



**Instituto de Psicologia - Departamento de Psicologia Escolar e
do Desenvolvimento - PED**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA
CLÍNICA E INSTITUCIONAL**

Coordenação: Profa. Dra. Maria Helena Fávero

TRABALHO FINAL DE CURSO

**A CRIANÇA COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO: O QUE ACONTECE DEPOIS DA
MEDICAÇÃO?**

Apresentado por: Ludmila Aires Ferreira

Orientado por: Elizabeth Queiroz

BRASÍLIA, 2013

Apresentado por: Ludmila Aires Ferreira

Orientado por: Elizabeth Queiroz

Resumo

Há uma discussão intensa entre profissionais de diferentes áreas em relação à medicalização da criança com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e, fundamentalmente, em relação à própria existência do transtorno. No entanto, apesar de esse debate ainda grassar nos meios acadêmicos, também cresce substancialmente o uso de medicação para a criança diagnosticada com TDAH. Quando essa criança é medicada, o que acontece? Esse trabalho objetiva apresentar as principais concepções a respeito de TDAH e o estudo de caso de uma criança com diagnóstico de TDAH e de Distúrbios do Processamento Auditivo Central (DPAC) que toma a medicação Ritalina. Trata-se de uma menina com 11 anos, estudante do 6º ano do ensino fundamental, que apresenta queixa de leitura pausada, interpretação difícil, com repercussões em seu desempenho escolar, especialmente nas concepções numéricas, além de questões que envolvem sua autoestima. Foram realizadas seis sessões de avaliação psicopedagógica e quatro de intervenção psicopedagógica, com entrevista e solicitação de resposta de questionário com a mãe e análise do material escolar. Observou-se que, mesmo medicada, as dificuldades de atenção da criança ainda estão presentes e dificuldades escolares decorrentes delas também. Com a intervenção realizada, a criança começou processo de refundação de seus fundamentos, especialmente os matemáticos. A mãe foi orientada em relação a algumas estratégias que podem auxiliar no processo de reconstrução da base escolar da criança. O excesso de faltas foi um fator comprometedor da proposta planejada e evidencia a dificuldade de desenvolvimento desse acompanhamento, desvinculado da escola.

PALAVRAS-CHAVE: medicalização, TDAH, DPAC, psicopedagogia.

ÍNDICE

I/ Colocação do Problema	1
II/ Fundamentação Teórica.....	3
2.1 Psicopedagogia e desenvolvimento psíquico	3
2.2 Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).....	6
2.3 TDAH e intervenção	10
2.4 Distúrbios do Processamento Auditivo Central (DPAC).....	15
III/ Método de Intervenção	18
3.1/ Sujeito.....	18
3.2/ Procedimento(s) Adotado(s)	19
IV/ A intervenção psicopedagógica: da avaliação psicopedagógica à discussão de cada sessão de intervenção.....	20
4.1/ Avaliação Psicopedagógica	20
- Sessão de avaliação psicopedagógica 1 (22/03/2013).....	20
- Sessão de avaliação psicopedagógica 2 (05/04/2013).....	22
- Sessão de avaliação psicopedagógica 3 (12/04/2013).....	23
- Sessão de avaliação psicopedagógica 4 (14/05/2013).....	25
- Sessão de avaliação psicopedagógica 5 (20/05/2013).....	26
- Sessão de avaliação psicopedagógica 6 (24/05/2013).....	28
4.2/ As Sessões de Intervenção.....	30
Sessão de intervenção psicopedagógica 1 (27/05/2013)	30
Sessão de intervenção psicopedagógica 2 (06/06/2013)	30
- Sessão de intervenção psicopedagógica 3 (24/06/2013)	32
- Sessão de intervenção psicopedagógica 4 (24/06/2013)	33
V/ Discussão geral dos resultados da intervenção psicopedagógica	36
VI/ Considerações finais	39

VII/ Referências Bibliográficas 41

I/ Colocação do Problema

Problemas de aprendizagem são palavras que se tornaram parte do vocabulário cotidiano. Houve um crescimento rápido de exposição na mídia de relatos de crianças com dificuldades na escola e o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), cuja sigla se tornou familiar a todos, é uma das mais frequentes na atualidade.

Com tanta divulgação, houve aspectos positivos e negativos. Essa superexposição criou um interesse que propiciou e, ainda propicia, o estudo mais aprofundado da questão, fazendo com que o fenômeno fosse melhor explorado – o que não quer dizer que seja entendido na sua completude –, mas também fez com que a banalização do termo e de seu diagnóstico se tornasse corrente.

O crescimento explosivo do número de diagnósticos é paralelo com a preocupação em relação a um eventual excesso, especialmente porque o tratamento mais comum é feito com a medicalização da criança. O Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (ANVISA, 2012) descreve a prescrição e o consumo de metilfenidato no Brasil de 2009 a 2011. De acordo com esse Boletim, esse é um psicoestimulante aprovado para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), sendo considerada a medicação de primeira escolha para tal problema.

Ainda de acordo com a ANVISA (2012), TDAH é um dos transtornos neurológicos do comportamento mais comum da infância que afeta 8 a 12% das crianças no mundo, mas, no Brasil, há dados conflitantes a respeito, uma vez que estimativas de prevalência de TDAH em crianças e adolescentes bastante discordantes foram encontradas, com valores de 0,9% a 26,8%.

Possivelmente, a causa de tamanha variação pode ser encontrada nos diferentes posicionamentos a respeito da questão, uma vez que há entre os estudiosos aqueles que consideram que o TDAH tem sido usado como “justificativa corrente para o fracasso escolar de um número expressivo de crianças, atribuindo-se a elas a responsabilidade por não aprender e isentando de análise a escola e a sociedade nas quais estão inseridas” (Eidt, 2004, como citado em Eidt & Tuleski, 2010, p. 122), e aqueles que consideram que a questão deve ser tratada de forma medicamentosa.

O boletim (ANVISA, 2012) informa também que tem havido um aumento no consumo de metilfenidato no Brasil – de 2009 para 2011, a estimativa percentual de aumento real no consumo médio mensal de metilfenidato foi de 28,2% –, com destaque para redução do consumo nos meses de férias e aumento no segundo semestre dos anos estudados. Tal distribuição corrobora a tese de que o uso da medicação é centrado na questão do desempenho escolar.

No meio dessa discussão conceitual, estão as crianças reais que apresentam dificuldades escolares que demandam ação imediata de pais e responsáveis. Estando medicadas ou não, essas crianças devem passar por avaliações e intervenções que as ajudem a atravessar essas dificuldades que influenciam tanto sua vida diária, especialmente na sua vida escolar.

No estudo de caso que é a base deste trabalho, há uma criança que, além de ser diagnosticada com TDAH, também recebeu o diagnóstico de DPAC – Desordem do Processamento Auditivo Central, o que tornou mais complexo o seu processo de escolarização. Trata-se de uma menina com 11 anos, estudante do 6º ano, medicada com o psicoestimulante metilfenidato, que apresenta queixa de leitura pausada, interpretação difícil e grafia ruim, com repercussões em seu desempenho escolar e autoestima.

II/ Fundamentação Teórica

Problemas de aprendizagem, dificuldades na escola, transtornos: são termos usados coloquialmente e, muitas vezes, na literatura científica sem a diferenciação adequada. Dificuldade de aprendizagem ou problema de aprendizagem não implica necessariamente um transtorno. “Os transtornos da aprendizagem compreendem uma inabilidade específica, como de leitura, escrita ou matemática, em indivíduos que apresentam resultados significativamente abaixo do esperado para seu nível de conhecimento, escolaridade e capacidade intelectual” (Ohlweiler, 2006, p.127).

O termo transtorno é encontrado tanto no DSM-IV (em inglês, Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais, 4ª edição) como no CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), que reconhecem a falta de precisão do nome, mas justificam seu uso para evitar piores denominações que se associariam a doenças, por exemplo (Ohweiler, 2006). Essa preocupação é importante, pois associações a enfermidades podem gerar estereótipos que atrapalhariam ainda mais a vida das pessoas, particularmente na vida acadêmica das crianças, como no estudo de caso em questão.

Faz-se urgente avaliar o que faz parte da variação do processo de desenvolvimento de uma criança e o que está sendo uma condição persistentemente abaixo do esperado para a sua idade, sem necessariamente ser considerada uma doença. Esse processo de avaliação deve ser feito com muito cuidado e por profissionais de muitas áreas, uma vez que o aprendizado é um processo complexo, que acontece em um indivíduo que está em mudança constante.

2.1 Psicopedagogia e desenvolvimento psíquico

Uma das áreas envolvidas na avaliação das dificuldades ou transtornos de aprendizado é a psicopedagogia, área que estuda o processo de aprendizagem do ser humano, com todas as suas variações, utilizando-se dos conceitos da Psicologia e da Pedagogia para avaliar e intervir na situação de aprendizado. Ela considera o desenvolvimento esperado e o desenvolvimento real, levando em conta as possíveis diferenças individuais e culturais.

A avaliação psicopedagógica é compreendida como “um processo compartilhado de coleta e análise de informações relevantes da situação de ensino-aprendizagem, considerando-se as características próprias do contexto escolar e familiar, a fim de tomar decisões que visam promover mudanças que tornem possível melhorar a situação colocada” (Colomer, Masot & Navarro, 2001, como citado em Colomer, Masot & Navarro, 2008. p. 16).

Na base da Psicopedagogia, está o conceito de desenvolvimento humano, que direciona o trabalho psicopedagógico. Nessa concepção, duas correntes se confrontam. Uma estuda neurobiologicamente a evolução do psiquismo infantil e a outra é a abordagem histórico-cultural de Vygotsky.

A abordagem da psicologia histórico-cultural não considera que o desenvolvimento seja meramente um processo endógeno, mas, sim, dependente da apropriação dos signos culturais, com a mediação do outro, considerando-se o contexto e o meio social. De acordo com o pensamento da escola de Vygotsky, “as relações do indivíduo com a cultura constituem condição essencial para seu desenvolvimento, uma vez que criam aptidões e capacidades que não existem no indivíduo no nascimento” (Mello, 2004, p. 142).

A concepção do desenvolvimento como amadurecimento orgânico enfatiza as questões biológicas, neurológicas, genéticas. Destacam-se o funcionamento cerebral e o estudo das funções dos genes para o entendimento da evolução do psiquismo humano. O próprio Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais pode ser considerado um exemplo desse tipo de concepção.

Um exemplo da oposição entre a abordagem mais biológica e a abordagem histórico-cultural está no entendimento de como se processam a atenção e o controle voluntário do comportamento humano. São processos que se inserem no desenvolvimento global humano e o conhecimento de como evoluem é importante para que se tenham instrumentos de como se intervir psicopedagogicamente.

Segundo Eidt e Tuleski (2010), de acordo com a concepção histórico-cultural, a atenção natural ou de caráter instintivo-reflexo pode ser observada desde as primeiras semanas de vida, mas essa modalidade de atenção não satisfaz as exigências sociais, que requerem uma forma de atenção mais estável. A atenção involuntária ou natural vai

evoluindo com o processo de mediação social, com o uso de instrumentos culturais, como a linguagem, para essa atenção mais estabilizada.

Já, por outra visão, “há uma unidade fisiológica do sistema límbico-córtex e córtex-sistema límbico, inserido nessa unidade o sistema reticular ativador, responsável pela vigília e pela atenção. (...) à medida que o cérebro amadurece, os comportamentos motores, gnósticos e os sistemas neurobiológicos de atenção também amadurecem” (Guardiola, 2006, p. 286). Há dados recentes de neuroimagem funcional que indicam a ativação do cerebelo no estado de alerta (Castellanos, 2001, citado por Guardiola, 2006). Nessa concepção mais biológica, não se descarta a influência do ambiente externo no desenvolvimento neurofisiológico, mas enfatizam-se os fatores endógenos, como o funcionamento bioquímico do cérebro, através dos neurotransmissores, e a responsabilidade dos genes. Por exemplo, há sugestão de que dois genes, DAT e DRD4, estariam ligados à atenção/desatenção (Swanson e col., 2001, citado por Guardiola, 2006.). E “os neurotransmissores DA e NA têm papéis importantes na atenção e na concentração (...). Enfatiza-se a importância das vias noradrenérgicas pré-frontais na manutenção do foco e da atenção” (Guardiola, 2006, p. 288).

Quanto ao controle do comportamento, também se estuda a ligação de neurotransmissores ao controle voluntário. Por exemplo, DA e NA são considerados relacionados também com o controle dos movimentos (Guardiola, 2006). Esse é um dos focos da pesquisa biológica em relação ao controle voluntário do comportamento. Essa linha de pesquisa tem como consequência direta o pensamento de que substâncias químicas produzidas artificialmente que agem diretamente nesses neurotransmissores podem ajudar a aumentar o controle comportamental.

Já segundo Eidt e Tuleski (2010), o controle voluntário do comportamento é engendrado pela apropriação pela criança dos instrumentos culturais da humanidade. Ela desenvolve a capacidade de refrear a satisfação imediata de seus impulsos e de retardar as reações imediatas quando consegue usar esses instrumentos. O controle que a criança exerce em si mesma pode ser ensinado por meio da educação social e familiar, assim como o contexto social subjacente à criança influencia no seu comportamento.

Diretamente ligado ao fundamento teórico do desenvolvimento psíquico está o posicionamento sobre o fracasso escolar. Moysés e Collares, em diferentes textos e pesquisas (Collares & Moysés, 1994; Moysés & Collares, 1990) já discutiram a questão

há muitos anos, responsabilizando o pressuposto neurobiológico pelo que consideram como medicalização do processo ensino-aprendizagem.

O termo medicalização refere-se ao processo de transformar questões não médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas dessa natureza. A medicalização ocorre segundo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica, organicista. (Collares & Moysés, 1994, p.25).

Em pesquisa realizada por Collares e Moysés (1990) ficou evidente que a grande maioria dos profissionais de saúde e da educação se refere a problemas biológicos como causas importantes do não aprender na escola. Especificamente, as causas do fracasso escolar foram apontadas como tendo duas origens, segundo essa pesquisa: desnutrição e disfunções neurológicas, ou seja, funções biológicas. Os distúrbios de aprendizagem estariam incluídos nessa classe. Essa é a crença mais difundida. Essas autoras não compartilham dessa crença. Ao contrário, elas a criticam fortemente, pois consideram que distúrbios de aprendizagem são pretensas doenças neurológicas jamais comprovadas.

No entanto, o que não se pode negar é que a discussão sobre TDAH se torna mais presente a cada dia, com pontos de vistas bem distintos, que expõem essa dicotomia entre essas duas visões de desenvolvimento psíquico.

2.2 Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

Na história, as descobertas a respeito do TDAH se enquadram dentro de uma visão neurobiológica, uma vez que a visão confrontante não considera que tenha havido nenhuma novidade científica confiável a respeito do assunto.

Ao longo do tempo, houve tentativas de descrever crianças com excesso de movimentação e impulsividade. Já no final do século XIX, há registros de pesquisas sobre crianças agressivas com dificuldades de controlar seus impulsos. A partir da década de 1970, o interesse dos pesquisadores pelo TDAH aumenta. De acordo com Phelan (2005), o que hoje é chamado de TDAH já foi nomeado como Doença de Still, Distúrbio de Impulso, Lesão Mínima do Cerebral e Disfunção Cerebral Mínima, Reação Hiperkinética da Infância, sendo que, em 1980, no DSM-III, foi dado o nome de

Transtorno de Déficit de Atenção, com subtipos: sem hiperatividade e com hiperatividade. Já a revisão do DSM-III em 1987 veio com a alteração do nome para TDAH, que foi mantido no DSM-IV, o manual mais atual e que apresenta critérios para que uma pessoa seja considerada portadora de TDAH.

Os critérios que o DSM-IV considera para TDAH são:

Persistência: o comportamento tem de persistir por pelo menos seis meses.

Início precoce: os sintomas têm de estar presentes antes da idade de sete anos.

Frequência e gravidade: a desatenção e/ou a hiperatividade/impulsividade devem ter um caráter extraordinário quando comparadas às de pessoas da mesma idade.

Claras evidências de deficiência: o padrão comportamental do TDA precisa causar uma interferência significativa na capacidade funcional da pessoa.

Deficiência em um ou mais cenários: os sintomas causam problemas sérios em contextos múltiplos, inclusive na escola (ou no trabalho, no caso de adultos), em casa e em situações sociais. (Phelan, 2005, p. 15)

Além disso, o DSM-IV apresenta duas listas com nove sintomas – a primeira com sintomas de desatenção e a segunda contém sintomas em que os seis primeiros são de hiperatividade e os três últimos de impulsividade –, que devem ser verificados para o diagnóstico do TDAH.

Desatenção:

- a- Não consegue prestar muita atenção em detalhes ou comete erros por descuido.
- b- Tem dificuldade em manter a atenção no trabalho ou no lazer.
- c- Não ouve quando abordado diretamente.
- d- Não consegue terminar as tarefas escolares, os afazeres domésticos ou os deveres do trabalho.
- e- Tem dificuldade em organizar atividades.
- f- Evita tarefas que exijam um esforço mental prolongado.
- g- Perde coisas.
- h- Distrai-se facilmente.
- i- É esquecido.

Hiperatividade:

- a. Tamborila com os dedos ou se contorce na cadeira.
- b. Sai do lugar quando se espera que permaneça sentado
- c. Corre de um lado para o outro ou escala coisas em situações em que tais atividades são inadequadas.
- d. Tem dificuldade de brincar em silêncio.
- e. Age como se fosse “movido à pilha”.
- f. Fala em excesso.

Impulsividade

- g. Responde antes que a pergunta seja completada.
- h. Tem dificuldade de esperar a sua vez.
- i. Interrompe os outros ou se intromete. (Phelan, 2005, pp. 15-16)

Para ter a característica (desatenção ou hiperatividade/impulsividade), a pessoa tem de apresentar seis sintomas, no mínimo, da lista correspondente. Baseados nesses critérios, há um teste chamado SNAP-IV (GEDA, 2006), que pretende auxiliar a diagnosticar sintomas de TDAH em crianças, por meio de um questionário respondido por pais e/ou professores.

Baseando-se no DSM-IV, assim, considera-se que se faz um diagnóstico de TDAH, que acontece de forma clínica, geralmente por pediatra, neurologista ou psiquiatra, baseado na presença dos sintomas listados, sem a necessidade de eletroencefalograma (Araújo, 2002) ou de outros exames físicos.

Segundo Lobo e Lima (2008), o comportamento desatento traz mais dificuldades para a aprendizagem escolar que o comportamento hiperativo, uma vez que a desatenção afeta a percepção e o processamento das informações visuais e auditivas, que são partes fundamentais da aprendizagem e da leitura. Esses autores fizeram uma pesquisa que observou diferenças entre as respostas dos participantes com TDAH e sem TDAH. Essas diferenças foram mais quantitativas do que qualitativas, e a maior incidência de erros foram nas categorias fonológicas e homófonas, o que pode ser atribuído à pouca atenção que o leitor dispensou aos detalhes da grafia da palavra. Esses autores apontam que, portanto, é possível afirmar que a atenção interfere tanto na percepção do item lido como também na adequação da leitura.

Rodrigues, Sousa e Carmo (2010) fizeram um estudo de caso de uma criança com Transtorno de Conduta e TDAH que apresentava dificuldades em matemática. A intenção dos autores era verificar alguma ligação entre essas questões. No entanto, esses pesquisadores não encontraram evidências dessa ligação nesse caso. Pelo contrário, o estudo de caso de Rodrigues *et al* (2010) apontam, a partir dos dados da pesquisa, que a presença de TDAH não produziu as dificuldades na aprendizagem da Matemática, embora concorra para que essas dificuldades se acentuem. Fatores ligados à família e à forma como a escola lida com o caso foram determinantes na evolução do quadro.

Toda essa caracterização do TDAH – critérios e testes – é criticada pelos autores da linha sócio-histórica da psicologia. Segundo Collares e Moysés (1994), “inexistem

critérios diagnósticos claros e precisos como exige a própria ciência neurológica; o conceito é vago demais, abrangente demais...” (p. 29).

Eidt e Tuleski (2010) exploram a oposição entre as duas perspectivas de desenvolvimento, ligando-a ao TDAH. Na perspectiva defendida por essas autoras, baseadas em Vygotsky,

os possíveis transtornos de aprendizagem e/ou de desenvolvimento, como o TDAH, não são compreendidos como fenômenos naturais, individuais e orgânicos, sobre os quais pais e educadores não teriam muito como intervir. Eles se explicam pela apropriação parcial da atividade depositada nas produções humanas, materiais ou intelectuais (p. 9).

Já Rotta (2006) tem uma visão mais biológica e, embora considerando que a etiologia do TDAH é multifatorial, com fatores genéticos e ambientais em diferentes combinações, aponta que: “Sabe-se que não existe um único ‘gene do TDAH’, mas, sim, vários genes de pequeno efeito, que associados têm capacidade para conferir uma propensão ou vulnerabilidade para o desenvolvimento do quadro” (pp. 303-304).

Já Meira (2012) não acredita na preponderância dos fatores biológicos e argumenta que:

Tanto a descrição do transtorno quanto o tipo de sintomas que sustentam o seu diagnóstico revelam a falta de uma análise crítica sobre as relações entre os fenômenos que ocorrem na educação e o contexto histórico-social que a determina. Sem essa reflexão, o resultado é inevitável: muitas crianças absolutamente normais podem iniciar uma "carreira" de portadores de dificuldades de aprendizagem (pp. 4-5).

Desse modo, pode-se diagnosticar ou não o TDAH, de acordo com a concepção sobre a questão, o que pode determinar o passo que vem a seguir, ou seja, diagnostica-se e intervém (ou trata, de acordo com a linha adotada) ou não se diagnostica, porque não há o que se diagnosticar, e, conseqüentemente, não se intervém. O foco na linha sócio-histórica implica mudanças estruturais da sociedade.

2.3 TDAH e intervenção

Para os autores de vertente mais biológica, pode-se falar em tratamento de crianças com TDAH. Rotta (2006) aponta que, com o diagnóstico de TDAH, deve-se deixar bem claro que se trata de um problema crônico e que o objetivo do tratamento não é curá-lo, mas viabilizar um comportamento funcional satisfatório na família, na escola e na sociedade. Além disso, “não há uma única abordagem terapêutica que seja comum a todos os casos. O tratamento deve ser planejado individualmente. O manejo no caso do TDAH é dividido em quatro importantes itens: modificação do comportamento; ajustamento acadêmico; atendimento psicoterápico; terapia farmacológica” (p. 309).

Podem ser prescritos estimulantes, antidepressivos ou clonidina no tratamento farmacológico do TDAH:

Os estimulantes melhoram a atenção e a hiperatividade, não têm efeito direto sobre a ansiedade, podem ocasionar irritabilidade, insônia, perda de peso e atraso no crescimento. Os antidepressivos atuam também sobre a ansiedade e a depressão, podem causar arritmias e retenção urinária. A clonidina melhora principalmente a impulsividade, e seus efeitos colaterais incluem sedação, bradicardia e depressão. (Araújo, 2002, p. 6)

De acordo com Rotta (2006), a terapia farmacológica mais indicada é um fármaco psicoestimulante, com destaque para o metilfenidato, que é o mais usado no Brasil e no mundo para as situações diagnosticadas como TDAH. O fármaco estimulante tem efeito predominantemente sobre o sistema reticular ativador ascendente e a corticalidade cerebral. Sua ação aumenta as catecolaminas na fenda sináptica (dopamina e norepinefrina); diminui a impulsividade e a atividade motora; aumenta a vigilância; melhora a memória recente, o que repercute positivamente no tempo de reação, no aprendizado verbal e não verbal; melhora a performance acadêmica e social; permite melhores condições para as intervenções terapêuticas.

Rotta (2006) assinala ainda que o metilfenidato está disponível com o nome de Ritalina, na apresentação convencional de 10mg, com uma duração pequena de três a quatro horas, o que não cobre todo o período escolar, e a Ritalina de longa duração, com três apresentações: 20mg, 30mg e 40 mg, que duram de seis até oito horas. O

metilfenidato também é encontrado com o nome de Concerta, com apresentações de 18 mg, 36 mg e 54 mg, com um tempo de ação de 10 até 12 horas.

Rodhe, Dorneles e Costa (2006), baseados no material intitulado *Ensinando Crianças com TDAH*, do Departamento de Educação dos Estados Unidos, sugerem intervenções que estão resumidas em três áreas: instruções acadêmicas, intervenções comportamentais e modificações na sala de aula.

Nas instruções acadêmicas, destacam-se:

- Deixar claro quais são as expectativas do professor na realização de cada tarefa.
- Estabelecer uma rotina diária clara, com períodos de descanso definidos.
- Usar reforços visuais e auditivos para definir e manter essas regras e expectativas, como calendários e cartazes.
- Dar instruções e orientações de forma direta, clara e curta.
- Observar se o estudante possui todos os materiais necessários para a execução da tarefa; caso contrário, deve-se ajudá-lo a consegui-los.
- Dividir as atividades em unidades menores. Por exemplo, pedir que ele resolva, primeiro, as cinco contas de matemática e avisar quando terminar. Depois, solicitar mais cinco.
- Iniciar a aula pelas atividades que requerem mais atenção, deixando para o final do turno aquelas que são mais “agradáveis” e/ou estimulantes.
- Monitorar o tempo que falta para concluir uma tarefa. (Rodhe *et al*, 2006, p. 369)

E na avaliação:

- “Propiciar um ambiente tranquilo.
- Dar mais tempo para os alunos.
- Colocar um número menor de atividades por página.
- Solicitar que a criança cheque as respostas, particularmente no subtipo impulsivo/hiperativo”. (Rodhe *et al*, 2006, p. 369)

Rodhe *et al* (2006) também apresentam sugestões específicas na leitura (exemplo: pedir que o estudante com TDAH leia oralmente enquanto os colegas leem silenciosamente), na grafia (exemplo: levar em consideração que escutar e escrever simultaneamente pode ser difícil para esse estudante), na ortografia (exemplo: criar um dicionário para as palavras que são frequentemente esquecidas), na produção textual (exemplo: deixar que ele dite a história para um colega) e na matemática (exemplo: incentivar o uso de lápis e papel para fazer as contas, em vez de fazer mentalmente, pois, se ele se distrai, é mais fácil recomeçar).

Em relação às intervenções comportamentais, Rodhe *et al* (2006) ressaltam a importância de se utilizarem elogios para comportamentos positivos e alguns outros pontos:

- Estabelecer consequências razoáveis e realistas para o não cumprimento de tarefas e das regras bem combinadas anteriormente.
- Aplicar algum tipo de restrição com consistência e bom senso.
- Quando o aluno começar a ficar agitado, frustrado ou atrapalhar o trabalho de classe, redirecioná-lo para outra atividade ou situação. Por exemplo, buscar um material no setor de fotocópias.
- Ignorar as transgressões leves que não forem intencionais.
- Permitir que ele saia para dar uma volta, tomar água.
- Combinar sinais discretos para chamar a atenção ou lembrar acordos. (p. 372)

Em relação ao tópico modificações no ambiente, Rodhe *et al* (2006) citam as posturas de sentar o aluno perto do professor, longe de portas e janelas, distante de colegas que o importunem; de achar um equilíbrio entre pouca motivação visual e estímulos excessivos; e de privilegiar turmas pequenas.

Rotta (2006) também enfatiza a necessidade da criança se sentar na primeira fila, além de estudar em turmas pequenas. O autor chama atenção para a necessidade de disponibilidade de tempo adicional do professor, aulas de reforços, rotinas na realização de tarefas, em locais mais tranquilos e silenciosos.

Não se pode esquecer de que cada aluno é um indivíduo único que tem suas particularidades que precisam ser observadas. As sugestões são gerais, mas há de se procurarem aquelas que funcionam bem para cada um.

Já para os autores que têm uma visão sociocultural, não se pode falar em tratamento, uma vez que:

Não se trata de esperar que as crianças naturalmente sejam atentas na escola, independente dos conteúdos, da qualidade do trabalho pedagógico e das necessidades e possibilidades do desenvolvimento infantil. É preciso que os professores auxiliem cada criança a desenvolver cada vez mais a consciência e o controle sobre seu próprio comportamento de tal forma que ela possa propor-se, de modo intencional e deliberado, a focalizar sua atenção no processo de apropriação dos conteúdos escolares (Meira, 2012, p. 5).

Nessa perspectiva, o enfoque é o trabalho do professor e não a criança. A responsabilidade pela aprendizagem pressupõe uma boa formação e o uso de recursos pedagógicos, uma vez que

é um verdadeiro contrassenso que a escola exija da criança funções psicológicas superiores em relação às quais deveria assumir um papel diretivo e efetivo. A lógica biologizante tem levado pessoas a se perguntarem "o que a criança tem que não consegue prestar atenção?". É preciso formular outro tipo de pergunta: o que na escola produz a falta de atenção e concentração? Essa mesma problematização deve ser feita em relação à hiperatividade. (Meira, 2012, p. 5)

Meira (2012) é uma crítica veemente do uso de medicação. Ela cita a bula do remédio Ritalina¹, com vários efeitos colaterais possivelmente danosos, e contesta seu uso:

Apesar da clara e assumida complexidade do diagnóstico, da imprecisão na própria definição do transtorno, do desconhecimento sobre todos os fatores envolvidos na ação do medicamento sobre o sistema nervoso central e das advertências feitas pelo próprio fabricante sobre reações adversas e riscos de dependência, o consumo do medicamento aumenta em velocidade crescente. (p. 5)

Há autores como Duchesne e Alves (1998) que trabalham com a tentativa de redução do déficit de atenção ou da adaptação dos pacientes a esse déficit por meio de alguns métodos, que consistem em estimulação (redução do déficit por meio da prática de exercícios repetidos); substituição (uso de recursos auxiliares para a realização de tarefas); e adaptação do meio (adaptar o meio às limitações do indivíduo). Para o uso desses métodos, as autoras definem o que são alguns parâmetros da atenção: sustentação (habilidade de manter a atenção de forma continuada ao longo do tempo), seletividade (habilidade de prestar atenção seletivamente para informações apesar de distrações), alternância (habilidade de focar de uma tarefa para outra a fim de ter um comportamento fluente). Essas autoras pregam o uso de computadores como um importante instrumento para a aplicação de atividades com esses métodos. Um exemplo para treinar a seletividade: pode-se apresentar ao paciente um conjunto de números e pedir que responda somente a um deles. Um exemplo para o treino da sustentação,

¹O medicamento pode provocar muitas reações adversas; **seu mecanismo de ação no homem ainda não foi completamente elucidado** e o mecanismo pelo qual o metilfenidato exerce seus efeitos psíquicos e comportamentais em crianças não está claramente estabelecido, nem há evidência conclusiva que demonstre como esses efeitos se relacionam com a condição do sistema nervoso central; **a etiologia específica dessa síndrome é desconhecida** e não há teste diagnóstico específico; o diagnóstico correto requer a investigação médica, neuropsicológica, educacional e social; **pode causar dependência física ou psíquica** (Meira, 2012, p. 5, grifos da autora).

seletividade alternância consiste em pedir que o paciente some e subtraia pares de números alternadamente.

Desse modo, há muito a se fazer além da terapia farmacológica, que não é para todos os casos. Se houver indicação do medicamento e os pais a seguirem, o acompanhamento clínico deve ser cuidadoso e constante, com a observação de todos os possíveis efeitos colaterais que podem acontecer.

O processo psicoterápico é essencial, especialmente para lidar com questões da autoestima e de todo o estigma que vem junto com as dificuldades porque passa a criança na escola. Os próprios colegas podem contribuir para criar um problema emocional a mais para a criança.

No ambiente escolar, há que se trabalhar para criar um clima em que a criança se sinta aceita e respeitada por todos. Além disso, há necessidade de se fazer ajustes acadêmicos, que devem ser feitos de acordo com a especificidade das capacidades e das dificuldades da criança no momento.

De acordo com Rodrigues *et al* (2010), TDAH pode contribuir para que ocorram dificuldades no aprendizado da matemática. Já Costa, Rohde e Dorneles (2012) faz um exame abrangente da literatura sobre crianças com transtornos de aprendizagem na matemática e conclui que elas se distinguem por se utilizarem procedimentos de contagem já abandonados por crianças da mesma idade e por apresentarem desenvolvimento tardio ou atípico na recuperação e/ou armazenamento dos fatos numéricos na memória. Costa *et al* (2012) cita que:

Acredita-se que alguns aspectos da matemática, especialmente a recuperação dos fatos básicos, precisam ser trabalhados até o ponto de se tornarem automáticos. Se essa fluência não ocorre, o desenvolvimento de habilidades matemáticas consideradas de alto nível, como a adição e a subtração de multidígitos, cálculo mental, a divisão com diversos numerais e até mesmo o entendimento do número fracionário, poderá ser prejudicado. A matemática, mais do que qualquer disciplina, envolve uma progressão de conceitos, que parte dos mais simples e avança para os complexos. Isso não implica, contudo, voltar a decorar mecanicamente cada fato numérico, e, sim, realizar atividades e exercícios que promovam o seu entendimento conceitual e, conseqüentemente, a sua memorização. (p. 6)

Desse modo, especialmente com a criança que apresenta os sintomas de TDAH, há que se trabalhar concretamente os conceitos matemáticos, com frequência e assiduidade, de modo a promover um desenvolvimento de maneira sustentada e basilar

das habilidades necessárias para o total entendimento da Matemática. Muitas vezes, isso não acontece nos anos escolares iniciais da criança com TDAH, o que, muitas vezes, exigirá intervenção posteriormente.

Também devem ser observadas modificações do comportamento, como as citadas acima, tanto da comunidade escolar como da família. São questões que podem propiciar uma reeducação dos processos cognitivos, como da memória e da atenção.

O processo psicopedagógico pode se inserir no contexto de ajuste acadêmico e de modificações do comportamento, além de servir como fonte de informações para o processo terapêutico.

2.4 Distúrbios do Processamento Auditivo Central (DPAC)

Para uma audição perfeita, o aparelho auditivo deve estar anatomicamente bem estruturado e sua funcionalidade deve estar preservada em toda a sua complexidade. A funcionalidade está expressa no que se chama de Processamento Auditivo Central (PAC), que é um conjunto de várias funções.

O Processamento Auditivo Central (PAC) consiste nos mecanismos e processos das vias cognitivas responsáveis pelos comportamentos de localização e lateralização sonora; discriminação auditiva; reconhecimento de padrões auditivos; aspectos temporais da audição, como resolução, mascaramento, integração e ordenação temporal; e desempenho auditivo na presença de sinais acústicos degradados ou competitivos (American Speech-Language-Hearing Association, 1996, 2005, citado por Capovilla & Salido, 2011, p. 141)

Desse modo, os mecanismos desse processamento são basilares para que se identifique a oralidade em todas as suas subpartículas que são tão importantes para o contexto geral da leitura e da escrita.

Os exames físicos podem não apresentar nada diferente do esperado, mas, ainda assim, a criança pode apresentar alterações no processamento auditivo, ou seja, a funcionalidade do aparelho auditivo não se dá de forma a cumprir o processo pleno da audição. Se há problemas nesse processo, ocorre o que se chama de Distúrbio do Processamento Auditivo Central – em alguns textos, chamado de Desordem do Processamento Auditivo Central, de acordo com Kozlowski, Wiemes, Magni e Silva (2004).

Os Distúrbios do Processamento Auditivo Central (DPAC) consistem em incapacidade de atentar, discriminar, reconhecer, recordar ou compreender informações auditivas e de reconhecer a ordem e a sequência dos estímulos acústicos no tempo. Tal incapacidade é verificada apesar da ausência de comprometimento de habilidade intelectual e de audição periférica. (Capovilla & Salido, 2011, p. 141)

Para a compreensão da oralidade por meio da audição, é fundamental que as funções que fazem parte do PAC estejam íntegras. Sem a inteireza dessas funções, o aprendizado da fala, da leitura e da escrita fica prejudicado, já que ele é diretamente relacionado com a oralidade.

Estudos apontam que há uma ligação entre dificuldades de aprendizagem com problemas no PAC:

Crianças com distúrbios de PAC apresentam problemas de linguagem expressiva, dificuldade de compreensão em ambiente ruidoso e de palavras de duplo sentido, problemas de escrita, dificuldades de interpretação, desatenção, agitação e baixo desempenho escolar. Esses Distúrbios de PAC têm sido correlacionados com transtornos de aprendizagem escolar; alterações na aquisição, desenvolvimento e abrangência da linguagem; e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade/Impulsividade (TDAH), seja como causa, seja como comorbidade de outra alteração (Capovilla, 2002, 2004; Capovilla & Capovilla, 2003, citado por Capovilla & Salido, 2011, p. 141).

De acordo com Capovilla e Salido (2011), há comportamentos nas crianças que são relativos a DPAC. São manifestações comportamentais como: aumento do tempo de latência das respostas; déficit de compreensão; dificuldade de atenção; dificuldade de escutar em ambiente ruidoso; dificuldade em focar e/ou filtrar os sons do ambiente; distração e esquecimento; dificuldades de lateralidade; baixa compreensão de leitura; inversão de letras ao escrever (b, d, p, q) ou troca de letras com sons parecidos (p/b, t/d, f/v, m/n etc); disgrafia; alteração de fala (principalmente dos sons /r, l, s, z/); baixo rendimento escolar; desajuste social com tendência ao isolamento.

Abdo, Murphy e Schochat (2010) conduziu uma pesquisa que apontou que um grupo de crianças com TDAH apresentou desempenho estatisticamente pior em todos os testes comportamentais de processamento auditivo, sugerindo a existência de uma estreita relação entre as habilidades testadas e o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Assim, essa constatação faz emergir a necessidade de se investigar o processamento auditivo sempre que se observarem as características de TDAH em uma

criança, já que não é fácil para quem não é fonoaudiólogo, em ambiente de testes, caracterizar DPAC, uma vez que não há sintomas próprios evidentes. No entanto, ainda é necessário que haja mais investigação para se precisar essa relação.

Para o diagnóstico do DPAC, há algumas estratégias que podem ser realizadas, de acordo com Kozlowski *et al* (2004), como anamnese; testes não audiológicos, como avaliação do desempenho linguístico e comportamento auditivo; testes audiológicos, como audiometria e testes específicos para PAC (monóticos, dicóticos e de interação binaural); teste objetivo – imitanciometria; testes eletrofisiológicos, como emissões otoacústicas, potencial auditivo evocado de média e longa latência (N1, P2, P3 e MMN).

Para o tratamento do DPAC, é indicado terapia fonoaudiológica. Também devem ser observadas algumas questões mais gerais na escola (como sentar-se perto do professor, escrita de instruções e de palavras-chaves) que podem complementar a terapia. Ainda são escassos os estudos nacionais sobre o tema. Há necessidade de pesquisas que ajudem a caracterizar/diferenciar particularidades desse distúrbio de outras condições do desenvolvimento infantil.

III/ Método de Intervenção

3.1/ Sujeito

S. é uma menina nascida em 26/12/2001, atualmente com 11 anos. Mora em Santa Maria, no Distrito Federal, e estuda em escola particular, no 6º ano. Não tem histórico de repetência. Segundo a mãe, apresenta leitura pausada, interpretação difícil, grafia ruim. Foi diagnosticada por uma neurologista como tendo TDAH e DPAC e toma Ritalina (LA 30mg), desde 2011, com acompanhamento dessa neurologista.

Realizou avaliação fonoaudiológica e, de acordo com o laudo fonoaudiológico, a criança apresenta déficit de decodificação com perda gradual de memória e integração e tem indicação para: visual e auditivo juntos; organização com escrita de palavras-chave no quadro, lembretes, anotações organizadas; conhecimento prévio do assunto a ser abordado; controle do conhecimento novo em termos de complexidade, extensão e velocidade; fala com entonação acentuada, frases curtas e objetivas; monitoramento da compreensão da matéria; uso de toques, olhares e fala ao mesmo tempo; sentar longe do corredor, janela e em frente ao professor; tempo maior para realização de provas e testes.

Mora com a mãe (34 anos, curso superior incompleto) e o padrasto (curso superior completo), tendo pouco contato com o pai (34 anos, curso superior completo). A mãe trabalhava, embora, no momento, esteja em licença-maternidade. Tem um irmão de três meses.

3.2/ Procedimento(s) Adotado(s)

O estudo envolveu entrevistas com a mãe e solicitação de preenchimento de questionário, análise do material escolar e momentos de interação com a criança nas situações de atendimento psicopedagógico, com sessões de avaliação e de intervenção.

Foram realizadas seis sessões de avaliação e quatro de intervenção psicopedagógica. As sessões tiveram a duração aproximada de 50 minutos e aconteceram em uma das salas de atendimento infantil do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos – CAEP, do Instituto de Psicologia, da Universidade de Brasília. São salas com brinquedos, jogos, livros infantis, quadros, mesa e cadeiras infantis, escrivaninha e cadeiras para adultos.

As sessões aconteceram com espaçamento entre elas, pela impossibilidade do comparecimento da criança ao CAEP por diversas razões, como explicitado nas datas de sessões descritas no próximo item. Essas ausências não deixaram que o trabalho tivesse um ritmo contínuo e fosse mais produtor, especialmente na intervenção, que teve um número de sessões reduzidas, comprometendo uma melhor mediação nos pontos apontados pela avaliação. Esse fator comprometeu o que foi planejado e pode ser considerado uma evidência da dificuldade do acompanhamento psicopedagógico fora do ambiente escolar.

IV/ A intervenção psicopedagógica: da avaliação psicopedagógica à discussão de cada sessão de intervenção

4.1/ Avaliação Psicopedagógica

- Sessão de avaliação psicopedagógica 1 (22/03/2013)

-objetivo: apresentar a proposta para a mãe e levantar informações sobre o caso.

- procedimento e material utilizado: entrevista com a mãe. Utilizados caneta e papel para o registro das informações.

- resultados obtidos e discussão: Foi feita uma entrevista com a mãe, em que ela contou a história de S.

A gestação foi fisicamente tranquila, mas, emocionalmente, difícil, pois os pais estavam se separando. A criança nasceu com 39 semanas, com 2 quilos e 990 gramas e 46 cm, de cesariana. Não houve problema depois do parto. Foi amamentada no peito até um ano. Andou com um ano e quatro meses. Não teve problemas em largar as fraldas. Ela menstruou aos 10 anos. S. tem rinite. Nunca teve problemas de desmaios, convulsões etc. Reclama frequentemente de dor nos olhos. Diz a mãe que, sem Ritalina, come ansiosamente; com o remédio, come menos. Ela geralmente dorme tarde e quer acordar mais tarde. É uma criança mais quieta quando está sob o efeito da Ritalina, mas é mais agitada quando não está.

De acordo com a mãe, a alfabetização foi difícil. S. precisou morar com a avó, na época, que batia nela quando ela não aprendia facilmente. Começou na Educação Infantil depois de um ano. No começo, quando estava no turno da manhã, chorava muito. Depois, quando mudou de turno, melhorou.

No momento atual, S. mora com a mãe, o padrasto e o irmão recém-nascido. Ela tem um quarto só para ela. A sua rotina é a seguinte: acorda às 5 horas para estar na escola às 7 horas e 20 (vai de van); às 13 horas e 20, chega da escola, quando almoça; depois, vê um pouco de TV; mais ou menos às 15 horas, começa a fazer as tarefas, terminando mais ou menos às 18 horas (às vezes, termina mais tarde); lancha às 19

horas; às 21 horas, começa a se preparar para dormir, mas nem sempre dorme neste horário. Sempre fica parando para fazer algo quando está fazendo tarefa.

A mãe diz que a S. gosta de ir à escola e que gosta de estudar. A mãe diz que a ajuda nas tarefas, embora, algumas vezes, o padrasto ajude também. Nunca foi reprovada. Já trocou de escola muitas vezes (a mãe disse cinco; S., na entrevista seguinte, disse que já estudou em oito escolas).

Segundo a mãe, S. apresenta leitura pausada, interpretação difícil, grafia ruim. Foi diagnosticada por uma neurologista com tendo TDAH e DPAC. Toma Ritalina (LA 30mg), desde 2011. Não está frequentando um fonoaudiólogo (a mãe disse que está procurando um profissional). Está fazendo terapia com uma psicóloga. Já mudou de turno algumas vezes. Agora, estuda de manhã, por orientação da neurologista, uma vez que o horário do medicamento é de manhã. Geralmente, não tem problemas com os professores. Com os colegas, já a chamaram de gordinha, o que abalou sua autoestima. Até o ano passado, não fazia perguntas na escola. Agora, está mais confiante. Ela se senta na frente, por solicitação da mãe, que parece ser presente na escola.

S. está no ballet, gosta muito de música. Lê devagar, mas lê gibis (Turma da Mônica Jovem) e livros como “As mais”. Gosta de TV, de programas como Disney, Malhação, Violeta.

IMPRESSÃO: Aparentemente, segundo sua mãe, S apresenta algumas dificuldades de leitura e interpretação de texto, possivelmente em decorrência da DPAC e da TDAH. Falta terapia fonoaudiológica. Sua autoestima vem melhorando com a terapia que vem fazendo. O começo da sua vida escolar parece ter sido bastante conturbado. Além disso, houve muitas mudanças em sua vida, tanto escolares quanto familiares. Assim, o processo de construção do seu conhecimento pode ter sido deficitário.

- Sessão de avaliação psicopedagógica 2 (05/04/2013)

-objetivo: conhecer S e levantar informações preliminares sobre suas habilidades escolares

- procedimento e material utilizado: entrevista e observação do caderno de S, leitura em voz alta de livro, ditado para escrita de frases, verificação da memória do que foi ditado, desenho.

Livro Chapeuzinho Amarelo, de Chico Buarque; caderno de S; papel; lápis; lápis de cor.

- resultados obtidos e discussão: Conversei com S. a respeito da escola. Ela não relatou nenhuma dificuldade maior. Disse que gostava da escola, dos colegas, dos professores, apesar de ter alguns “chatos”. Disse que gostava de quase todas as matérias e que, quando tinha alguma dificuldade, perguntava para os professores. Ela mostrou seu caderno, que não era totalmente organizado em relação ao uso do espaço, com intervalos vazios onde poderia haver conteúdo. Utiliza divisões apropriadas do caderno para cada matéria. Sua letra era legível, sem aparentar dificuldade de organização espacial. Havia erros ortográficos nas palavras, mas eram poucos. Pedi que ela lesse alguns trechos do caderno e um livro que levei (levei dois livros da coleção As mais e o livro Chapeuzinho Amarelo, do Chico Buarque). Ela leu e explicou corretamente o trecho do caderno que pedi que ela lesse. E leu todo o livro Chapeuzinho Amarelo (segundo ela, ela gosta de “livro de criança” também), interpretando todo o texto, sem dificuldades. A leitura não foi totalmente fluida, mas houve poucas dificuldades nas palavras. Pedi que ela escrevesse algumas palavras e frases que eu ditei. Ela escreveu tudo corretamente. Pedi que ela tentasse se lembrar das frases e palavras que escreveu no ditado e ela se lembrou de aproximadamente 70% do que estava escrito. Ela disse que se senta na frente da sala de aula, porque tem TDAH. A sua turma tem 33 alunos. Ela disse que fez uma apresentação de um trabalho há pouco tempo, que ficou nervosa, mas que apresentou sem maiores problemas. Eu perguntei se ela achava que precisava de ajuda. Ela ficou em dúvida, mas disse que achava que sim, que as provas não começaram ainda e que ela poderia ter ajuda. Ela disse que queria fazer um desenho e me perguntou se eu não desenharia também. Eu e ela desenhamos.

IMPRESSÃO: Nesta sessão, não foi reconhecida nenhuma dificuldade maior aparente. A sua leitura ainda não é fluida, há alguns erros de leitura e de escrita, mas serão necessárias mais observações.

- Sessão de avaliação psicopedagógica 3 (12/04/2013)

-objetivo: verificar o nível das habilidades matemáticas de S..

- procedimento e material utilizado: jogos matemáticos Sudoku que usam soma e produto, disponíveis no endereço eletrônico <http://www.slideshare.net/cidiasales/uso-do-sudoku-nas-operaes-com-numeros-naturais-e-fracionrios> (Acesso em 10/04/2013); papel, lápis, jogos Sudoku impressos.

Complete os espaços vazios sabendo que a **soma** das linhas e colunas são sempre iguais a 74!

35	17	
		30
	44	

Complete os espaços vazios sabendo que o **produto** das linha e colunas são sempre iguais a 416!

52	4	
4		4

- resultados obtidos e discussão: Foi proposto um jogo de Sudoku em que se teria de usar adição e subtração para completar os quadrados do jogo. O segundo jogo também era um Sudoku, com a diferença em que se teria de usar multiplicação e divisão para achar os números.

S. apresentou muita dificuldade para conseguir completar o primeiro jogo. Ela tinha dificuldade nos conceitos das operações, uma vez que não entendia que a operação subtração era a operação reversa da adição. Ela até sabia o algoritmo da operação, mas não sabia quando usá-lo corretamente. Também preferia usar, em vez do algoritmo padrão da subtração, riscos no papel, contando-os para subtrair.

Quanto ao segundo jogo, também houve as mesmas dificuldades conceituais, com o agravante de que S. apresentou dificuldades até mesmo com o algoritmo da divisão.

A sessão inteira foi com esses dois jogos. S. apresentava dificuldade em se concentrar. Qualquer movimento era razão para parar o jogo. Por exemplo, havia pernalongos na sala, o que a fez parar por diversas vezes.

IMPRESSÃO: Nesta sessão, foi reconhecida uma dificuldade nos conceitos das operações numéricas, além de uma concentração baixa, especialmente se S estava fazendo algo em que apresentava dificuldade.

No dia 19/04/2013, estava marcada uma sessão, mas ela foi desmarcada a pedido da mãe de S.

No dia 26/04/2013, estava marcada uma sessão, mas ela foi desmarcada a pedido da mãe de S. com a justificativa de cirurgia oftalmológica da mãe.

No dia 03/05/2013, estava marcada uma sessão, mas a paciente não compareceu, por causa de um mal-entendido a respeito da data.

No dia 10/05/2013, estava marcada uma sessão, mas ela foi desmarcada a pedido da mãe de S.

- Sessão de avaliação psicopedagógica 4 (14/05/2013)

- objetivo: avaliar o conceito de número e verificar o comportamento de atenção e impulsividade em casa

- procedimento e material utilizado: Prova de conceitos matemáticos – Prova ECPN (Grupo Cimete, 1995) e teste SNAP-IV (GEDA, 2006)

- resultados obtidos e discussão: Começamos conversando a respeito do tempo em que não nos vimos. Falamos da escola. Ela disse que está tudo bem, que fez provas, mas que se saiu bem. Não expandiu muito a questão.

Eu introduzi o assunto TDAH, mas ela se recusou a falar do assunto. Ela falava de outra coisa, eu tentava voltar, mas ela, novamente, mudava o assunto. A única frase que consegui dela foi que ela “é inteligente, sim”, sem que eu mencionasse nada a respeito. Eu a reassegurei de que ela é muito inteligente e perguntei o que ela achava que era TDAH. Ela falou: “falta de atenção” e mudou, outra vez, de assunto.

Começamos a fazer o teste de conceito numérico (Grupo Cimete, 1995). Ela estava com evidente falta de vontade, dizendo que era chato, mas fez. Eu tentei fazer com que fosse uma brincadeira, mas aparentemente ela se sentiu numa espécie de teste, pois havia algumas contas, mínimas, para fazer. Ela errou algumas questões, especialmente as “mais que”. Aparentemente, nesses erros, ela fazia conta mentalmente de forma incorreta ou, impulsivamente, não prestava atenção no que era para fazer e já respondia logo o primeiro que lhe parecia mais correto. Ela contava nos dedos em algumas das operações. Ela disse que vai contar nos dedos para fazer contas “até no vestibular”. Eu disse que não era errado fazer isso, mas que seria bom saber outras formas, como fazer operações mentais.

Depois, ela quis jogar varetas. Jogamos, mas, na hora de fazer as contas das varetas para saber quem ganhou, ela fez as contas da dela, mas se recusou a fazer as contas das varetas que eu peguei, junto comigo. Ela se levantou da mesa e foi olhar outra coisa no armário de jogos da sala.

Como já estava faltando poucos minutos para terminar a sessão, eu apresentei para ela a Torre de Hanói que eu trouxera comigo e ensinei-lhe as regras. Ela se interessou. Eu disse que ela podia levar para brincar em casa.

A mãe preencheu o questionário SNAP IV (GEDA, 2006) que eu lhe entreguei no começo da sessão.

IMPRESSÃO: Nesta sessão, eu percebi que S. faz uma ligação entre TDAH e não ser capaz. Há que se trabalhar melhor a questão dessa ligação negativa que ela fez em relação à sua capacidade – talvez na terapia psicológica.

Aparentemente, há uma base conceitual numérica que não é robusta. Talvez por tantas mudanças escolares e a questão do TDAH e do DPAC, a construção de seu conceito numérico tenha sido superficial e algorítmico, sem um entendimento mais aprofundado dos conceitos que são fundamentais.

A concentração baixa, especialmente se S estava fazendo algo em que apresentava dificuldade, permanece, como na outra sessão.

O questionário SNAP-IV (GEDA, 2006) que a mãe preencheu aponta que:

- no quesito desatenção, de 9 itens: 5 foram marcados como bastante, 1 como demais e 3 como só um pouco;
- no quesito hiperatividade, de 6 itens: 1 foi marcado como bastante, 2 como só um pouco e 3 como nem um pouco;
- no quesito impulsividade, de 3 itens: 1 foi marcado como demais e 2 como só um pouco.

Desse modo, o questionário aponta na direção da desatenção.

- Sessão de avaliação psicopedagógica 5 (20/05/2013)

-objetivo: observar e estimular as características de sustentação, seletividade e alternância da atenção e a memória.

- procedimento e material utilizado: jogo de memória com cartas de animais, cartas de baralho com palavras, jogo de mímica e memória do Pequeno Príncipe, papel, lápis.

- resultados obtidos e discussão: S. chegou trazendo a Torre de Hanói, que levou com ela na sessão anterior. Ela disse que conseguiu fazer e queria me mostrar. Ela começou a fazer e estava indo bem, mas voltou ao início da Torre.

Falei para irmos fazer jogo de memória com cartas de animais. Ela jogou um com 9 peças e depois com 20 peças. No primeiro, ela fazia os pares rapidamente. Depois, no maior, ela começou pareando as peças com rapidez, mas, depois, quando faltavam poucas peças, parece que não estava prestando muita atenção e demorou mais a achar os pares. Jogo para treinamento da sustentação da atenção e da memória.

Depois, apresentei algumas cartas com palavras para ela e pedi que ela só contasse e escrevesse aquelas que começassem com vogal. Ela disse que se confundia com o que era vogal e eu expliquei. Depois da explicação, ela fez corretamente. Esse é um jogo para treinamento da seletividade da memória, adaptando as atividades propostas por Duchesne e Alves (1998).

Fizemos, então, um jogo matemático. Começamos com um número (10). Ela teria de somar 2, depois diminuir 3, até que eu pedisse para ela parar. Ela errou algumas vezes quando fazia a conta mentalmente. Ela disse que achou o jogo chato, mas ela disse depois que eu pedi que ela verificasse uma conta feita indevidamente. É uma atividade para o treino da sustentação, da seletividade e da alternância da atenção, adaptada de Duchesne e Alves (1998).

Depois, jogamos um jogo de mímica com memória com baralho do Pequeno Príncipe. Quem pegava uma carta do monte tinha de fazer a mímica que estava na carta. Depois, era a vez do outro jogador que tinha de fazer a mímica anterior mais a mímica da carta que pegava do monte. Assim, seguia, sempre com mais mímica, até que alguém errasse e ganhasse uma carta preta. Quando alguém errasse, recomeçava-se o jogo. Perdia quem tivesse mais cartas pretas. Ela e eu empatamos o jogo. Ela apresentou um nível de acertos entre médio e alto. Ela gostou do jogo. Eu aproveitei para mostrar para ela características da memória associativa, que ela poderia usar nos estudos: fazer associação entre algo mais fácil de lembrar para ajudar o funcionamento da memória. Eu disse que ela poderia levar esse jogo para jogar em casa com a mãe.

Além disso, eu dei para ela um joguinho de montar anéis, para que ela estimulasse a sustentação da atenção em casa.

IMPRESSÃO: Nesta sessão, ao mesmo tempo em que se estimulavam as características da atenção, houve a renovada percepção de que S. tem uma dificuldade com operações básicas da matemática, que precisam ainda ser trabalhadas.

- Sessão de avaliação psicopedagógica 6 (24/05/2013)

-objetivo: verificar a noção de vogal, consoante, sílaba, palavra, frase, parágrafo, além de enfatizar atividades para verificação da atenção.

- procedimento e material utilizado: atividades de consciência fonológica (baseadas em atividades do site <http://rosangelavalipsicopedagogia.blogspot.com.br/2012/03/consciencia-fonologica.html>), atividades para concentração (baseada em atividades do <http://www.psicosol.com/concentracao/concentracao-versao-colorida/>), leitura do livro “As Mais”, papel, lápis.....

- resultados obtidos e discussão: Quando S. chegou, ela começou a contar de um exercício que um professor dela tinha passado para a turma hoje e que era um Sudoku, como eu tinha já feito com ela em sessões anteriores. Ela não conseguiu fazer o jogo na sala e quis tentar fazer na sessão. Nós ficamos algum tempo com esse exercício. E ela somente fazia as contas (cujo resultado máximo era 15) por meio dos dedos. Raramente, fazia alguma mentalmente.

Depois, fizemos algumas atividades para que eu pudesse verificar a noção de vogal, consoante, sílaba dela. Apresentei palavras e pedi que ela colocasse uma letra a mais em cada palavra apresentada para que criasse uma nova palavra. Pedi com que colocasse uma letra na primeira sílaba e depois na segunda sílaba. Depois, pedi que trocasse a consoante de algumas palavras, criando outras novas. A seguir, pedi que ela trocasse a vogal de algumas palavras, também criando novas. Também apresentei algumas palavras com a ordem das letras todas trocadas e pedi que ela rearrumasse as letras, descobrindo qual era a palavra.

Ela fez tudo corretamente, embora apresentasse alguma confusão com o nome “vogal”, que ela confundia com “consoante”.

Pedi que ela fizesse uma atividade de concentração, achando os símbolos ou letras diferentes entre duas colunas praticamente iguais. Entre 40 exercícios, ela só se equivocou em um.

Depois, pedi que ela lesse um trecho do livro “As mais” e me mostrasse qual era frase e qual era parágrafo, o que ela apontou corretamente.

Também fiz perguntas a respeito do texto e ela respondeu corretamente.

IMPRESSÃO: Nesta sessão, houve a impressão de que S. tem conhecimentos sobre o que são vogal e consoante, mas confunde-se com o nome de um e de outro. Parece-me haver uma base não consolidada na construção dos seus conhecimentos em português e também em matemática, uma vez que mesmo as mais simples operações, na sua maioria, não são feitas mentalmente.

4.2/ As Sessões de Intervenção

Sessão de intervenção psicopedagógica 1 (27/05/2013)

-objetivo: trabalhar conceitos de operações matemáticas

- procedimento e material utilizado: atividades de matemática relativas a gráficos e a problemas de adição e subtração, papel, lápis.

- resultados obtidos e discussão: Quando S. chegou, ela trouxe seu caderno e livro de matemática, em que havia alguns exercícios para fazer como tarefa de casa.

Como tinha planejado atividades de matemática, ficamos a sessão fazendo os exercícios que tratavam de entendimento de gráficos e problemas de soma e subtração.

IMPRESSÃO: Há que se trabalhar ativamente a construção dos conceitos de soma e subtração, especialmente esse último, uma vez que S. não consegue fazer facilmente a transição de um problema real para a operação matemática a ser feita.

Sessão de intervenção psicopedagógica 2 (06/06/2013)

-objetivo: incentivar a percepção de que matemática é algo do cotidiano; trabalhar o entendimento de quando usar as operações matemáticas básicas; reforçar conceitos matemáticos como números pares e ímpares e posicionamento dos dígitos nos números.

- procedimento e material utilizado: atividades de matemática relativas à visualização da presença da matemática na vida diária, com recortes de revistas relativas a exercícios e calorias, a problemas com as operações matemáticas básicas (Fonte: <http://www.psicosol.com/category/jogos-e-brincadeiras/page/2/>) e a charadas numéricas (Fonte: http://www.ppgedmat.ufop.br/arquivos/PRODUTO_Rosana.pdf, atividade 19), papel, lápis.

- resultados obtidos e discussão: No início do encontro, apresentei alguns recortes de revistas relativos a números de calorias de alguns alimentos e do tempo de exercício necessário para gastá-las. A intenção foi mostrar a S. que a matemática faz parte de muita coisa do mundo real, especialmente um assunto pelo qual ela já demonstrou interesse. Fizemos algumas atividades relativas a operações básicas envolvendo esses dados, nas quais ela fez os cálculos de maneira correta, mas ainda com o uso da contagem nos dedos. Ela gostou dos recortes e quis levá-los consigo.

Também fizemos um jogo relativo a problemas de matemática, em que S. tinha de, primeiro, montar os problemas e, só depois, resolvê-los (Fonte: <http://www.psicosol.com/category/jogos-e-brincadeiras/page/2/>). Exemplo:

Quantas páginas faltam para ela terminar o livro?

Ela já leu 148 páginas.

Fernanda está lendo um livro de 270 páginas.

Cada linha do problema estava em uma tira. Eu embaralhava todas e dava para ela montá-las. S. não conseguiu montar a sequência correta no começo, mas, depois que eu a ajudei um pouco, ela fez todos as montagens corretamente. O objetivo era que ela soubesse identificar as operações necessárias em cada situação. Ela conseguiu saber em quase todos (três de quatro), mas ela se expressava sempre em tom de pergunta, não afirmando com certeza o que ela tinha de fazer.

Ela disse que não queria mais fazer essas operações e propôs que jogássemos Dama, que foi o que fizemos. Eu propus que jogássemos uma vez e, depois, voltássemos a fazer outra atividade. Ela concordou.

Depois do jogo, propus charadas matemáticas (Fonte: http://www.pppedmat.ufop.br/arquivos/PRODUTO_Rosana.pdf, atividade 19), como, por exemplo:

Sou um número. Tenho dois dígitos. Estou entre o 10 e o 20. Se somar meus dígitos, o resultado é 7. Que número sou eu?

Ela teve alguma dificuldade, mas, com ajuda, conseguiu resolver todas as charadas (seis em seis).

IMPRESSÃO: S. se cansa rapidamente das atividades, se não houver intervalos com outras atividades que ela considera mais fáceis e relaxantes, como jogos de que ela goste. Assim, apesar de haver a necessidade de reforçar os conceitos matemáticos, há também que se evitar a fadiga, com paradas e atividades intercaladas com jogos.

S. mostra insegurança nas atividades. Ainda mantém o cálculo por meio da contagem de dedos. É preciso reconstruir seus fundamentos matemáticos, mas de forma lenta e gradual, uma vez que sua atenção, especialmente quando apresenta dificuldades, se desvia das atividades e S. se cansa e se dispersa.

No dia 14/06/2013, estava marcada uma sessão, mas ela foi desmarcada a pedido da mãe de S, pois S. estava muito gripada.

- Sessão de intervenção psicopedagógica 3 (24/06/2013)

-objetivo: trabalhar o entendimento de conceitos numéricos usando materiais concretos; incentivar a leitura e trabalhar a interpretação de texto; e reforçar pontos que podem melhorar a rotina de estudo em casa.

- procedimento e material utilizado: ábaco, material dourado, papel, lápis, livro infantil, trecho de artigo.

- resultados obtidos e discussão: Relembramos o uso do material dourado e do ábaco. Pedi que S. representasse alguns números e fizesse operações com os dois instrumentos.

Pedi que ela lesse um livro infantil em voz alta e comentamos a interpretação da história. Eu li um trecho de um artigo em voz alta e comentamos os seus significados e entendimentos para S.

Comentei que era o último dia de nossas sessões. S. expressou preocupação em quem iria ajudá-la a partir de agora. Eu a assegurei de que ela tem sua mãe que irá ajudá-la, além de possuir recursos próprios para se apoiar.

S. pediu que jogássemos uma última vez “Quem sou eu?”, que jogamos por duas partidas. Comentei alguns pontos em relação à organização dos estudos (rotina, ambiente tranquilo, uso de dispositivos para ajudar a memória, como agendas e lembretes) e disse que gostei muito de conhecê-la, elogiando-a muito o tempo todo e reforçando que a considero muito inteligente e que tenho total confiança de que ela pode fazer o que se dispuser a fazer.

IMPRESSÃO: Quando eu dizia que a achava muito inteligente, ela expressava dúvida, dizendo que eu estava brincando. Eu tentei convencê-la de que estava falando sério, mas isso é um trabalho de longo prazo.

- Sessão de intervenção psicopedagógica 4 (24/06/2013)

-objetivo: discutir a avaliação e apontar alguns pontos importantes em relação ao processo de avaliação e intervenção psicopedagógicas de S.

- procedimento e material utilizado: reunião com a mãe de S.

- resultados obtidos e discussão: Houve repasse para a mãe de S. de todo o processo, salientando que o excesso de faltas prejudicou o trabalho, especialmente de intervenção e que S. deve ter continuidade em qualquer atividade que comece.

Pontos abordados com a mãe:

Em sessão anterior, S. tinha dito “Eu sou inteligente, sim” – necessidade de confirmação, por baixa autoestima. Assim, deve-se elogiar tudo que for positivo. A cobrança deve ser pelo empenho e não pelo resultado.

Recusa de comentar TDAH – necessidade de conversa mais clara, mais objetiva sobre seu diagnóstico e tratamento.

Medicada ou não, há que se terem alguns cuidados. O remédio não é a solução definitiva. Vide respostas ao questionário, que revelou que o déficit de atenção continua incomodando.

Ela não tem problemas cognitivos, mas precisa de:

Rotinas – toda criança precisa de rotinas, mas uma criança com o diagnóstico de TDAH é especialmente sensível a essa necessidade e se torna vital assegurar disciplina do uso do tempo.

Ambiente tranquilo – o ambiente em que se faz tarefa deve ser só dela, com local adequado para sentar e escrever. Não pode ser um quarto, por exemplo, com excesso de estímulos, com brinquedos à vista.

Intervalos – não adianta forçar que a criança faça grande quantidade de exercícios num período de tempo longo. Há que se fazer pausa, com menor quantidade de atividades em um prazo de tempo, cujo limite deve ser observado para cada criança.

Continuidade – treinar, não decorar, mas repetição, especialmente nas áreas em que apresentar mais dificuldade.

Reforço, com volta à base, com os fundamentos, especialmente na matemática – não foi construído um bom alicerce, possivelmente por todas as mudanças na vida escolar e pela associação com a dificuldade de atenção.

Números no dia a dia – a família pode ajudar nisso. Um bom exemplo é compras, com toda a possibilidade de usar conceitos matemáticos no pagamento das mercadorias.

Jogos – relaxam e, ao mesmo tempo, incentivam a acuidade mental e a atenção. Intervalar com atividades escolares mais formais.

Leitura de histórias curtas (reportagens etc) em voz alta para – discutir o assunto.

Uso efetivo de agendas ou outros artifícios para ajudar a memória. Uso de lembretes, listas com as tarefas relacionadas, murais.

Fonoaudiologia – é necessário que se complete o processo de tratamento fonoaudiológico. Há estudos que relacionam TDAH com distúrbios no processamento auditivo. Há que se tirar essa variável do caminho do aprendizado.

No final da reunião, S. participou, quando foram reforçados alguns desses pontos.

IMPRESSÃO: A mãe de S. expressou boa vontade e interesse em seguir essas sugestões. Ela está em busca de uma fonoaudióloga e S. continua em terapia psicológica.

V/ Discussão geral dos resultados da intervenção psicopedagógica

Nas avaliações psicopedagógicas, foram-identificadas dificuldades nos conceitos das operações numéricas. A criança apresenta uma base conceitual numérica frágil, com a construção do conceito numérico tendo sido superficial e algorítmico, sem um entendimento mais aprofundado dos fundamentos matemáticos basilares.

Também houve a percepção de que a sua concentração era pouco focalizada, especialmente quando a atividade era considerada como difícil pela criança. Ela se cansa rapidamente das atividades, se não houver intervalos.

Podem ter contribuído para essas dificuldades as mudanças excessivas na vida escolar da criança, com um número grande de mudanças de escolas. No entanto, o que também pode ter contribuído para que o processo de aprendizado não tivesse ocorrido de forma mais tranquila foram o TDAH e o DPAC, que apresentam características semelhantes em relação à desatenção, que é a característica dominante no caso. Segundo Lobo e Lima (2008), o comportamento desatento traz mais dificuldades para a aprendizagem escolar que o comportamento hiperativo. A desatenção afeta a percepção e o processamento das informações visuais e auditivas, que são partes fundamentais da aprendizagem e da leitura.

Essas afirmações vêm corroborar o estudo de Rodrigues *et al* (2010) que aponta que a presença de TDAH não produz as dificuldades na aprendizagem da Matemática, embora concorra para que essas dificuldades se acentuem, o que parece ter sido o que ocorreu. Com a dificuldade de focalizar a atenção – que não pode ser negada, pois pôde ser observada – juntando-se a um histórico de não continuidade de um trabalho escolar e a um histórico familiar sem estabilidade nos anos iniciais de sua vida, a construção falha de uma base de conhecimentos escolares era uma possibilidade bem presente e que se realizou.

Especificamente em relação à sua dificuldade matemática, a criança ainda mantém o cálculo por meio da contagem de dedos como o principal método de operar matematicamente, o que reafirma a conclusão de Costa *et al* (2012) de que crianças com dificuldades de aprendizagem na matemática se distinguem por se utilizarem procedimentos de contagem já abandonados por crianças da mesma idade.

Também houve a percepção de que a autoestima da criança estava baixa, com a ligação que a criança fazia entre ser diagnosticada com TDAH e não ser capaz. A cada atividade conquistada, houve o reconhecimento de sua capacidade com elogios e apontamentos dos feitos realizados. Esse, no entanto, é um trabalho de longo prazo.

Nas intervenções, apesar do pouco tempo disponível para elas e da necessidade de se evitar a fadiga – pela atenção pouco focada – com paradas e atividades intercaladas com jogos mais lúdicos, tentou-se trabalhar ativamente a construção dos conceitos de soma e subtração, especialmente esse último, com o uso de materiais concretos e do dia a dia. O objetivo era que a criança conseguisse fazer mais facilmente a transição de um problema real para a operação matemática a ser feita, seguindo orientações de Costa *et al* (2012) que apontam que alguns aspectos da matemática, especialmente a recuperação dos fatos básicos, precisam ser trabalhados até o ponto de se tornarem automáticos. Isso não implica voltar a decorar mecanicamente os fatos numéricos e, sim, realizar atividades e exercícios que promovam o seu entendimento conceitual e, conseqüentemente, a sua memorização. Foi o que se tentou fazer no curto período de tempo disponível e o que se recomendou para a mãe para que ela seguisse realizando exercícios em casa com a criança.

Jogos eram utilizados não somente para relaxar, mas para a aprendizagem dos conceitos matemáticos também, além de serem usados para uma espécie de treinamento da atenção e da memória, conforme Duchesne e Alves (1998), que trabalham com a tentativa de redução do déficit de atenção ou da adaptação dos pacientes a esse déficit por meio de estimulação. Esses autores também falam em substituição (uso de recursos auxiliares para a realização de tarefas) e adaptação do meio (adaptar o meio às limitações do indivíduo), que foram algumas das orientações dadas à mãe no final das sessões.

No questionário respondido pela mãe, houve o reconhecimento de que a atenção, mesmo com a medicação sendo usada, continua sendo uma questão que traz problemas para a vida da criança.

Esse fato comprova que a medicação não é e não pode ser o ponto central de um tratamento. Ela não é o essencial. Estando medicadas ou não, essas crianças devem passar por intervenções que as ajudem a ultrapassar as situações que dificultam sua vida diária, especialmente na sua vida escolar.

Assim, há que se relativizar as duas posições antagônicas em relação ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Não havendo comprovação irrefutável de um componente físico e biológico que seja a origem de uma atenção deficitária e de uma hiperatividade, embora haja indícios e estudos a respeito, não se pode ser assertivo a respeito de uma causa individual. No entanto, o contrário também é verdadeiro: não há uma comprovação de que a causa não tenha um componente orgânico. Não se pode negar a criança real com as suas dificuldades de focalização de atenção que traz tanta angústia e sofrimento à própria criança e à família. O problema não é imaginário, e negá-lo seria um desrespeito às famílias. Desse modo, embora possa haver o exagero do diagnóstico, da medicalização e da crença de que a medicalização é a solução miraculosa para a situação, há que se ir em busca de processos que ajudem essas crianças, de todas as maneiras possíveis, independentemente de onde se origina a causa da existência de suas dificuldades. Há que se trabalhar os componentes social, educacional, pedagógico, familiar, além do individual. O trabalho de avaliação psicopedagógica faz parte desses processos e pode ser um auxiliar na definição diagnóstica. Além do mais, a intervenção psicopedagógica se torna muito importante no caminho de uma mudança educacional, seja na criança, seja na escola, seja na família.

VI/ Considerações finais

É real o fato de haver excesso de diagnósticos, que podem ser equivocados, porém há casos em que deve ser considerada, sim, a possibilidade de haver uma alteração na focalização da atenção. Deve-se buscar avaliar a existência do que se convencionou chamar de transtorno não pelo motivo de rotular a criança, mas, sim, para procurar agir no sentido de encontrar suas competências, estimulando-as, e suas dificuldades, minimizando-as, para que essa criança possa ser ajudada de todas as maneiras possíveis. Se a medicação é uma escolha dos pais e dos profissionais que acompanham a criança, ela deve ser encarada como um dos aspectos do tratamento do TDAH, não como a solução. De maneira alguma, o medicamento exclui condutas interventivas no âmbito educacional. A mediação na escola e/ou no atendimento psicopedagógico é essencial, independentemente da medicalização ou não.

A participação da família é parte indispensável do acompanhamento, pois as mesmas condutas do processo interventivo devem ser adotadas em casa, como o estabelecimento de rotinas, com horário para estudo e a escolha do melhor momento para fazer os deveres, e como o monitoramento da organização do material escolar. Além disso, a continuidade de qualquer processo é essencial. Sem isso, não se pode atingir o sucesso em qualquer intervenção. E esse compromisso é uma responsabilidade da família, especialmente quando a mediação não está acontecendo em ambiente escolar.

Com a criança, deve haver comunicação adequada. Elogios em relação a seus feitos são parte importante da mediação, uma vez que a autoestima, geralmente, é baixa nas crianças diagnosticadas com TDAH. Há que se desmistificar questões relacionadas à sua capacidade cognitiva e aclarar receios. Deve-se reforçar que ela precisa de rotinas estabelecidas, de metas e de ajudas metacognitivas, como um uso frequente de agendas e blocos de anotações de atividades.

O estágio no curso de Psicopedagogia exerce um papel essencial na formação profissional, uma vez que somente na prática, com a criança real, pode-se contextualizar os conceitos ministrados em sala de aula e lidos na bibliografia estudada.

A criança diagnosticada com TDAH, tão comentada em diferentes aspectos teóricos, faz-se conhecer realmente na prática psicopedagógica, com suas

peculiaridades, dificuldades e capacidades, quando a mediação do profissional se coloca à prova.

VII/ Referências Bibliográficas

Abdo, A. G. R., Murphy, C. F. B. & Schochat, E. (2010). Habilidades auditivas em crianças com dislexia e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 22(1), 25-30. Recuperado em 14 de junho de 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872010000100006&lng=en&nrm=iso.

ANVISA. (2012). *Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados* 2(2), 1-14. Recuperado em 20 de abril de 2013, de http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/c4038b004e996487ada1af8a610f4177/boletim_sngpc_2_2012+corrigido+2.pdf?MOD=AJPERES.

Araujo, A. P. Q. C. (2002). Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. *Jornal de Pediatria*, 78 (Supl. 1), S104-S110. Recuperado em 19 de junho de 2013 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000700013&lng=en&nrm=iso.

Capovilla, F. C. & Salido, L. F. M (2011). Avaliando a Aspa (Avaliação Simplificada do Processamento Auditivo): Normatização e efeito de inteligência não verbal sobre localização de fonte sonora e memória sequencial de sons verbais e não verbais. In Capovilla, F. C. (Org.). *Transtornos de Aprendizagem: progressos em avaliação e intervenção preventiva e remediativa*. São Paulo: Memnon.

Collares, C. L., & Moysés, M. A. A. (1994). A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (A Patologização da Educação). *Série Ideias* (23), 25-31.

Colomer, T, Masot, M. T & Navarro, I. (2008). A avaliação psicopedagógica. In Sánchez-Cano, M. & Bonals J. (Org.), *Avaliação Psicopedagógica*. Porto Alegre: Artmed.

Costa, A. C., Rohde, L. A. & Dorneles, B. V. (2012). Desenvolvimento de fatos numéricos em estudantes com transtornos de aprendizagem. *Bolema: Boletim de Educação Matemática*, 26 (44), 1151-1170. Recuperado em 19 de junho de 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-636X2012000400004&lng=pt&tlng=pt. 10.1590/S0103-636X2012000400004.

Duchesne, M. & Alves, S. R. (1998). Reabilitação da Atenção. In Capovilla, F. C. & Gonçalves, M. J. & Macedo, E. C. (Org). *Tecnologia em (Re)Habilitação Cognitiva: Uma perspectiva multidisciplinar*. São Paulo: EDUNISC.

Eidt, N. M. & Tuleski, S. C. (2010). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e psicologia histórico-cultural. *Cadernos de Pesquisa*, 40 (139), 121-146. Recuperado em 17 de abril de 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742010000100007&lng=pt&tlng=pt. 10.1590/S0100-15742010000100007.

GEDA – Grupo de Estudos do Déficit de Atenção da UFRJ e pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência da UFRGS (2006). SNAP IV. (acesso no site <http://www.tdah.org.br/>)

Groupe Cimete (1995). Prova de conceitos matemáticos – Prova ECPN. Paris: ANAE.

Guardiola, A. (2006). Transtorno de atenção: aspectos neurobiológicos. In Rotta, N. T., Ohlweiler, L., & Riesgo, R. S. (Org.). *Transtornos de Aprendizagem: Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed.

Kozlowski, L., Wiemes, G. M. R., Magni, C., & Silva, A. L. G. (2004). A efetividade do treinamento auditivo na desordem do processamento auditivo central: estudo de caso. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 70(3), 427-432. Recuperado em 21 de abril de 2013, de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992004000300023&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0034-72992004000300023.

Lobo, P. A. S., & Lima, L. A. M.. (2008). Comparação do desempenho em leitura de palavras de crianças com e sem transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista CEFAC*, 10 (4), 471-483. Recuperado em 19 de junho de 2013 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462008000400007&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1516-18462008000400007.

Meira, M. E. M. (2012). Para uma crítica da medicalização na educação. *Psicologia Escolar e Educacional*, 16 (1), 136-142. Recuperado em 5 de maio de 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572012000100014&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-85572012000100014.

Mello, S. A. (2004). A Escola de Vygotsky. In Carrara, K. (Org.). *Introdução à Psicologia da Educação: seis abordagens*. São Paulo: Avercamp.

Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (1990). Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência. *Psicologia USP*, 8 (1), 63-89. Recuperado em 03 de maio de 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641997000100005&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0103-65641997000100005

Ohlweiler, L. (2006). Introdução. In Rotta, N. T., Ohlweiler, L., & Riesgo, R. S. (Org.). *Transtornos de Aprendizagem: Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed.

Phelan, T. W. (2005). *TDA/TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade*. São Paulo: M. Books do Brasil Ltda.

Rodrigues, C. I., Sousa, M. C. & Carmo, J. S. (2010). Transtorno de conduta/TDAH e aprendizagem da Matemática: um estudo de caso. *Psicologia Escolar*

e Educacional, 14(2), 193-201. Recuperado em 19 de junho de 2013 de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572010000200002>.

Rohde, L. A., Dorneles, B. V., & Costa, A. C (2006). Intervenções Escolares no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. In Rotta, N. T., Ohlweiler, L., & Riesgo, R. S. (Org.). *Transtornos de Aprendizagem: Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed.

Rotta, N. T. (2006). Transtorno da atenção: aspectos clínicos. In Rotta, N. T., Ohlweiler, L., & Riesgo, R. S. (Org.). *Transtornos de Aprendizagem: Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed.