

DIFICULDADES ENCONTRADAS POR PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

Data de aceite: 02/10/2023

Felipe Becker Teixeira

Acadêmico do curso de Psicologia,
Universidade do Contestado - Campus
Mafra

Felipe Ribeiro Raiman

Acadêmico do curso de Psicologia,
Universidade do Contestado - Campus
Mafra

João Carlos Corrêa

Acadêmico do curso de Psicologia,
Universidade do Contestado - Campus
Mafra

Maria Rita de Araújo Cardoso

Acadêmica do curso de Psicologia,
Universidade do Contestado - Campus
Mafra

Jaqueline Conceição

Professora universitária do curso de
Psicologia, Universidade do Contestado

dificuldades enfrentadas pela pessoa que possui o diagnóstico do transtorno no âmbito escolar, profissional e em suas relações interpessoais; apresentar o contexto histórico e as várias nomenclaturas que esse transtorno recebeu ao longo da história; retratar a divisão de seus tipos e a prevalência de cada um destes; compartilhar as bases neurofisiológicas para o diagnóstico do TDAH; identificar as formas e estratégias de tratamento e a prática do psicólogo nesta temática.

Estima-se que cerca de 4% a 5% da população mundial adulta é diagnosticada com TDAH. No Brasil, a prevalência entre crianças e adolescentes varia de 0,9% a 26,8%. No meio acadêmico, cerca de 12,5% a 21,8% dos alunos encaixam-se nos critérios diagnósticos para o transtorno, e pelo menos 25% dos acadêmicos com dificuldades são diagnosticados também (MATTOS, MENG, 2018).

Conforme estudos, em 90% dos casos o TDAH é manifestado por causas genéticas, geralmente apresentando-se durante a infância, sendo sempre uma

11 INTRODUÇÃO

O seguinte capítulo tem como objetivo conceituar e contextualizar o que é o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), quais as

pauta a ser estudada e debatida por vários profissionais da saúde – médicos, psiquiatras, neurologistas, neuropsicólogos, psicopedagogos, psicólogos, entre outros profissionais que ajudam em seu tratamento e diagnóstico. Há ainda uma estimativa de prevalência do transtorno de 5,29% entre indivíduos menores de 18 anos de idade; entre crianças em idade escolar, a estimativa de prevalência foi de 6,48% e entre adolescentes, 2,74% (LANDSKRON, SPERB, 2008); (POLANCZYK, 2007).

O transtorno está qualificado como um distúrbio do neurodesenvolvimento por estar ligado a problemas neurológicos que prejudicam a retenção e aquisição de informações específicas, sendo caracterizado pela dificuldade de manutenção da atenção do indivíduo. A metodologia utilizada foi a de pesquisa bibliográfica, a qual nos permitiu fazer a coleta de dados através dos diversos artigos citados.

2 | HISTÓRICO E CONCEITO DO TDAH

2.1 Etimologia da palavra

A palavra transtorno vem do latim *trans* mais *tornare*, onde “trans” significa através e “tornare” seria “fazer dar voltas”. Para Calazans e Martins (2007) transtorno significa uma situação que não é favorável e nem previsível e também que causa incômodo para alguém.

Déficit seria algo que está em falta, ou seja, não está completo, nem bem desenvolvido, e nesse caso é essa falta que deverá ser trabalhada (FERREIRA, 2013).

Para Ferreira (2013) a atenção seria uma aplicação cuidadosa a alguma coisa, seja quando vamos ler um livro, assistir uma aula, momentos esses em que é necessário atenção, ou seja, aplicamos cuidadosamente nossas percepções ao livro que está sendo lido ou a aula em que está sendo assistida.

Hiperatividade significa algo que é excessivo e patologicamente ativo, junção de hiper e atividade (FERREIRA, 2013).

2.2 Contexto histórico do surgimento do nome do transtorno

Patologia comumente diagnosticada em crianças, pois quando a criança começa a frequentar a escola é quando ela é inserida em um contexto social diferente, pois antes disso ela vivia a maior parte de tempo no contexto familiar, quando inserida no ambiente educacional ela começa se relacionar com as crianças a partir da relação que seus pais tiveram com ela, e também é percebido se ela tem comportamentos exacerbados que fogem do escopo. O TDAH tem sido observado, e conforme a atenção dada para tal observação, aumenta a complexidade de sua nomenclatura e base diagnóstica, o qual não foi sempre chamado dessa forma (SANTOS, VASCONCELOS, 2010; ALMEIDA, 2022; MISSAWA, ROSSETTI, 2014).

O transtorno passou por várias nomenclaturas, visto que em cada época foi focado em estudar um determinado sintoma, o que influenciava na forma que a patologia seria

chamada. Muitas vezes eram ligados ao TDAH (como hoje é chamado), sintomas que a psiquiatria e a neurologia não conseguiam explicar direito, como por exemplo a síndrome da encefalite letárgica que estava ligada aos sintomas da patologia e foi de grande desafio para ser estudada. Em sua história já passou por mais de 10 nomenclaturas diferentes, no século XIX sendo denominada de Lesão Cerebral Mínima (LCM) e Disfunção Cerebral Mínima, outras nomenclaturas sendo a deficiência mental leve ou branda, chamada de hiperatividade ou de hipercinética disfuncional, déficit de atenção e como é chamada nos dias de hoje Déficit de atenção e hiperatividade. Em 1960 o foco do estudo foi na hiperatividade onde foi denominado de Síndrome da Criança Hiperativa, descartando a hipótese de uma lesão cerebral focando na ideia de um problema neurofisiológico. A partir de 1970 os estudos foram concentrados na falta de atenção da criança, podendo ocorrer com ou sem a hiperatividade (SANTOS, VASCONCELOS, 2010; ALMEIDA, 2022; MISSAWA, ROSSETTI, 2014).

No século XIX, primeira vez que foi dada atenção para essa alteração de comportamento, foi denominada por Déficit de Controle Moral, descrita por George Still, pediatra inglês, ainda afirmou que a alteração no comportamento não teria relação com o ambiente, tendo em sua base causas biológicas, ou seja, hereditário. Foi Still quem forneceu as bases clínicas do diagnóstico do TDAH, entre suas afirmações estava a de que o TDAH seria um defeito na função inibitória da vontade. Em suas pesquisas observou que nas crianças expostas a punição não mostram uma mudança de atitude, as mesmas possuíam comportamento de base criminosa, como a agressão e o confronto, que foram considerados como normais, na condição do transtorno. As pesquisas também revelavam que a desatenção e a hiperatividade estavam presentes, mas não foram consideradas como sintomas da patologia (SANTOS, VASCONCELOS, 2010; ALMEIDA, 2022; MISSAWA, ROSSETTI, 2014).

Entre 1917 a 1918 ocorreu um surto de Encefalite que foi estudado, em 1930, por Eugene Kahn e Louis H. Cohen, os quais afirmaram em seu artigo que a doença tinha relação com sintomas de desatenção e hiperatividade, sendo os primeiros a realizar essa afirmação. Entre 1940 e 1962 houve considerações quanto à percepção do distúrbio. Em 1940 foi considerado uma lesão no cérebro, sendo denominada de lesão cerebral mínima, porém em 1962 foi revisada como sendo uma disfunção no sistema nervoso central, mudando o nome para disfunção cerebral mínima (SANTOS, VASCONCELOS, 2010; ALMEIDA, 2022; MISSAWA, ROSSETTI, 2014).

Em 1970 o DSM-III nomeou de Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA), onde a hiperatividade poderia ou não estar presente, sendo que a atenção tinha prioridade, porém era muito difícil de ser observada, diferente da hiperatividade que podia ser facilmente percebida. Só em 1987 o DSM – III considerou a patologia como Distúrbio de Déficit de atenção de Hiperatividade, evidenciando novamente a hiperatividade como algo importante para se observar (SANTOS, VASCONCELOS, 2010; ALMEIDA, 2022; MISSAWA,

2.3 Conceito e diagnóstico do TDAH

O DSM - V (2018) mostra duas condições específicas para o TDAH, sendo a primeira como desatenção o que implica em não prestar atenção em detalhes ou comete erros nas atividades que realiza, tendo dificuldade em manter atenção nas mesas, o indivíduo parece não escutar quando alguém dirige a palavra a ele, não consegue seguir instruções até o fim e nem se organizar em tarefas, perde coisas e esquece com frequência. A segunda tem relação com hiperatividade e impulsividade onde o indivíduo remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na mesma, não conseguindo ficar sentado em situações de espera muitas vezes não sabendo esperar sua vez, fala demais cortando as perguntas realizadas para ele. Lembrando que todas as questões devem acontecer frequentemente e trazer prejuízos para o indivíduo estando presente em mais de um ambiente em que frequenta.

É um transtorno do neurodesenvolvimento, isso porque pode aparecer antes ou durante a fase escolar das crianças, está ligado a questões neurológicas, também prejudica pessoas meio acadêmico quando adulto. São encontrados cinco tipos de TDAH reconhecidos no DSM-V, sendo eles:

- Desatenção predominante: esse tipo de TDAH é caracterizado pela desatenção, aqueles que sofrem com ele apresentam dificuldade de se concentrar na aula, em palestra, explicações, apresentam dificuldade em ler livros, costumam largar a leitura pela metade, terminam livros apenas se o assunto for bem atraente para o acometido pelo transtorno, comum serem facilmente distraídos por barulhos externos ou objetos chamativos.
- Hiperatividade/impulsividade: pessoas com tipo o TDAH hiperativo/impulsivo e apresentam comportamento impaciente tendo dificuldade de ficar em silêncio ou parado em determinado momento quando é necessário, um bom exemplo é na sala de aula onde é preciso ter um nível de concentração .
- Apresentação Combinados: também conhecidos como tipo misto o TDAH do tipo combinado é caracterizado por apresentar uma combinação dos dois tipos de tdah sendo eles o tipo desatento e hiperativo/impulsivo, onde quem é diagnosticado com eles vai apresentar tanto a falta de atenção e dificuldade de se concentrar, quanto a impaciência e agitação . O tdah tipo combinado pode ser facilmente confundido quando na infância muitos profissionais costumam falar sobre a necessidade de cuidado principalmente na infância na hora de dar um diagnóstico, pelo fato de ser natural algumas crianças apresentarem um certo nível de hiperatividade, colocando também a importância de levar em consideração a subjetiva de cada pessoa. Se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses, estabelecido pelo Manual diagnóstico e estatísticos de transtornos mentais
- Apresentação predominante desatento: quando é apresentado mais de uma

características de TDAH, entretanto não é do tipo misto/combinado. isso devido a haver uma prevalência na desatenção. o diagnóstico deve atender os do o Critério DSM - V , A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses.

- Apresentação predominante hiperatividade/impulsividade: também apresenta característica do tipo desatento e hiperatividade/impulsividade, tendo uma prevalência na hiperatividade/impulsividade desse tipo de TDAH para o diagnóstico da hiperatividade/impulsividade predominante deve se seguir os critérios do DSM - V Sendo o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido, e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses.

O DSM-V estabelece fatores que devem ser observados seguindo todos os critérios estabelecidos para o diagnóstico correto, tanto para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade quanto suas apresentações e predominância.

2.4 Aspectos neurobiológicos que explicam o diagnóstico

As regiões cerebrais afetadas no transtorno são o córtex pré-frontal, gânglios da base e cerebelo, sendo percebido um menor fluxo de sangue na região pré frontal e no striatum, no caudado, visto também um baixo metabolismo e uma baixa na dopamina nessas regiões. Um fluxo maior de sangue é observado na região occipital (SZOBOT, 2001).

E se o córtex pré-frontal está com um baixo fluxo de sangue, teremos também um baixo metabolismo, isso resultará em um mal funcionamento desta área do cérebro. O córtex pré-frontal é responsável pelo teste de realidade e monitoramento de erros, controle de impulsos, inibe comportamentos inapropriados e também regula nossas emoções. Por este motivo uma criança com TDAH têm dificuldade em controlar seu comportamento impulsivo, não parando quieta e muito menos concentrada (ARNSTEN, 2009).

Essas relações diagnósticas que o DSM-5 traz podem ter grande relação com a dopamina, visto que a dopamina pode ter uma grande relação com motivação. A cientista Nora D. Volkow (2010) traz essa questão em um artigo sobre a relação de como as drogas agem em nosso sistema nervoso, em sua fala diz que o papel da dopamina é mais complexo do que apenas para a recompensa, visto que estímulos que geram um aumento rápido e grande de dopamina geram respostas condicionadas, o que vai resultar em indivíduos super motivados.

Em um estudo realizado com macacos para estudar os efeitos da cocaína no Sistema Nervoso Central (SNC) foi observado que ao entregar cocaína e comida para o macaco escolher dependeu muito da quantidade da droga que era disponibilizada para a escolha, se fosse uma quantia pequena de cocaína o animal escolhia a comida, em grandes quantidades o animal escolhia a droga. Acontecia dessa forma por conta da quantia de dopamina que era liberada no cérebro do macaco no momento da escolha, cocaína em pequenas quantidades não liberam dopamina o suficiente para rejeitar a

comida, uma vez que comer é uma necessidade fisiológica. Em contrapartida, cocaína em grandes quantidades liberam dopamina o suficiente para inibir essa necessidade fisiológica (NADER, CZOTY, 2005).

Para Izquierdo (2018) a dopamina tem grande importância para a aquisição da memória, visto que atua no hipocampo, região onde são formadas as memórias de longo prazo. O córtex pré- frontal também é afetado pela falta da dopamina, essa região além de ter grande responsabilidade em nossa atenção, é também responsável pela memória de trabalho, que mantém por alguns minutos a informação que está sendo processada no momento, sendo o primeiro estágio para a aquisição de memórias a longo prazo. O núcleo Caudado (região do striatum) e o cerebelo são responsáveis pelas memórias de procedimento, as quais são capacidades motoras, como andar de bicicleta e tocar um instrumento.

2.5 Pontos de reflexão sobre o diagnóstico e a neurobiologia do TDAH

Agora relacionando as informações trazidas pelo DSM-V e pelos estudos de dopamina, como uma criança conseguirá manter sua atenção em uma aula de matemática que não lhe traz interesse se lhe falta dopamina? Quando Volkow (2010) diz que ocorre um aumento de dopamina quando indivíduos viciados são expostos a estímulos que fazem referência a droga em questão, ela está querendo dizer que o indivíduo fica motivado, e muito, de uma forma incontrolável, em buscar a droga. Então se é necessário dopamina para ter motivação, e conseqüentemente ter atenção, uma criança com uma falta dessa substância em seu encéfalo não conseguirá manter-se concentrada (SZOBOT, 2001).

Izquierdo (2018) trás uma boa ideia do porque crianças com TDAH se tornam mais esquecidas. Visto que, se é necessário dopamina para o córtex frontal ter um bom funcionamento, a pessoa com TDAH fica prejudicada, esquecendo informações que não foram de seu interesse.

A hiperatividade será uma consequência dessa falta de dopamina, a criança se agita, fica eufórica, conversa durante a aula, mantém-se incontrolada, comportamentos estes que podem estar relacionados a uma busca pela dopamina. Coloquemos uma criança na frente de um computador tendo aula de língua portuguesa, se a criança não tiver interesse na matéria ela muito provavelmente vai ficar girando na cadeira, não tem dopamina para manter-se focada e como girar na cadeira é muito mais divertido ela evidentemente vai ficar girando na cadeira, agora, coloquemos essa mesma criança na frente do computador assistindo Homem Aranha, ela provavelmente vai ficar muito mais focada, pois Homem Aranha é do interesse dela, ela gosta, ela se sente bem assistindo-o (SZOBOT, 2001); (VOLKOW, 2010); (DSM - V, 2018).

3 | CAUSA E CONSEQUÊNCIA

3.1 Reconhecimento das bases neurológicas do transtorno

O TDAH, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, é um transtorno mental ocasionado por alterações no sistema cognitivo que afetam diretamente a manutenção da atenção do indivíduo – onde sua tríade sintomática compreende a desatenção, hiperatividade e impulsividade.

Conforme estudos, em 90% dos casos o transtorno é manifestado por causas genéticas, geralmente apresentando-se durante a infância, com estimativa de até os doze anos, e tem predominância no gênero masculino. Apesar de sua causa relevar em grande maioria a questão genética, fatores sociais, familiares e culturais podem também influenciar em tal comportamento (LANDSKRON, SPERB, 2008).

Por ser um transtorno que compromete a região frontal do cérebro, afeta diretamente as funções executivas e psíquicas de quem o possui, as quais geram consequências em situações como:

Elaboração de raciocínio abstrato, alternância de tarefas, planejamento e organização de atividades, elaboração de objetivos, geração de hipóteses, fluência e memória operacional, resolução de problemas, formação de conceitos, inibição de comportamentos, auto monitoramento, iniciativa, autocontrole, flexibilidade mental, controle de atenção, manutenção do esforço sustentado, antecipação, regulação de comportamentos e criatividade (SANTOS, 2011, p. 31).

Todos estes fatores são resultados de uma deficiência nas funções executivas do indivíduo com TDAH, o que prejudica e dificulta ainda mais seu processo de aprendizagem – e não apenas ele, mas como também na vida e em seus relacionamentos, sendo com pessoas e com o mundo exterior (OLIVEIRA, 2019).

Segundo Barkley (2002), a criança com TDAH apresenta poucas chances de desenvolver as funções psíquicas superiores, pois acredita que esta evolui juntamente com ela. Até 80% das crianças em idade escolar com diagnóstico de TDAH continuarão a ter a doença na adolescência, e entre 30 e 65% continuarão a apresentá-lo na vida adulta, em dependência de cada caso e da prevalência do transtorno.

3.2 Dificuldades enfrentadas pelas pessoas com TDAH

As dificuldades estabelecidas no desenvolvimento do indivíduo com TDAH criam prejuízos em seu convívio com a sociedade, algo que se compreende pela visão de que a criança, adolescente ou adulto com o transtorno não tenha total controle de seu comportamento, o que, para outros, ocasiona certo desconforto e preconceito, e de tal forma, em alguns ambientes – como o escolar ou de trabalho – possa gerar o uso de rótulos e apelidos, por ser uma situação “diferente do normal” – em casos extremos, pode se chegar a prática do bullying.

O âmbito escolar é o local onde ocorre maior dificuldade de interação por parte do indivíduo, pois há um excesso de estímulos voltados para a sua atenção, o que acaba por evidenciar os sintomas do transtorno. Como a escola faz parte do cotidiano da criança com TDAH, onde espera-se que ela socialize e obtenha êxito em seu desenvolvimento, é um tanto comum que ela não consiga praticar tais atividades de forma esperada, como em iniciar, executar e finalizar as tarefas propostas pelo professor (BARKLEY, RUSSELL, 2008).

Logo, o sistema escolar deveria procurar medidas para se adequar a um ambiente de caráter promissor ao indivíduo com TDAH, para que este obtenha resultados bons referentes à sua aprendizagem e conduta. O que às vezes dificulta tal tarefa é quando a escola não tem recursos, ou não procura abrir-se a diferentes metodologias que possam auxiliar não apenas as crianças com o transtorno, mas sim, outras com dificuldades de aprendizagem semelhantes aos sintomas do TDAH.

É relevante pontuar que o TDAH não é um transtorno de aprendizagem e sim neurobiológico, porém, por comprometer significativamente a atenção, pode acarretar em prejuízos significativos à criança ao longo de sua vida escolar (ROTTA, WEILER, RIESGO, SAMPAIO DE FREITAS, 2014).

Perrenoud (1999) afirma que por parte do educador, torna-se uma necessidade ter conhecimento sobre as dificuldades e transtornos de aprendizagem, pois assim este poderá tomar medidas que colaborem para o desenvolvimento de tais crianças, em um ambiente receptivo e embasado para suas práticas pedagógicas.

De acordo com Cosenza e Guerra (2011), é interessante pontuarmos a notável dificuldade de socialização da pessoa com TDAH, a qual afeta principalmente seus relacionamentos interpessoais, por não saber trabalhar em grupo e ser considerado alguém de comportamento difícil – por parte de adultos e crianças –, aumentando suas chances de obter experiências negativas.

A aflição do indivíduo com o transtorno com relação a tais dificuldades fica evidente, e, com o passar do tempo, este se irrita com seus lapsos de dispersão, pois além destes, geram maior amplitude de desorganização em todos os seus momentos e situações diárias (SILVA, 2003).

Isto pode gerar traços de comportamento instáveis em seu cotidiano – como resposta ao seu sofrimento –, possibilitando a inserção destes em diversos relacionamentos, empregos, escolas e grupos sociais. Para Silva (2003), a agitação mental provocada pelo TDAH é a grande responsável pelo fracasso em suas relações, fazendo com que o indivíduo tenha dificuldades em preservar amizades.

Visto que tem dificuldades em terminar tarefas, pode gerar conflitos no ambiente profissional, não conseguindo concluir seus afazeres por focar em outras coisas no mesmo período. Ao que diz respeito ao trabalho, Silva (2003) pontua que, quando o indivíduo com TDAH está prestes a receber uma promoção ou cargo elevado, recua por não se sentir

capaz, ou seja, demonstra sua dificuldade de lidar com grandes responsabilidades – e de aceitá-las como algo possível.

De acordo com a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), o TDAH no adulto frequentemente apresenta um importante comprometimento nas esferas ocupacionais e laborativas a longo prazo, menor produtividade, maior número de faltas, maior número de acidentes de trabalho e número de demissões.

Conforme Neto (2010) e Sampaio de Freitas (2014), o que geralmente leva a criança, adolescente ou adulto aos consultórios é a hiperatividade, por ser o principal sintoma gerador de insatisfação social.

Nas relações interpessoais, há certo desequilíbrio causado pela desatenção do indivíduo com TDAH e ainda, por seu caráter impulsivo. Ou seja, traz claramente a sua dificuldade em executar tarefas a longo prazo, por adiá-las, e por consequência, envolve-se em situações de impuntualidade, por conta de tê-las esquecido.

Tal comportamento ocasiona desconforto e solidão em seu parceiro, já que acaba sobrecarregando-o por não executar corretamente a divisão de tarefas que estabeleceram, e de tal forma, sua grande desorganização mental não colabora para o equilíbrio na relação. Por ser um processo que ocorre de forma rotineira, o resultado disto tudo acaba sendo o atrito dentro do relacionamento afetivo, pelo companheiro definir seu comportamento como “egoísta”. De tal forma, há sempre um desgaste nas relações conjugais do adulto com TDAH.

Segundo Silva (2003), quando se encontram hiper focados em situações de seu interesse próprio, imersos em pensamentos, pode ser que se apresentem ausentes, por esquecerem de tudo e de todos ao seu redor. É este tipo de situação que gera desinteresse em seu cônjuge, muitas vezes, ocasionando em término e divórcio. A visão de que a sintomatologia de seu transtorno são características de sua personalidade são na verdade um equívoco, por serem situações totalmente diferentes - e, infelizmente, é algo que ocorre diariamente.

De acordo com a ABDA (2017), estudos informam que cerca de 75% dos adultos com TDAH apresentam mais de uma comorbidade em resposta à quantidade somatória de experiências negativas ocasionadas por seu transtorno. Entre as mais comuns, estão: depressão, ansiedade, compulsão alimentar, distúrbios do sono, drogadição e alcoolismo e dislexia. Por conta destes fatores, o indivíduo pode desenvolver uma comorbidade que afeta diretamente em suas relações interpessoais: a fobia social.

O ambiente no qual o indivíduo com TDAH se desenvolveu também pode influir significativamente na construção de vínculos interpessoais, conforme afirma Silva (2003) a respeito do transtorno: se o indivíduo com TDAH tiver se desenvolvido em um ambiente punitivo e insatisfatório, e ainda obter uma herança genética que não seja favorável a interações sociais, seu papel sob esta condição pode estar diretamente ligado com a fobia social.

Sentimentos por parte consciente do indivíduo com o transtorno podem ser relacionados diretamente à uma baixa autoestima, por se sentirem inferiores com relação às suas capacidades sociais, ao se compararem com pessoas de seu convívio, e por apresentarem queixas sobre sua impulsividade e desorganização (SILVA, 2003).

No entanto, é importante salientar que o indivíduo, quando diagnosticado com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, tem a chance de trazer para sua vida uma melhora significativa com o tratamento adequado, que irá lhe trazer diversos benefícios nas relações interpessoais com cônjuges, familiares, pessoas do convívio, e inclusive, em sua visão sobre si mesmo.

O tratamento ocorre pela divisão de quatro etapas, segundo Silva (2003, p. 10):

Informação a pessoa com diagnóstico e seus familiares; conhecimentos técnicos sobre o transtorno; medicamentos e psicoterapia. Assim, torna-se possível extinguir a crença – ainda por parte da família – de que a sintomatologia do transtorno são traços da personalidade do indivíduo, tirando um “rótulo” de seu comportamento, e proporcionando melhor auxílio em seu processo.

O diagnóstico em si já é algo deliberadamente libertador, pois pode colaborar ainda para uma resignificação da autoimagem já criada de si mesmo – geralmente negativa –, compreendendo que suas dificuldades podem ser trabalhadas com melhor auxílio, facilitando seu convívio social e melhorando a qualidade de vida do indivíduo com TDAH.

4 | ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

O fato do TDAH se desenvolver na infância faz com que se tenha uma atenção ainda maior para com as pessoas com o transtorno nessa fase do desenvolvimento humano, é nesse período onde o indivíduo acaba tendo contato com grande quantidade de novos estímulos, o que torna a infância a fase de maior desenvolvimento cognitivo e principalmente social da sua vida, onde suas relações com o ambiente começam a ser construídas e sua personalidade a ser moldada.

Segundo pesquisas sobre o tema em estudo computou que há uma estimativa de prevalência de 5,29% entre indivíduos menores de 18 anos de idade. Entre crianças em idade escolar, a estimativa de prevalência foi de 6,48% e entre adolescentes, 2,74% (POLANCZYK, 2007).

A partir disso se entende que um indivíduo que possui TDAH terá grandes complicações no seu desenvolvimento social, pois a sociedade como um todo não está preparada e instruída a conviver com o TDAH, a má compreensão de como as pessoas com esse transtorno funcionam é, provavelmente, a maior barreira a ser superada.

Levando em consideração que ela surge na infância, que nesse momento na vida da criança a escola e o grupo familiar se fazem mais presentes e que, segundo Barkley (2002), Coutinho (2007) e Cunha (2001) o TDAH afeta a vida da criança tanto socioafetiva, como profissional e principalmente escolar, devemos dar um foco maior para esses grupos

quando pensamos em estratégias que visem uma maior compreensão e integração na sociedade de pessoas com TDAH.

Pensando nas características de uma criança com esse transtorno, o papel do professor é de grande importância no desenvolvimento afetivo e cognitivo do aluno com TDAH, na intenção de alcançar esses objetivos é necessário que este profissional tenha conhecimento e capacitação para que suas aulas sejam planejadas e ministradas de um modo que a criança com TDAH consiga se adaptar da melhor forma, que haja a aprendizagem dos conteúdos a serem passados e também o desenvolvimento de suas possíveis habilidades.

O aluno com TDAH na sua relação com o ambiente escolar é importante para a construção da sua subjetividade, devemos compreender que o corpo é um espaço que sinaliza antecipadamente os sinais daquilo que o indivíduo é ou poderá se tornar no futuro (ERVING GOFFMAN, 1988).

Tendo em vista que o aluno com TDAH se apresenta de forma mais intensa com o corpo, ele traz consigo os sinais do seu transtorno, e isso causa estranheza no ambiente escolar, refletindo diretamente no convívio desse aluno e na sua construção como sujeito social (FOUCAULT, 1977).

Teles (2001) coloca que assim como a família, a escola também procura transmitir aos indivíduos escolarizados os conceitos do que é bom, mau, certo, errado, natural, divino, profano, autoridade. Desse modo entendemos o papel da escola no desenvolvimento da criança com TDAH, e a tarefa que seus profissionais têm de estarem em constante atualização a respeito das melhores metodologias a serem utilizadas em sala, e que sejam eficazes no processo de aprendizagem do aluno, que estejam favoráveis ao nível de desenvolvimento da criança com déficit de atenção e que garantam a inclusão do mesmo na sociedade com indivíduos operantes.

Para Almeida (2004), o ensino deve ter um foco, atenção nas necessidades apresentadas pelos alunos também, principalmente no sentido do seu desenvolvimento afetivo-cognitivo, pois as interações que a criança estabelece com o meio em que vive são, muitas vezes, instáveis devido às próprias transformações biológicas dos indivíduos, quanto pela plasticidade do próprio ambiente e pelas evoluções que seus processos enfrentam, por isso se faz necessário que sejam orientados adequadamente à ação educativa. Ensinar não se limita a apenas repassar informações ou mesmo mostrar um determinado caminho, aquele caminho cujo o professor considera o correto, mas é conduzir a pessoa a tomar e ter consciência dela própria, dos outros e da sociedade.

É aceitar-se como pessoa e saber aceitar os outros, independente de suas diferenças. É fornecer o necessário para que a pessoa possa escolher entre muitos caminhos, aquele que, para ela, seja compatível com seus valores, sua visão de mundo e com as diversas circunstâncias que irá encontrar. Educar é preparar para a vida (KAMI, 1991).

Com atividades que sejam atrativas, é possível reorganizar o modo de ensino,

tornando-o flexível e não engessado, trazendo formas diferentes de alcançar objetivos escolhidos, captando e aumentando a atenção das crianças com o déficit. Rief (1993), sugere algumas estratégias que podem ajudar na prática pedagógica do professor, e que de certo modo pode ser orientado pelo Psicólogo aos educadores e pais ou responsáveis da criança:

Instruções para os educadores	Estabelecer regras e combinados com a criança, sempre procurar usar um tom de voz adequado ao momento
	Ensinar regras, dar oportunidade para que os alunos pratiquem o que desejam, mostrando a eles uma opinião a respeito dos combinados já estabelecidos
	Estimular e reforçar comportamentos positivos, deixar claro que está sendo cooperativa
	Sempre elogiar quando conseguir atingir as metas estabelecidas, ajudá-lo no individual sempre que necessário
	Oferecer atividades onde o mesmo possa se movimentar na classe e em outros ambientes da escola
	Desenvolver atividades com o aluno onde se tenha uma relação com o que se aprende na escola e com situações da sua própria vida
	Evitar mudanças bruscas na rotina e, quando isso acontecer falar ao aluno
	Sempre estar em contato com a família
	Estimular a interação do aluno com os demais colegas, procurando desenvolver atividades em grupo
	Envolvê-lo em todas as atividades cívicas, artísticas, esportivas e sociais da escola, juntamente com os demais alunos
	Adequar à sala em círculo para assim favorecer a todos o contato visual com os demais colegas e o professor
	Deixar o aluno sentado perto da professora, e, de preferência, longe de porta e de janelas
	Organizar atividades onde a quantidade de estímulos que distraia o aluno seja mínima
	Estimular os mesmos a fazer a organização de seu horário, seu material, suas atividades, despertando assim a responsabilidade e a independência
Organizar o espaço físico de maneira que facilite o aprendizado do aluno	

QUADRO 01 - ORIENTAÇÕES DO PSICÓLOGO PARA OS EDUCADORES

Fonte: Rief (1993).

Fazenda (2010) enfatiza que um professor dedicado a sua profissão quando é submetido a um trabalho desafiador, busca sua identidade profissional e pessoal, recuperando e ressignificando a sua origem ao seu próprio projeto de vida. Assim entendemos que o processo de aprendizagem pelo qual um aluno com TDAH passa é uma relação direta com o meio e as regras sociais presentes nele e com o professor, que além de ter o dever de estar metodologicamente atualizado, engajado e determinado a transformar

o aluno, deve estar atento aos outros alunos que não possuem o TDAH, procurando que haja compreensão e assimilação por parte dos mesmos, visando um ambiente harmonioso e apto para que aconteça a aprendizagem.

5 | CONCLUSÃO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme foi utilizada a metodologia de pesquisa bibliográfica, podemos então entender sobre o TDAH sendo um transtorno multifatorial do neurodesenvolvimento, ou seja, a vários fatores que podem desencadear o transtorno, onde tem a prevalência de uma falta de atenção e em alguns casos juntamente com a hiperatividade. É um distúrbio que deixa a criança impossibilitada de manter sua atenção em algo que não lhe é interessante, por conta da falta de dopamina em seu encéfalo.

Pudemos evidenciar que a dopamina está totalmente ligada com a motivação, e também está envolvida na formação de memórias, isso pode explicar porque uma criança muitas vezes não consegue prestar atenção na aula, o conteúdo tem que lhe trazer muito interesse para que consiga se manter atenta, e nos mostra também o porquê a criança se torna mais esquecida, se solicitado uma coisa para ela, a mesma não conseguirá se lembrar do que foi pedido, pois fará outras coisas, que provavelmente lhe eram muito mais interessantes, deixando para trás o que foi pedido.

O indivíduo com TDAH possui diversos obstáculos em seu cotidiano no que se refere a insatisfação social por parte dos ambientes em que convive, sendo na escola, trabalho e/ou em suas relações interpessoais. Isso se dá por conta de sua tríade sintomática – desatenção, hiperatividade e impulsividade – a qual em muitos casos é confundida com as características da personalidade do indivíduo, o que acaba por resultar em preconceitos com relação às dificuldades diárias que ele enfrenta.

Tal demanda demonstra seu grande envolvimento em experiências negativas, as quais acabam se somando e possibilitando a aparição de comorbidades em conjunto do TDAH, tais como: depressão, ansiedade, compulsão alimentar, distúrbios do sono, drogadição e alcoolismo, dislexia e fobia social.

O DSM-V aborda os cinco tipos de prevalência do TDAH que devem estar presentes no diagnóstico, sendo estes: tipo desatento, que apresenta como característica a falta de atenção; tipo hiperativo/impulsivo, o qual possui características de inquietação, sendo essas duas as mais comuns; o tipo misto/combinado, que, para o diagnóstico, apresenta uma mistura do tipo desatento e hiperativo/impulsivo; tipo de apresentação predominante na desatenção, no qual o diagnóstico deve seguir os critérios exatos do DSM-5, no qual é caracterizado pela desatenção predominante, ainda assim apresentando características do tipo hiperativo/impulsivo; apresentação predominante na hiperatividade/impulsividade, que acaba por apresentar também características do tipo desatento. Os tipos de apresentação predominante na desatenção e o de apresentação predominante na hiperatividade/

impulsividade são diagnosticados pelo DSM-V utilizando-se o critério de tempo.

Com base na sua história, a nomenclatura utilizada para o TDAH variou muito desde George Still, autor que primeiro estudou o distúrbio e deu as bases diagnósticas, ela era classificada conforme o sintoma que era focado no período do estudo. Muitas vezes era relacionado ao transtorno patologias que não tinham conferência, mas também que não havia explicação, então eram atreladas ao diagnóstico até o momento que se entendia o que era e as causas da patologia misteriosa.

A criança, adolescente e adulto com TDAH tem grandes chances de melhora em sua qualidade de vida, levando-se em conta o tratamento, que pode ser feito através de psicoterapia e uso de medicamentos, e estratégias pedagógicas referentes ao ambiente escolar por parte do conhecimento do profissional sobre o transtorno.

Logo concluímos que, com a definição do diagnóstico deste transtorno neurobiológico, é possível manusear de melhor forma a condição que acabou tomando sobre o indivíduo, se tornando algo que possa ser habituado de forma mais saudável ao longo de sua vida.

REFERÊNCIAS

ALVES PEREIRA ALMEIDA, S. REFLEXÕES SOBRE ASPECTOS DA APRENDIZAGEM DA CRIANÇA COM TDAH. *Revista Primeira Evolução*, São Paulo, Brasil, v. 1, n. 25, p. 113–116, 2022. Disponível em: <https://primeiraevolucao.com.br/index.php/R1E/article/view/213>. Acesso em: 5 maio. 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

IZQUIERDO, I. **Memória**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 140 p. ARNSTEN, Amy F. T.. Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*, [S.L.], v. 10, n. 6, p. 410-422, jun. 2009. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/nrn2648>.

CALAZANS, Roberto; MARTINS, Clara Rodrigues. Transtorno, sintoma e direção do tratamento para o autismo. **Estilos da Clínica**, [S.L.], v. 12, n. 22, p. 142-157, 1 jun. 2007. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v12i22p142-157>.

Caliman, Luciana Vieira. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2010, v. 30, n. 1 [Acessado 5 Maio 2022] , pp. 46-61. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000100005>>. Epub 02 Mar 2012. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000100005>.

Carvalho, A. S. M. Albuquerque, L. F. S. Souto, P. F. Triches, J. C. Amorim, V. C. P. Jabogucci, L. A. **Funções Psíquicas comprometidas com o TDAH**. p. 1-7, 03, 2022. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27700>

FERREIRA, Mariana Baird. **Míni Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8. ed. Curitiba: Positivo, 2013.

Gomes, M. J. M. Confort, M. F. **TDAH: Implicações no Relacionamento Interpessoal**. Rev. Episteme Transversalis, Volta Redonda-RJ, v. 8, n. 2, p. 119-132, 07-12, 2017.

MISSAWA, Daniela Dadalto Ambrozine; ROSSETTI, Claudia Broetto. Psicólogos e TDAH: possíveis caminhos para diagnóstico e tratamento. **Constr. psicopedag.**, São Paulo, v. 22, n. 23, p. 81-90, 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-6954201400100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 maio 2022.

NADER, Michael A. *et al.* PET Imaging of Dopamine D2 Receptors in Monkey Models of Cocaine Abuse: Genetic Predisposition Versus Environmental Modulation. **The American Journal Of Psychiatry**, [s. l.], v. 162, n. 8, p. 1473-1482, 8 ago. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1473>. Acesso em: 12 maio 2022.

Pontara, B. Marinho, D. Motta, F. Santos, J. Cacciari, M. B. **O ALUNO COM TDAH: OS DESAFIOS E O PAPEL DO PROFESSOR**. Rev. Mundo Acadêmico, v. 13, n. 18, p. 6-28, 06, 2021. <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2021/06/revista-mundo-academico-v13-n18-artigo01.pdf>

SANTOS, Antônio José Pimentel. DISCURSOS DA ESCOLA E CONSTITUIÇÃO DA SUBJETIVIDADE DE ESTUDANTES COM TDAH. Repositório Institucional da Ufba, Salvador, v. 1, n. 1, p. 1-112, jul. 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/18674>. Acesso em: 18 maio 2022.

Santos, Letícia de Faria e Vasconcelos, Laércia Abreu. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [online]. 2010, v. 26, n. 4 [Acessado 5 Maio 2022], pp. 717-724. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000400015>>. Epub 04 Mar 2011. ISSN 1806-3446. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000400015>.

Silva, O. C. Bertolino, L. B. S. Vietta, G. G. **Motivos envolvidos no diagnóstico presuntivo de TDAH e a sua associação com o ASRS-18 em estudantes de medicina**. Unisul, Florianópolis-SC, p. 1-12, 06, 2020.

SILVA, Soeli Batista da; DIAS, Maria Angélica Dornelles. TDAH NA ESCOLA ESTRATÉGIAS DE METODOLOGIA PARA O PROFESSOR TRABALHAR EM SALA DE AULA. **Tdah na Escola Estratégias de Metodologia Para O Professor Trabalhar em Sala de Aula**, Mato Grosso do Sul - Pelotas, v. 1, n. 1, p. 1-114, dez. 2014. Disponível em: https://web.archive.org/web/20180417030425id_/http://sinop.unemat.br/projetos/revista/index.php/eventos/article/viewFile/1582/1229. Acesso em: 18 maio 2022.

Szobot, Claudia M et al. Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2001, v. 23, suppl 1 [Acessado 5 Maio 2022], pp. 32-35. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000500010>>. Epub 18 Mar 2002. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000500010>.

VOLKOW, Nora D. *et al.* Addiction: beyond dopamine reward circuitry. **Proceedings Of The National Academy Of Sciences**, [S.L.], v. 108, n. 37, p. 15037-15042, 14 mar. 2011. Proceedings of the National Academy of Sciences. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1010654108>.