. A lista de rótulos de uma criança com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é enorme. No primeiro, a desatenção. É aquela criança que está sempre “ voando”. Não se concentra, é facilmente distraída pelos estímulos externos ou por pensamentos. Não responde quando chamada, esquece tarefas e a hora das refeições. O segundo é o da hiperatividade e impulsividade. Agitada, mexe mãos e pés, não consegue ficar sentada, fala demais, corre e escala sem noção de perigo, responde às perguntas antes de seu fim, tem dificuldade de aguardar sua vez nas brincadeiras e jogos, interrompe a fala dos outros. Há duas formas de manifestação do TDAH: apenas com os sintomas da desatenção ou tudo junto (BUSANI, 2006, p. 15).

Baixo rendimento escolar, alterações bruscas de humor, distração, impulsividade, instabilidade emocional. É um transtorno caracterizado pela hiperatividade da criança, ou seja, é aquela ligada no 220W. Ela não consegue prestar atenção nas coisas e é inquieta (BOTTURA, 2006, p. 1).

De acordo com Costa e Kanarek (2006, p. 31), as crianças hiperativas são, na maioria, incontroláveis e bagunceiras. O distúrbio, considerado um desvio comportamental, é mais comum nos meninos. Atinge cerca de 10% das crianças na educação infantil e, em metade delas, é transitório. Depois dessa fase, a incidência cai para 5%.

1.3 DESENVOLVIMENTO DO PORTADOR DE HIPERATIVIDADE

A maioria dos pacientes com quadro de hiperatividade apresentam desenvolvimento normal, mas alguns denotam certa defasagem no desenvolvimento motor (TOPCZEWSKI, 1999, p. 46).

O TDAH e suas sinónimas caracterizam-se por se constituírem como um quadro sindrômico, e sua conceituação se compõe da descrição de um conjunto de sinais e sintomas. Baseia-se na avaliação de manifestações relacionadas à desatenção, à hiperatividade e à impulsividade, sendo o diagnóstico realizado até o presente momento utilizando puramente o critério clínico. (...) Até a presente data não existe qualquer método laboratorial, de neuroimagem ou neurofisiológico entre os exames complementares capaz de confirmar o diagnóstico, como se espera de praxe no estudo das doenças pediátricas mais freqüentes. Cita-se, como exemplo, o caso de uma menina diabética cujo diagnóstico poderá ser demonstrado pelas alterações na concentração de glicose sangüínea (CYPEL, 2003, p. 21).

Existe uma preocupação por parte dos professores e pais a respeito de quando se pode perceber que a criança é hiperativa. Segundo pesquisas, a hiperatividade pode ser notada em várias fases do desenvolvimento da criança, seja quando lactente, pré-escolar, escolar ou adolescente. (...) No lactente podem ser evidenciadas algumas características, tais como (TOPCZEWSKI, 1999, p. 33):

- Muito chorão e sem causa aparente;
- Inquieto;
- Apresenta dificuldade para conciliar o sono;
- Período de sono curto;
- Voracidade ao mamar;
- Cólicas abdominais freqüentes e exageradas; denota persistente desconforto e insatisfação.

Nota-se também que estas características não são permanentes. Como nos relata Topczewski (1999, p. 33), as manifestações anteriormente citadas podem desaparecer após alguns meses, mas podem persistir sem interrupção até a idade pré-escolar ou mesmo além deste período.

Aconselha-se realizar o diagnóstico o mais cedo possível para evitar sofrimentos desnecessários das crianças. O primeiro desafio é realizar o diagnóstico precoce, pois ainda não há um exame de imagem ou laboratorial que comprove. O diagnóstico é essencialmente clínico (COSTA; KANAREK, 2006, p. 31- 2).

A questão diagnóstica é um dos pontos mais difíceis e cruciais do tema que está sendo estudado. O diagnóstico da criança desatenta e hiperativa sustenta-se sobre dois pilares fundamentais: os dados da história da criança e os obtidos na avaliação clínica. Estarão por sua vez, relacionados a dois pólos de sinais e sintomas: *a desatenção e o conjunto hiperatividade/ impulsividade* (CYPEL, 2003, p. 41).

Para Conners (apud GOLDSTEIN; GOLDSTEIN, 1998, p. 21), o diagnóstico da hiperatividade é difícil e complexo. É preciso uma cuidadosa coleção de informações das mais variadas fontes como pais e professores e também variados instrumentos como questionários, entrevistas e testes. O autor afirma também que não há sinais significativos na história do desenvolvimento da criança que com certeza absoluta possam contribuir para diagnosticar a hiperatividade.

1.4 MANIFESTAÇÕES DA HIPERATIVIDADE

Muitas são as formas de manifestações da hiperatividade. Uma delas é a criança que demora demais para realizar as tarefas escolares. Parece ser

este o indicador mais evidente para se detectar a acentuação da hiperatividade. Na opinião de Topczewski (1999, p. 24 - 5), as manifestações evidenciam-se, de modo isolado ou associado, as seguintes características:

- Crianças que se mantêm em constante movimento;
- Mexem em tudo, sem motivo e sem propósito definidos;
- Dificuldade de se envolverem em brincadeiras;
- São muito impacientes e mudam de atividade com muita frequência;
- Levantam-se da cadeira, quando em sala de aula, em momentos inapropriados;
- Não conseguem permanecer sentados para assistir a um programa de TV, como um desenho animado;
- Mal ficam sentadas à mesa durante a refeição;
- Apresentam incapacidade para focar a atenção em qualquer atividade durante um período de tempo necessário para tal. Há certa tendência para desviar a sua atenção para outros estímulos que são impróprios para aquele determinado momento;
- Fala demasiadamente;
- Distraem-se com muita facilidade e freqüentemente, não conseguem terminar as tarefas propostas para o período pré-estabelecimento;

Aconselha-se aos pais observarem atentamente estes sinais de alerta e procurar um médico se o seu filho apresentar vários desses sintomas (COSTA; KANAREK, 2006, p. 31):

- Movimenta-se constantemente, mexe em tudo sem motivo;
- Tem dificuldade para se envolver em brincadeiras;
- É muito impaciente e muda de atividade com frequência;
- Levanta-se da cadeira, na sala de aula, em momentos impróprios;
- Não consegue permanecer sentado para assistir à TV;
- Apresenta incapacidade para focar a atenção nas atividades;
- Fala demais e rápido. Muda de assunto sem concluir o pensamento;
- Não tolera frustração e sente dificuldade em acatar ordens;
- Tem pouca noção de perigo;
- Distrai-se com facilidade e não termina a tarefa no tempo previsto;
- Sente dificuldade em relacionar-se com familiares e amigos;
- Apresenta baixa auto-estima.

Conforme Antunes (2003, p. 57 - 61), existe na criança um grande desejo de lazer após suas atividades escolares habituais. Quando chega da escola ela quer fazer algo diferente além de estudar, como por exemplo: assistir televisão, brincar, jogar videogame e etc., cabe aos pais saber administrar esse tempo da criança. A criança hiperativa, conforme já visto não tem paciência e falta

concentração, então os pais devem adaptar a realidade de seu filho hiperativo planejando horas de estudo mais curtas que dos alunos ditos “comuns”. Outras dicas que o autor dá, é de estabelecer um horário para as lições de casa fazendo com que essa seja cumprida e identificar se a criança está compreendendo com clareza o que é para ser feito e, se for preciso, mude o método de trabalho caso não apareça resultados, mas sempre com muita paciência, evitando demonstrar cansaço ou irritabilidade.

Há também outras manifestações, como a baixa capacidade de manter a atenção, que é também chamado de distúrbio do déficit de atenção (DDA). (...) Os pacientes portadores do DDA apresentam algumas manifestações que devem ser consideradas (TOPCZEWSKI, 1999, p. 47- 49):

- Dificuldade para manter a atenção nas atividades;
- Cometem erros que não se justificam por falta de atenção;
- Qualquer estímulo desvia a atenção das tarefas em execução devido à falta de concentração;
- Esquecem de fazer os deveres do dia a dia;
- Abandonam os trabalhos antes de finalizar, pois têm dificuldades em persistir na mesma tarefa por muito tempo;
- Perdem objetos pessoais, e material escolar por esquecerem com grande frequência;
- Parece não prestarem atenção quando se lhes estão falando;
- Evitam ou desistem de atividades que exijam esforço mental prolongado;
- São desorganizados nas várias atividades diárias;
- Têm dificuldades para seguir as instruções até o fim;
- Esquecem com facilidade as solicitações que lhes são feitas.

Pode-se notar que esses pacientes apresentam dificuldades importantes relacionadas à organização, planejamento, desenvolvimento e execução das tarefas.

Sendo assim Silva (2003, p. 54-56) também descreveu algumas dicas que podem auxiliar no diagnóstico de uma criança DDA:

- Com frequência mexe ou sacode pés e mãos, se remexe no assento, se levanta da carteira;
- É facilmente distraída por estímulos externos;

- Tem dificuldade de esperar sua vez em brincadeiras ou em situações de grupo;
- Com frequência dispara respostas para perguntas que ainda não foram completadas;
- Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou mesmo atividades lúdicas;
- Frequentemente muda de uma atividade inacabada para outra;
- Tem dificuldade em brincar em silêncio ou tranquilamente;
- Às vezes fala excessivamente;
- Vive perdendo itens necessários para tarefas ou atividades escolares.

Silva (ibid., p. 53), afirma que o DDA tem três características próprias: distração, impulsividade e hiperatividade. Sendo estas três um tanto comum na infância, é a intensidade destas principais características que distingue uma criança dita “normal” da DDA. Pois tudo na criança DDA parece ser “mais”, a mais agitada, a mais bagunceira, a mais impulsiva, etc.

2 A FAMÍLIA DA CRIANÇA PORTADORA DE HIPERATIVIDADE

Os pais dessas crianças travam uma batalha diária com as dificuldades para lidar com o filho inquieto, mais desobediente do que a média e sabem que a criança pode até ser marginalizada em seu círculo de amigos (COSTA; KANAREK, 2006, p. 31).

É necessário enfatizar que o contexto familiar é de extrema importância nesses casos. Evidentemente não se está atrás de encontrar culpados, mas é fundamental que conheçamos como se deu ou está se dando a relação dessa criança com seus pais e irmãos, para termos uma melhor compreensão do problema. Como foi referido, é da composição dessa relação que em uma determinada criança da família poderá estabelecer-se a alteração do comportamento. Entenda-se, dessa forma, que as alterações comportamentais da criança dependem de uma conjunção de fatores: ambientais, familiares e da própria criança. Isto é, poderá observar-se uma família na qual existam três irmãos e somente um deles estará apresentando quadro do tipo TDAH. Este fato pode ser explicado quando na gestação desta criança a mãe passou por um processo de ansiedade e insegurança. As angústias ficam acentuadas se aconteceu alguma intercorrência perinatal, desconforto respiratório ou anoxia mais grave. Ou ainda, se o bebê nasceu prematuramente. A partir daí, cria-se um ambiente doméstico tenso, talvez pela dificuldade de aferir as reais necessidades do bebê, com cuidados excessivos. Um pouco mais crescido, já engatinhando e andando pela casa, nada lhe pode ser negado; e, nesse ambiente, o bebê cresce passando a “reinar” de

modo absoluto. (...) E é incrível para quem está de fora da situação observar como todos se curvam aos seus mandos (CYPEL, 2003, p. 35 - 6).

É comum defrontar-se com pais totalmente permissivos e incapazes de colocar qualquer limite para os filhos, são excessivamente tolerantes e com isso, a criança vai ampliando a exuberância das suas exigências. É importante deixar bem destacado a constância desse fato: a não-colocação de limites pelos pais, ou por um deles, tem sido uma verificação quase absoluta nesses casos. É bem comum encontrar-se uma condição familiar na qual o pai trabalha, sai cedo de casa e retorna somente à noite, e a mãe fica com as atividades domésticas e o cuidado dos filhos, da roupa, das lições da escola e quase sempre do serviço de transporte ao colégio, consultas médicas, esportes, etc. O pai é o profissional e a mãe é do lar. *Como a mãe não trabalha é sua responsabilidade o cuidado com a casa e com os filhos.* Para as mães que trabalham esse contexto se modifica, mas nem tanto. Por uma condição cultural, ainda permanecem com elas os cuidados domésticos e familiares. Funcionando dessa maneira comumente o pai exime-se de qualquer participação na educação dos filhos (ibid., p. 37).

Por outro lado, o pai não tem consciência de sua importância no processo de desenvolvimento do filho. Pensa que as dificuldades são na escola, pois lá é que devem ser consertadas. Sua presença e participação são fundamentais para com a mãe estabelecer limites, incentivar, motivar, valorizar e manter uma relação com o filho que promova seu crescimento emocional. A falta desse vínculo estabelecido de maneira sólida e harmônica, favorece distorções no desenvolvimento da criança, expondo-a a distúrbios afetivos, podendo gerar ansiedade, depressão e comportamentos do tipo desatenção e/ ou hiperatividade (CYPEL, 2003, p. 38).

O autor Cypel (ibid., p.39) ainda constata que na prática, em boa parte das ocasiões nas quais se encontram crianças com DA/H, estão presentes essas distorções dos vínculos familiares, conforme foi relatado, fazendo parte dos determinantes dessa condição.

Topczewski (1999, p. 27), completa que a mãe, no seu convívio diário, percebe, também, que o comportamento da criança é diferente quando comparada com outros filhos ou com os filhos dos amigos, caso seja único. Há vezes em que o comportamento hiperativo é confundido com a falta de limites no processo educacional. Havendo sinais sugestivos de hiperatividade, a criança deve ser encaminhada para uma avaliação clínica especializada com profissionais familiarizados com o quadro, sejam neuropediatras ou psiquiatras.

O autor acrescenta que nem sempre os pais conseguem perceber as diferenças comportamentais, especialmente quando não tem outros filhos. Muitas vezes acreditam tratar-se de uma fase transitória, e, com isso, tornam-se mais tolerantes. (...) Por outro lado, há, também, pais que não querem admitir que o seu filho apresenta algum comprometimento comportamental, e consideram as queixas em relação ao seu filho como sendo uma questão pessoal de antipatia ou de intolerância. Quando a queixa inicial é por parte da escola a primeira providência é mudar de escola. (...) Esta não aceitação por parte dos pais retarda o diagnóstico e, por conseqüência, o tratamento.

Nota-se que também as causas emocionais podem ser determinantes do comportamento hiperativo. Geralmente, os fatores ambientais familiares, tais como os desentendimentos entre o casal, comportamentos agressivos, psicopatologias na família, podem ser relacionados ao aparecimento da hiperatividade (TOPCZEWSKI, 1999, p. 42).

Neste caso pode-se dizer que com a experiência vivida com crianças em diversos meios, nota-se que deve existir uma rotina para a vida da criança e que o ambiente onde ela vive deve ser tranquilo. É notável que toda criança que vem de um ambiente conturbado possui dificuldades de relacionamento, comportamento e conseqüentemente de aprendizagem.

Jones (2000, p. 64), também explica que um dos principais problemas das crianças hiperativas é que elas tendem a desenvolver uma baixa auto-estima. Em casa elas quase sempre são criticadas.

Silva, (2003, p. 31) explica que a baixa auto-estima que os DDAs enfrentam é pelo fato de que em geral, desde cedo eles sofrem grandes repreensões e críticas negativas. Sem entender o porquê, com o tempo ele se vê de maneira depreciativa e passa a ter como referência pessoas externas e não a si próprio.

Jones (2000, p. 109) diz que alguns pais de crianças hiperativas percebem que seus bebês são difíceis desde o início. Muitas crianças, posteriormente diagnosticadas com TDAH, tinham cólicas, eram agitadas e insones. Contudo, isso nem sempre acontece e alguns pais relatam que as crianças com TDAH dormiam bem quando eram bebês, enquanto aqueles que sentiam cólicas transformaram-se em crianças tranquilas.

À medida que o bebê cresce, você pode descobrir que ele não se acalma tanto quanto você esperava. Talvez ele durma menos do que os outros bebês e seja muito exigente e agitado durante o dia. Diferentemente dos outros bebês de 7-9 meses de idade que ficam felizes sentados com diversos brinquedos à sua volta, o bebê hiperativo vai engatinhar, rolar e subir em todos os lugares,

apanhar alguma coisa só para atirá-la longe novamente alguns minutos depois (JONES, 2000, p. 111).

Em geral é quando a criança já está andando, aos dois ou três anos de idade, que a maioria dos pais percebe que o filho é diferente. Eles talvez tenham esperado que seu bebê agitado começasse a se acalmar, mas descobrem que ele não ficou nem um pouco mais fácil depois que começou a andar, a falar e a participar de atividades para crianças em idade pré-escolar. (ibid., p. 110).

Para melhorar a convivência e estimular bons comportamentos nas crianças DDAs, principalmente se elas forem hiperativo / impulsivo, Silva (2003, p. 64-68) escreve algumas dicas que são de origem de pesquisas do psicólogo Sam Goldstein e do neurologista Michael Goldstein:

- O passo inicial para todos os pais e/ou cuidadores é o *conhecimento*. Quanto mais eles estudarem, se informarem e se educarem sobre o problema de seus filhos, mais estarão preparados para lidar com ele da forma mais apropriada.
- O passo seguinte é consequência do primeiro: saber *diferenciar desobediência e inabilidade*. Uma vez que os pais e/ou cuidadores conheçam suficientemente bem o problema, eles estarão aptos a distinguir quando a criança está sendo desobediente e rebelde, ou quando simplesmente, não está conseguindo controlar seus impulsos e fazer o que eles ou outras pessoas responsáveis estão pedindo.
- O próximo passo é saber dar *ordens positivas*. Isso vai um pouco contra o que se aprende a fazer, de forma não espontânea, levando um pouquinho de tempo e prática até que se acostume. (...) Se, por exemplo, seu filho está num entra-e-sai de casa, justo no momento em que o quintal está sendo lavado e deixa um rastro molhado sempre que irrompe porta adentro, a reação mais provável será ralhar com ele, ordenando que pare de molhar a casa ou que pare de correr. Está sendo dada uma ordem negativa. É bem provável que a criança DDA obedeça por um tempo, até que se distraia e sua impulsividade dê novamente partida para outros entra-e-sai. (...) Como ordem positiva, poderia instruí-lo sobre secar os pés em um pano, antes de entrar, ou brincar somente do lado de fora ou apenas do lado de dentro, de uma forma serena e não ameaçadora.
- E o último passo é a continuidade dos anteriores e seu objetivo principal é sempre *promover* o sucesso da criança. Hábitos arraigados são difíceis de mudar, mas não impossíveis. Trata-se de abandonar o padrão antigo de valorizar mais as atitudes negativas da criança (ela percebe perfeitamente que chama mais atenção quando faz algo errado) e mudar para um padrão de sempre incentivar, reforçar e promover o sucesso dela.

Jones (2000, p.117) acrescenta que as famílias podem achar cada vez mais difícil lidar com seu adolescente. Uma criança pequena é mais facilmente controlada do que um adolescente zangado.

2.1 A HIPERATIVIDADE NO ADOLESCENTE

Observa-se que muitas famílias apresentam grande dificuldade para lidar com seu filho adolescente quando este é considerado “normal”. Maior dificuldade ainda deverá encontrar para lidar com o adolescente hiperativo.

Para os autores Grace, Nicholson e Lipsitt ([s.d.] p.72-3), a adolescência é considerada uma fase de experimentar, onde o adolescente está em busca do seu “eu”. É nesta fase que ele descobre as emoções, valores e desenvolve relacionamentos mais profundos. É uma fase de alegria, mas também de muita tensão, ansiedade, ambição e impaciência. O adolescente fantasia muito com coisas que quase sempre não se realizam, ele muda de humor constantemente o que é considerado “normal” nesta fase. Adolescência é uma palavra em latim que significa “idade de crescer”.

Piaget (apud MANNING, 1999, p. 167- 8), explica que o adolescente é capaz de raciocinar sobre o raciocínio. O jeito que a inteligência acontece na adolescência reflete na vida do adolescente, pois ele já é capaz de formar opinião de si próprio e dos outros, o adolescente se torna alto crítico principalmente quando ele vê que não é tudo o que queria ser.

Manning (1999, p.169), também reflete que o adolescente constantemente generaliza as situações muitas vezes levando a discussão o que é

certo ou errado. É na adolescência que se desenvolve a moralidade e começa a preocupação em compreender as regras e cumpri-las.

O mesmo autor relata que esta fase é de transformação física e intelectual em que acontece a passagem da infância para a idade adulta. É uma época de preparo para as responsabilidades adultas. É uma fase que os jovens devem se tornar mais independentes dos pais, já com uma profissão idealizada e a preparação à maturidade sexual, obtendo uma identidade e filosofia de vida. É um período ideal para analisar as oportunidades existentes, mas é dificultado pela instabilidade que também faz parte desta fase.

Stanley Hall (apud MANNING, 1999, p. 174), descreveu a adolescência como um período de “tempestade e tensão”, para ele é uma fase difícil e traumática.

Para Freud e sua filha Anna Freud (apud MANNING, 1999, p. 174) a força energética e organizadora desta fase é a maturação dos órgãos sexuais.

Piaget e Erikson (apud MANNING, 1999, p. 175) reconheceram como responsáveis pelo desenvolvimento na adolescência a maturação física e a educação. Os autores ressaltam que os conflitos ocorridos na adolescência decorrem do contraste da realidade perfeita esperada pelo adolescente com a realidade do mundo e que este conflito surge devido à busca de identidade e a confusão de papéis, o adolescente está no início da fase adulta, mas ainda age muitas vezes como criança ou é tratado como tal e isso gera uma confusão.

Manning (1999, p. 177) ainda relata que a adolescência é conhecida em nossa cultura como uma fase de crise de identidade, o adolescente precisa saber quem ele é e o que ele quer ser. É normal o adolescente trocar suas idéias e valores assim como troca de roupa, isso faz parte do seu processo de

desenvolvimento. É comum também acontecer um egocentrismo assim como na primeira infância, devido ao fato deles estarem mais preocupados consigo, e isto atrapalha a busca de sua identidade.

Com a observância destas características pode-se dizer que deve ser muito mais difícil lidar com um filho/aluno adolescente portador de hiperatividade.

Antunes (2003, p. 64 - 5): se a adolescência por si só, é uma fase difícil, não é difícil imaginar como é o comportamento de um adolescente anormalmente ansioso, agitado, desconcentrado e freqüentemente levado por fortes impulsividades emocionais. Os problemas de adolescentes com TDAH são ainda mais severos e suas conseqüências mais perniciosas. O que fazer? Deve estar se perguntando. Para esta pergunta, o autor recomenda três importantes ações: muita paciência, persistente acompanhamento e, principalmente muito diálogo. É extremamente importante que o adolescente TDAH seja ouvido e que tenha pelo menos um interlocutor constante com quem possa dividir suas angústias.

2.2 A ESCOLA E A CRIANÇA PORTADORA DE HIPERATIVIDADE

É freqüente nas escolas os pais se questionarem se o filho indomável não seria um hiperativo. Até porque boa parte dos hiperativos também desenvolve um outro problema, o déficit de atenção que em geral, vem à tona no período escolar. Cabe à escola o papel de identificar se as crianças são portadoras do distúrbio ou se não tem limites. Na maioria dos casos parece que o problema está na educação delas.

Topczewski (1999, p. 15) reflete que a escola, desde o século XIX, tornou-se uma atividade obrigatória, e, desde então, a escolaridade passou a ter um

papel fundamental para a ascensão social. A partir deste período, as dificuldades escolares e os seus fracassos passaram a ser considerados como um problema importante ou até mesmo uma doença. Várias são as causas determinantes do fracasso escolar, e a hiperatividade é uma delas. Sabemos que a população de hiperativos é grande e parte dela apresenta dificuldades para a adaptação escolar, social e familiar.

Estima-se que a hiperatividade na idade pré-escolar esteja na faixa dos 10%, na idade escolar em 4-5% das crianças, e em 10% no grupo dos adolescentes. (...) A prevalência do quadro na idade adulta está na faixa dos 2-7%. Estudos revelam que a persistência da hiperatividade na idade adulta alcança uma cifra variável de 20-40% dos pacientes que o eram na infância (TOPCZEWSKI, 1999, p. 24).

As primeiras observações, na maior parte das vezes, são feitas pelos professores, que notam ser o comportamento da criança muito agitado. Isto é percebido quando comparado ao comportamento das outras crianças durante as aulas. Além disso, notam que o desempenho da criança em relação à média do grupo está, também, defasada (TOPCZEWSKI, 1999, p. 26 - 7).

De acordo com os autores Coll, Palácios e Marchesi (1995, p. 160), a hiperatividade é um dos distúrbios mais freqüentes na idade pré-escolar e escolar. A hiperatividade é caracterizada por excesso de atividade motora, déficit de atenção e falta de auto controle, que inicialmente foi definida como um distúrbio neurológico, relacionada com lesão cerebral mínima. Mas nos anos 60 surgiu uma nova perspectiva funcional caracterizando-a como síndrome condutual e identificando como principal causa a atividade motora excessiva. Diversos estudos na década de 80 definiram os aspectos cognitivos e principalmente o déficit de atenção ou a falta

de autocontrole ou impulsividade uma das características mais relacionadas a hiperatividade.

Algumas vezes, os problemas das crianças com TDAH só ficam verdadeiramente visíveis quando elas vão para a escola. Isso acontece porque as dificuldades podem vir à tona em um ambiente social e quando se espera delas um trabalho mais organizado e concentrado. (...) Com freqüência, as crianças com TDAH acham difícil ficar tranqüilas no novo ambiente da escola. Os problemas podem surgir em determinados momentos, por exemplo quando elas recebem instruções sobre o que fazer ou quando ouvem uma história no final da tarde e espera-se que fiquem tranqüilamente sentadas (JONES, 2000, p. 114).

Muitas crianças com TDAH fracassam na escola. Isso pode ter começado durante o ensino fundamental e, quando elas estão se preparando para exames importantes, podem estar muito atrasadas com relação aos colegas e sabem que não vão conseguir (JONES, 2000, p. 117).

Embora os professores e orientadores pedagógicos estejam preparados, quando surgem um ou dois hiperativos em uma classe, em geral, cria-se uma situação problemática. Cypel (2003, p. 80) explica que essas crianças agitadas rompem com a harmonia na sala de aula, interferem no trabalho didático e atrapalham a atividade dos outros alunos.

O mesmo autor comenta que essas crianças, às vezes, têm dificuldade de freqüentar escolas tradicionais e salas de aula com número grande de alunos. Esse tipo de ambiente não beneficia sua dificuldade de concentração, ficando mais dispersiva e alheia. Melhor seria encontrar uma escola com classes pequenas de até 15 alunos, na qual poderia receber uma atenção mais individualizada (ibid., p. 81).

A falta de atenção assim como a inquietação, são uns dos problemas que estão relacionados às crianças com TDAH. Fonseca (1995, p. 252) explica que:

A criança com Dificuldades de Aprendizagem (DA) caracteriza-se por uma inteligência normal ($QI \geq 80$), por uma adequada acuidade sensorial, quer auditiva, quer visual, por um ajustamento emocional e por um perfil motor adequado. (...) As suas principais características compreendem uma dificuldade de aprendizagem nos processos simbólicos: fala, leitura, escrita, aritmética etc.

Nas palavras de Drouet (2000, p. 130), a criança que sofre de TDAH, não consegue aprender por não conseguir se concentrar. Ele explica:

A hiperatividade ou hipercinesia é uma outra característica marcante. A criança “não tem parada” . Quando sentada, faz movimentos desnecessários com os membros superiores e inferiores ou com os dedos: move o tronco, a cabeça, pisca os olhos, faz caretas, tamborila na mesa etc. Esta hiperatividade é acompanhada de murmuração constante ou canto monótono. Não consegue fixar as idéias, não concentra a atenção e sua produção intelectual, por esse motivo, é muito baixa.

Sabe-se que os problemas de aprendizagem que podem ocorrer tanto no início como durante o período escolar surgem em situações diferentes para cada aluno, o que requer uma investigação no campo em que eles se manifestam. Qualquer problema de aprendizagem implica amplo trabalho do professor junto à família da criança, para analisar situações e levantar características, visando descobrir o que está representando dificuldade ou empecilho para que o aluno aprenda.

Em relação aos problemas de aprendizagem, José e Coelho (1999, p.17) falam que o professor deve saber o que é normal, problemático e patológico no comportamento de uma criança. Para que o professor avalie um problema de aprendizagem corretamente, ele precisa conhecer o comportamento infantil em cada faixa etária. Mielnik in Jose e Coelho (1999, p. 21 - 2), considera que para conceituar o normal, deve-se basear no progresso da criança comparando-a com suas próprias

habilidades e capacidades e que a situação problemática abrange um relacionamento difícil com as pessoas. A criança tem dificuldades emocionais, fica muito sensível, se sente rejeitada e ansiosa, com sensação de pânico às vezes.

Os autores acima citados dizem que o comportamento normal ou patológico pode ter origem na própria criança (fator genético) ou no ambiente (fator social). Para caracterizá-lo, afirmam que devem ser considerados os seguintes fatores:

- idade;
- constituição física;
- desenvolvimento (período em que a criança se encontra);
- ambiente cultural;
- conduta e personalidade dos pais e irmãos;
- tensões e traumas da vida cotidiana aos quais a criança fica exposta;
- tendências internas e defesas psíquicas do ego infantil;
- influência de pressões externas e internas;
- meios de adaptação a essas pressões;
- processos envolvidos na maturação da personalidade infantil.

Após a verificação pelo professor de todos estes fatores, ele ainda precisa ter certeza que a criança não esteja passando apenas por uma fase difícil que pode ser provisória com condições de superá-la.

É preciso que o professor saiba diferenciar quando uma criança está com problemas de aprendizagem porque não consegue prestar atenção devido à sua deficiência, ou se está apenas brincando com o problema e causando indisciplina. Neste caso é muito importante a colaboração da família que deve estar ciente do que está acontecendo com a criança. O papel da escola e dos educadores é neste caso trabalhar em parceria para ajudar na aprendizagem da criança.

José e Coelho (1999, p. 184) fala da importância da conscientização da família pela escola e menciona:

À escola cabe alertar a família quanto à necessidade de um tratamento para essas crianças, que em geral é psicoterápico, havendo às vezes indicação de tratamento medicamentoso. (...) A agitação, inquietude ou instabilidade, quando presentes na sala de aula, podem ocupar grande parte do valioso

tempo da classe. É essencial que o professor tente desenvolver um clima de harmonia para que possa trabalhar com essas crianças de uma forma que evite o desperdício de tempo, mantendo-as interessadas e realmente envolvidas no trabalho que todos estão realizando.

Por isso é sempre importante o professor ficar atento e qualquer sinal de suspeita procurar ajuda, pois para melhorar a aprendizagem do aluno e a convivência com seus colegas e professores, essa criança precisa que se estabeleça formas de se concentrar e mostrar sua capacidade de aprender e respeitar as regras. Esta atitude do professor deve ser de maneira natural nunca tratando a criança como diferente. Antunes, (2003, p. 36) diz:

Nunca demonstrar pena ou comiseração e em seu nome fazer apelos para que outros o aceitem, ou fazer “vistas grossas” para suas ações agressivas, mas intervir sempre de maneira positiva de forma a ajudar seus eventuais amigos a observar suas qualidades, perceber suas intenções.

Acredita-se que com o auxílio de especialistas, dos professores e familiares esta criança terá altas chances de melhorar seu desempenho escolar e alcançar êxito nos seus relacionamentos o que facilitará sua vida social e também seus estudos.

3 ANÁLISE DO ESTUDO DE CASO COM CRIANÇA PORTADORA DE TRANSTORNO E DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

O estudo de caso foi realizado com uma criança do sexo masculino escolhido por ter um diagnóstico de portador de TDAH. O fato de ser meu aluno facilitou a observação e estudo.

3.1 HISTÓRICO DA CRIANÇA PORTADORA DE TDAH

A criança escolhida para observação e estudo é aluno de um colégio particular desde 2005. O fato dele ser uma criança hiperativa e apresentar problemas de comportamento e aprendizagem chamou a atenção e despertou um certo interesse em estudar o caso. Quando o colégio recebeu este aluno de uma escola pública, ele já veio rotulado como o “marginal”, o terrível e outros adjetivos negativos. Na época ele foi matriculado na 6ª série e começamos a perceber que havia algo de diferente nele, porque ao contrário do que se dizia, ele era e é ainda uma criança dócil, carinhosa e inteligente, mas que não conseguia parar quieto, estava sempre tentando chamar a atenção, não conseguia completar nenhuma atividade porque estava sempre cutucando o colega da frente ou de trás, andando pelos corredores, às vezes era um pouco agressivo com os colegas e professores, mas mesmo assim nunca faltou com respeito a nenhum professor. Apresentava-se como uma criança bastante nervosa e estava sempre atrapalhando a aula, o que fazia com que sua nota fosse sempre baixa na maioria das matérias. Ao passar todos esses acontecimentos para a equipe pedagógica da escola, percebeu-se que

ele era sempre assim, em todas as aulas e, que seu problema maior estava em não conseguir ficar quieto e prestar atenção. A equipe chamou sua família e ele foi encaminhado primeiro para a psicóloga do colégio. Esta realizou a avaliação psicopedagógica, conversou com a família, encaminho-o para um médico neuropediatra. A mãe sempre esteve ciente de tudo que estava acontecendo com seu filho e demonstrando interesse em ajudá-lo, acatou o parecer da escola e o levou para o exame indicado com todos os relatórios dos professores, equipe pedagógica e psicóloga. O médico comprovou o que já se suspeitava: o aluno era portador de um déficit de atenção bastante acentuado acompanhado de hiperatividade. Depois do diagnóstico médico ele começou o tratamento com medicamento e acompanhamento individual em sala de aula e maior atenção da família que passou a compreender o motivo do comportamento diferente que apresentava. Depois de alguns meses de tratamento observou-se nitidamente a diferença em seu comportamento. Ele se tornou uma criança mais calma e prestativa, suas notas começaram a melhorar porque ele já não andava tanto pela sala como antes e com isso prestava mais atenção nas explicações. Hoje seu comportamento e aproveitamento na aula melhorou muito e ele é considerado por todos um aluno normal, muito inteligente, esperto e capaz de realizar a maioria das atividades propostas. Também o seu relacionamento com os colegas melhorou muito.

Para comprovar este estudo realizou-se uma pesquisa com professores do referido aluno, com a família e com o próprio aluno. A pesquisa foi feita em forma de entrevista com questões abertas. Foram entrevistados três professores que trabalham com ele desde a sua chegada no colégio. O questionário para os professores tinha 5 questões. O questionário direcionado à mãe tinha 8

perguntas e o questionário direcionado ao aluno tinha 7 questões. A técnica utilizada foi a entrevista gravada.

3.2 TRANSCRIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS PROFESSORES

Diante das questões trabalhadas as respostas foram as seguintes:

a) Sobre a questão 1: Qual o comportamento apresentado por este aluno em sala de aula? Para esta questão as respostas dos professores foram semelhantes. É bastante agitado, quando faz algum tipo de brincadeira não pensa na consequência que a mesma pode causar. Está sempre falando alto e querendo chamar a atenção e não obedece as regras. (ENTREVISTA nº 1); Ele é imprevisível, há dias em que se comporta normalmente, em outros não fica quieto, provoca os colegas, fala alto, faz careta, dança, apresenta dificuldade de ficar parado, não consegue se concentrar. (ENTREVISTA nº 2); Em alguns momentos se mostra totalmente alheio ao que está sendo ensinado, em outros mostra interesse, participa das explicações, valoriza o conhecimento. Gosta muito de conversar e fazer brincadeiras “sem graça”. (ENTREVISTA nº 3).

b) Sobre a questão 2: Qual a dificuldade encontrada no trabalho com este aluno? As respostas foram variadas: chamar a atenção do aluno, fazer com que ele se sente e preste atenção na explicação, em socializar ele com a turma. (ENTREVISTA nº 1); não sei se devo ser rígida, tentando impedir que ele se comporte da maneira descrita acima ou se esse comportamento é involuntário. (ENTREVISTA nº 2); fazer com que ele compreenda o momento de conversar e o de calar, pois brinca em demasia. (ENTREVISTA nº 3)

c) A questão 3: Como é o relacionamento do aluno com os colegas e dos colegas com ele? Para esta questão, todos os entrevistados tiveram a mesma resposta mas com o uso de palavras diferentes: existe uma certa rejeição por parte de seus colegas, pois ele sempre falta com respeito com seus amigos, por isto, eles sempre se afastam. (ENTREVISTA nº 1); os colegas na maioria das vezes o tratam como “o diferente”, incentivam ele a fazer coisas estranhas para ficarem rindo. Nas atividades em grupo ele sempre é excluído pelos colegas. (ENTREVISTA nº 2); ele tenta se aproximar, porém as brincadeiras que faz acabam afastando os colegas dele. Há um pouco de preconceito dos outros com relação a ele. (ENTREVISTA nº 3).

d) A questão 4: Você se sente preparado(a) para trabalhar com alunos hiperativos? Justifique: Para esta questão a resposta foi unânime, todos os professores responderam não, e justificaram: “porque não tenho um conhecimento aprofundado sobre o problema. A estratégia utilizada é a lei do erro e do acerto, aquilo que dá certo é sempre utilizado, aquilo que não deu certo não uso mais como recurso”. (ENTREVISTA nº 1); “para mim é difícil perceber quando ele não consegue se controlar ou quando ele está se aproveitando. Tenho a impressão que ele sempre está procurando chamar a atenção. Acho que tenho esse comportamento porque não fui preparada para trabalhar com alunos com esse problema”. (ENTREVISTA nº 2); “pois são alunos que precisam ser trabalhados de maneira diferente e eu quando estudei, ou em cursos feitos não obtive muitas instruções sobre o assunto”. (ENTREVISTA nº 3)

e) Na questão 5: No seu ponto de vista houve melhora do aluno após o tratamento? Esta questão só foi respondida por dois professores, a entrevista nº 2 não tem resposta pelo fato da professora não ter conhecido o aluno antes do

tratamento feito com ele. As respostas obtidas foram positivas: ele está mais calmo, agora já senta junto com os outros colegas, espera sua vez para realizar as atividades e o relacionamento com seus colegas melhorou. (ENTREVISTA nº 1); sim, ele melhorou bastante, seu comportamento era muitas vezes violento, agressivo e hoje isso diminui bastante. (ENTREVISTA nº 3).

Através das respostas dos professores percebe-se que o aluno em questão apresentava um comportamento semelhante em todas as aulas, o que dificultava muito o seu relacionamento com os colegas e atrapalhava não só o trabalho do professor como também a sua aprendizagem e dos outros alunos de um modo geral. Observou-se também que os professores não se encontram preparados para lidar com este tipo de aluno e se sentem frustrados por não poder realizar o trabalho com eficiência. Em relação à melhora do aluno após o diagnóstico do médico, ficou visível que houve um grande progresso.

Conforme a autora Silva, (2003, p. 62 - 3) o desempenho escolar da criança com DDA é marcado pela instabilidade, e isso os professores podem ilustrar bem, às vezes ela é brilhante e em outros momentos, inexplicavelmente, não consegue prestar atenção. Isso pode acontecer de um dia para o outro, e a causa deste sobe e desce no desempenho escolar é a instabilidade de atenção. Caso isso aconteça com uma criança que seja também hiperativa, o problema é maior, pois além de não prestar atenção, sua incapacidade de manter-se quieta em sua carteira a impedirá não só de aprender, mas também de conquistar e manter amizades.

Uma observação feita por professores, importante de relatar é que as crianças hiperativas parecem estar sempre sonhando acordada, essas crianças não estão desconcentradas, mas apenas interessada em outra coisa. As crianças

hiperativas geralmente são mais improdutivas na aula ou no recreio do que as outras crianças (GOLDSTEIN e GOLDSTEIN, 1998, p. 108)

3.3 TRANSCRIÇÃO E ANÁLISE DAS RESPOSTAS DA ENTREVISTA COM A MÃE DO ALUNO PORTADOR DE TDAH

Questão nº 01 - Quando descobriu que seu filho era hiperativo?

R: Foi na escola, quando ele entrou no ginásio, foi a diretora da escola particular que me alertou deste transtorno e me encaminhou para a psicóloga da escola e começamos a perceber mais nele este problema.

Questão nº 02 - De que forma isso aconteceu?

R: Foi quando eu o transferi da escola pública para a escola particular. Na escola pública eles tinham uma outra visão sobre seu comportamento, eles sabiam que ele era uma criança difícil de lidar, nervosa que vivia se estressando, discutindo e brigando facilmente, era outro tipo de observação feita dele.

Questão nº 03 - Como foi a infância de seu filho?

R: Sua infância foi normal. Ele nasceu e cresceu em fazenda, então para ele era bem mais tranquilo e fácil. Quando ele tinha três anos mudamos para cidade e ele entrou na creche, depois jardim e entrou na escola.

Questão nº 04 - A partir de que momento seu filho começou a apresentar problemas na escola?

R: Quando ele estava na segunda série, ele estava com sete e ia completar oito anos. Foi quando começou sua transformação, aquela fase de “menininho”, quando ele estava no pré e na primeira série ele já apresentava uma liderança na turma, era ele que começava e dava as idéias das brincadeiras, a professora observava esse tipo de comportamento nele, o qual não era agressivo. Mas quando ele entrou para quinta série foi começado a observar, não a hiperatividade dele, o transtorno, e sim um comportamento mais agressivo, porque na medida que ele ia crescendo seu comportamento mudava, cada ano era um tipo de comportamento, as agressões como brigas, socos, brincadeiras estúpidas e foi aí que começamos a observar mais.

Questão nº 05 - Quais eram os problemas mais freqüentes apresentados na escola?

R: Agora com o acompanhamento do neuro ele está melhor, antes ele não aceitava ouvir um “não”, ele já emburrava, gritava, esperneava, para ele limite não existe. E o neuro orientou a dar limite para ele, principalmente por ele ser uma criança hiperativa.

Questão nº 06 - Quais as dificuldades que você encontrou em relação ao convívio de seu filho na família, na escola e na sociedade?

R: Todas. A psicóloga tem uma maneira de pensar, a mãe tem uma psicologia diferente que vai mais pelo lado mãe de educar, de repreender quando precisa, e um tapinha, uma chinelada de vez em quando não faz mal, mas dentro da psicologia isso não pode, tem que conversar, falar, conversar, falar... , e nem sempre temos essa paciência. Ficar toda hora falando e repetindo a mesma coisa chega uma hora

que não dá, nem sempre dá certo. Eu trabalho o dia inteiro e chegar a tarde ficar repetindo todo dia a mesma coisa não funciona.

Questão nº 07 - Qual tratamento é realizado com seu filho?

R: Eu levo ele no neurologista e neuropediatra em outra cidade, e na escola ele tem acompanhamento da psicóloga e psicopedagoga da própria escola, além do medicamento que ele toma. Semana passada tivemos uma consulta com a psicóloga e em seguida com o neuro, onde foi levado um relatório da psicóloga para ele, e está tudo bem, o medicamento está sendo tomado direitinho, porque a ritalina é uma substância que falta no cérebro dele para que ele possa ter essa atenção, por isso que ele tem o transtorno de déficit de atenção, e é justamente isto que falta e é o remédio que completa isso.

Questão nº 08 - E hoje como está seu filho?

R: Dentro do relatório da diretora do colégio onde estuda juntamente com o da psicóloga, ele está melhorando bastante, sempre nos reunimos para conversar sobre seu comportamento e aprendizagem e hoje ele está bem mais concentrado, porque antes a sua desatenção era total dentro da sala de aula e agora ele está produzindo, ele presta mais atenção, tem acompanhamento nas matérias, os professores não precisam ficar chamando tanto a sua atenção. Eu estou sempre em contato com a escola e a escola comigo, para que eu possa acompanhar seu comportamento e aproveitamento em sala de aula e poder corrigir algumas falhas, mas eu não tenho tido reclamação. Agora, em casa a minha briga com ele é em fazer com que ele fique em casa e faça tarefa, ele não quer parar dentro de casa está sempre escapando de um jeito.

Comprova-se pelas respostas da mãe do aluno que o mesmo comportamento observado na escola acompanha o aluno também em casa. O diagnóstico foi tardio mas, deu e está dando bons resultados. Após o diagnóstico dado pelo médico, tanto a família como a escola passaram a compreender melhor seu comportamento. Pode-se concluir que a união da família e da escola em torno do problema apresentado parece ser a peça-chave para solucionar ou pelo menos amenizar as dificuldades encontradas.

Conforme algumas observações da mãe segue a opinião de especialistas que parecem falar o mesmo:

Muitas vezes as crianças hiperativas conseguem ter um bom desempenho nas suas primeiras séries escolar, podendo não serem consideradas como crianças problemas. No entanto, nos últimos anos do primeiro grau elas não conseguem acompanhar consistentemente as exigências e responsabilidades educacionais para ter sucesso. (GOLDSTEIN; GOLDSTEIN, 1998, p. 106, 107).

Os mesmos autores ainda completam dizendo que na primeira ou segunda série, o comportamento desta criança hiperativa se torna visível por seus colegas que acabam muitas vezes se afastando delas. Estudos concluem que as crianças hiperativas geralmente não são as escolhidas como melhor amiga, vizinha de carteira ou parceira nas atividades em grupo (ibid., p. 109).

Silva (2003, p. 63) descreve que fazer amigos ou manter amizade pode não ser uma tarefa muito fácil para essas crianças. Elas às vezes atropelam a brincadeira do colega querendo dominar a atividade e impor regras no grupo e quando sente que seus companheiros já estão cansados são indelicadamente insistentes na continuidade da brincadeira caso não queiram parar.

3.4 TRANSCRIÇÃO E ANÁLISE DAS RESPOSTAS DO ALUNO PORTADOR DE TDAH

Questão nº 01 - Você tem consciência que você é uma criança hiperativa? O que significa isso para você? Como você se sente?

R: Sim. Não dá pra explicar o que significa isso, às vezes eu faço as coisas sem perceber e quando vejo já está feita a bobagem. Mas tem vezes que faço de propósito.

Questão nº 02 - Você tem amigos? Quantos?

R: Sim, uns cinco.

Questão nº 03 - Como é o relacionamento seu com seus colegas?

R: É de amizade mesmo. Às vezes um dorme na casa do outro, brincamos, às vezes discutimos por besteira, mas nunca partimos para briga.

Questão nº 04 - Você gosta da escola? Gosta de estudar? Por que?

R: Gosto. De onde estudo hoje eu gosto. Não gosto muito de estudar porque tenho preguiça, mas gosto de ir a escola porque é um lugar que me sinto bem.

Questão nº 05 - Como seria a escola ideal para você?

R: Onde tivesse todo tipo de esporte que gosto de fazer.

Questão nº 06 - Como é o relacionamento na sua casa?

R: Com meu irmão eu me dou meio que bem, meus avós quase não os vejo, com minha mãe de vez em quando discutimos porque fiz algo de errado ou deixei de fazer alguma coisa que ela pediu e eu não prestei atenção.

Questão nº 07 - Como você gostaria de ser tratado?

R: Normalmente. Às vezes eu sinto que algumas pessoas me tratam um pouco diferente, mas gostaria que me tratassem normal, do que todo mundo me trata, sem diferença nenhuma, e mesmo quando agisse errado, fazendo alguma besteira, eu gostaria que todos me tratassem normal e esquecesse o que eu fiz, porque muitas vezes faço sem pensar.

Nota-se que o aluno em questão tem consciência do distúrbio que tem. Possui poucos amigos, mas sua relação com eles transcorre de forma normal como qualquer outra criança. Parece gostar do ambiente escolar mesmo afirmando que tem preguiça de estudar. A escolha por atividades esportivas confirma sua inquietação e também a dificuldade de se manter sentado e quieto dentro de uma sala de aula. Percebe-se que é uma criança tranqüila apesar do transtorno que possui.

Segue a opinião da autora que relata exatamente o que o aluno descreve sobre seu comportamento impulsivo:

A criança com DDA, com conseqüência da hiperatividade/impulsividade, faz primeiro, pensa depois. Isso acontece porque a área cerebral responsável por seu controle de impulsos, o córtex pré-frontal, não é tão eficiente. A diferença do comportamento entre uma criança DDA e uma dita simplesmente mal-educada é que a DDA sente as conseqüências, justamente por saber o que é certo e

errado, mas não conseguir conter seus impulsos acarretando prejuízos (SILVA, 2003, p. 58).

A mesma autora ainda completa dizendo que essas crianças muitas vezes não terminam algo que começaram, não pelo fato de esquecer, mas por serem atraídas irresistivelmente por outro estímulo, até que outro estímulo a atraia e também faça com que abandone o anterior e assim sucessivamente, até que se sinta sobrecarregada e confusa não conseguindo terminar o que começou lá no início (ibid., p. 59).

CONCLUSÃO

A presente pesquisa levou a conclusão de que a hiperatividade é um distúrbio e não uma doença e que ainda está sendo estudada por médicos e especialistas, pois seu diagnóstico é muito difícil. Muitas vezes é confundida com falta de limites por pais e educadores.

Verificou-se que a criança hiperativa, na maioria das vezes é rotulada como bagunceira e mal-educada, o que é um erro, pois este distúrbio ocorre a nível cerebral e independe da vontade da criança.

A criança portadora de hiperatividade demonstra comportamento agressivo e um acentuado déficit de atenção o que a leva sofrer preconceito de colegas e também dos professores. Na sociedade é considerada como criança-problema.

O diagnóstico deste distúrbio deve ser feito por especialistas e quando comprovado, dependendo da necessidade, a criança pode até mesmo ser medicada.

Em relação à escola observou-se que professores se sentem despreparados no trabalho com estas crianças o que as levam a fracassarem nos estudos, a não gostarem da escola ou até mesmo desistirem de estudar devido as dificuldades apresentadas.

É importante salientar que os problemas de hiperatividade ficam visíveis quando as crianças vão para escola pela cobrança de um trabalho de organização e concentração.

O estudo de caso realizado leva-nos a concluir que embora a hiperatividade seja um distúrbio que provoca inúmeras alterações no comportamento e desenvolvimento da criança, quando diagnosticada na infância e tratada corretamente pode levar o portador a ter uma vida normal e a ser bem aceito nos ambientes que frequenta. Mas observou-se que este trabalho deve ser realizado em parceria, ou seja a família e a escola devem se unir para estabelecerem as regras necessárias e estas não podem divergirem para que a criança não se sinta insegura.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Celso. **Miopia da Atenção – Problemas de atenção e Hiperatividade em Sala de Aula**. 2.ed. São Paulo: Salesiana, 2003.

BOTTURA, Wimer Jr. Entenda a hiperatividade... 2006, disponível em: <<http://www.revistacrescer.globo.com/Crescer>>, acesso no dia 12.08.2006

BUSANI, Érika, *Bicho Carpinteiro no mundo da lua*, **Gazeta do Povo – Viver Bem**, Curitiba, 2, jul. 2006, p. 15.

COLL, César; PALACIOS, Jesús; MARCHESI, Alvaro. **Desenvolvimento Psicológico e Educação – Necessidades Educativas Especiais e Aprendizagem Escolar**. Porto Alegre: Artmed, 1995.

COSTA, Anna e KANAREK, Deborah. *Hiperativo ou mal-educado?* **Crescer**, São Paulo, n.º 152, p. 31-33, jul. 2006.

CYPEL, Saul. **A criança Com Déficit de Atenção e Hiperatividade – Atualização para Pais, Professores e Profissionais da Saúde**. 2.ed. São Paulo: Lemos, 2003.

DROUET, Ruth Caribé Da Rocha. **Distúrbios da Aprendizagem**. 4.ed. São Paulo: Ática, 2000.

FONSECA, Vitor da. **Introdução às Dificuldades de Aprendizagem**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

GRACE, Miriam S.; NICHOLSON, Philip T.; LIPSITT, Don R. **Introdução ao Estudo da Psicologia**. São Paulo: Cultrix, s.d.

GOULDSTEIN, Sam; GOLDSTEIN Michael. **Hiperatividade: Como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. 4. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1998.

JONES, Maggie. **Hiperatividade: Como Ajudar Seu Filho**. São Paulo: Plexus, 2004.

JOSÉ, Elisabete Assunção; COELHO, Maria Tereza. **Problemas de Aprendizagem**. 12.ed. São Paulo: Ática, 1999.

MANNING, Sidney A. **O Desenvolvimento da Criança e do Adolescente**. São Paulo: Cultrix, 1999.

SILVA, Ana Beatriz B. **Mentes Inquietas: Entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas**. São Paulo: Gente, 2003.

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

ANEXOS

ANEXO A – ENTREVISTA COM PROFESSOR

Entrevista 1

1. Qual o comportamento apresentado por este aluno em sala de aula?

R.: É bastante agitado, quando faz algum tipo de brincadeira não pensa na consequência que a mesma pode causar. Está sempre falando alto e querendo chamar a atenção e não obedece as regras.

2. Qual a dificuldade encontrada no trabalho com este aluno?

R.: Chamar a atenção do aluno, fazer com que ele se sente e preste atenção na explicação, em socializar ele com a turma.

3. Como é o relacionamento do aluno com os colegas e dos colegas com ele?

R.: Existe uma certa rejeição por parte de seus colegas, pois ele sempre falta com respeito com seus amigos, por isto, eles sempre se afastam.

4. Você se sente preparado(a) para trabalhar com alunos hiperativos? Justifique.

R.: Não, porque não tenho um conhecimento aprofundado sobre o problema. A estratégia utilizada é a lei do erro e do acerto, aquilo que dá certo é sempre utilizado, aquilo que não deu certo não uso mais como recurso.

5. No seu ponto de vista houve melhora do aluno após o tratamento? Quais?

R.: Ele está mais calmo, agora já senta em roda com os outros, espera sua vez para realizar as atividades e o relacionamento com seus colegas melhorou.

ANEXO B – ENTREVISTA COM PROFESSOR

Entrevista 2

1. Qual o comportamento apresentado por este aluno em sala de aula?

R.: Ele é imprevisível, há dias em que se comporta normalmente, em outros não fica quieto, provoca os colegas, fala alto, faz careta, dança, apresenta dificuldade de ficar parado, não consegue se concentrar.

2. Qual a dificuldade encontrada no trabalho com este aluno?

R.: Não sei se devo ser rígida, tentando impedir que ele se comporte da maneira descrita acima ou se esse comportamento é involuntário.

3. Como é o relacionamento do aluno com os colegas e dos colegas com ele?

R.: Os colegas na maioria das vezes o tratam como “o diferente”, incentivam ele a fazer coisas estranhas para ficarem rindo. Nas atividades em grupo ele sempre é excluído pelos colegas.

4. Você se sente preparado(a) para trabalhar com alunos hiperativos? Justifique.

R.: Não, para mim é difícil perceber quando ele não consegue se controlar ou quando ele está se aproveitando. Tenho a impressão que ele sempre está procurando chamar a atenção. Acho que tenho esse comportamento porque não fui preparada para trabalhar com alunos com esse problema.

5. No seu ponto de vista houve melhora do aluno após o tratamento? Quais?

R.: (Não respondeu porque não teve contato com o aluno antes do tratamento)

ANEXO C – ENTREVISTA COM PROFESSOR

Entrevista 3

1. Qual o comportamento apresentado por este aluno em sala de aula?

R.: Ele, em alguns momentos se mostra totalmente alheio ao que está sendo ensinado, em outros mostra interesse, participa das explicações, valoriza o conhecimento. Gosta muito de conversar e fazer brincadeiras “sem graça”.

2. Qual a dificuldade encontrada no trabalho com este aluno?

R.: Fazer com que ele compreenda o momento de conversar e o de calar, pois brinca em demasia.

3. Como é o relacionamento do aluno com os colegas e dos colegas com ele?

R.: Ele tenta se aproximar, porém as brincadeiras que faz acabam afastando os colegas dele. Há um pouco de preconceito dos outros com relação a ele.

4. Você se sente preparado(a) para trabalhar com alunos hiperativos? Justifique.

R.: Não, pois são alunos que precisam ser trabalhados de maneira diferente e eu quando estudei, ou em cursos feitos não obtive muitas instruções sobre o assunto.

5. No seu ponto de vista houve melhora do aluno após o tratamento? Quais?

R.: Sim, ele melhorou bastante, seu comportamento era muitas vezes violento, agressivo e hoje isso diminui bastante.