



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA/ UFSC
SECRETARIA DE AÇÕES AFIRMATIVAS E DIVERSIDADES/ SAAD
COORDENADORIA DE ACESSIBILIDADE EDUCACIONAL/ CAE**

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) – ORIENTAÇÕES AOS DOCENTES

Informações aos docentes

Os núcleos de acessibilidade do ensino superior têm suas atuações voltadas a públicos específicos. Essa definição é apontada pela POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO ESPECIAL NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA (2008), no entanto, é importante salientar que tal política relativiza que:

(...) a educação especial passa a constituir a proposta pedagógica da escola, definindo como seu público-alvo os alunos com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e altas habilidades/superdotação. Nestes casos e outros, que implicam em transtornos funcionais específicos, a educação especial atua de forma articulada com o ensino comum, orientando para o atendimento às necessidades educacionais especiais desses alunos (p. 15).

Ou seja, ainda que não faça parte do público alvo (pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação), é garantido o suporte àqueles estudantes que apresentam transtornos funcionais. Logo, mesmo que existam poucos materiais sistematizados sobre a mediação de estudantes com TDAH no ensino superior, é importante organizar o suporte oferecido, conforme já ocorre há alguns anos em algumas universidades brasileiras.

Assim sendo, é importante atentar para os possíveis sinais que podem se ligar à sintomatologia da desatenção. Obviamente, são alguns elementos norteadores, uma vez que não cabe ao professor fechar diagnósticos, tampouco a análise está desatrelado do

contexto atual, do intenso uso das tecnologias e dos apelos que podem desviar a atenção do estudante.

No sentido de nortear a atuação dos docentes, seguem os sinais de desatenção, de acordo com Fabrício et al (2007): erros por puro descuido, dificuldade em sustentar a atenção, a pessoa parece não escutar quando lhe falam, deixa de completar tarefas ou seguir instruções gradativas, não age organizadamente, evita tarefas que exigem esforço mental ou concentração, perde objetos, distrai-se com facilidade, os esquecimentos são habituais, confunde as disciplinas acadêmicas, tem pouca popularidade no meio social, dificuldades em seguir regras e pode apresentar agressividade e comportamentos de oposição. Além dos comportamentos relativos à desatenção, é possível perceber aqueles que se atrelam à impulsividade, tais como: responde antes do término da pergunta, dificuldade em esperar a sua vez e atitudes de interrupção/intromissão (FABRÍCIO ET AL, 2007).

Lopes *et al* (2005) referem, ainda, em relação aos sintomas mais presentes na vida adulta, a ocorrência de sonolência, relações afetivas instáveis (separações, divórcios); instabilidade profissional que persiste ao longo da vida; rendimentos abaixo de suas reais capacidades no trabalho e na profissão; falta de capacidade para manter a atenção por um período longo; falta de organização (carente de disciplina); insuficiente capacidade para cumprir o que se comprometem; incapacidade para estabelecer e cumprir uma rotina; esquecimentos, perdas e descuidos importantes; depressão e baixa autoestima; dificuldades para pensar e se expressar com clareza; tendência a atuar impulsivamente e interromper os outros; dificuldades de escutar e esperar sua vez de falar; frequentes acidentes automobilísticos devido à distração; frequente consumo de álcool e abuso de substância.

Já Mattos (2003), aponta os sintomas de baixa autoestima; sonolência diurna (dormir como uma pedra); “pavio curto” (mistura de impulsividade e irritabilidade); necessidade de ler mais de uma vez para “fixar” o que leu; dificuldade de levantar de manhã, de se “ativar” no início do dia; adiamento constante das coisas; mudança de interesse o tempo todo; intolerância a situações monótonas e repetitivas; busca constante por coisas estimulantes ou diferentes e variações frequentes de humor.

É preciso ponderar, no entanto, que nem todos esses sintomas serão encontrados, tampouco que não possam surgir outros que não estão aqui elencados. Isso porque, o diagnóstico não pode se sobrepor à pessoa, ou seja, existem aspectos personalíssimos de cada sujeito que apresenta a condição. Nas crianças muito novas, por exemplo, a atenção e o controle sobre a atividade motora ainda estão em desenvolvimento, logo, determinados comportamentos nesta faixa etária devem ser avaliados na perspectiva de uma fase incompleta de maturação, assim como jovens e adultos podem apresentar determinados comportamentos em virtude de uma fase específica. Além disso, é preciso atentar para as potencialidades, uma vez que, comumente, são apontados os aspectos

alterados, as dificuldades, apagando a vivacidade, criatividade e inventividade que são características de muitas das pessoas com TDAH.

Em relação às origens da condição, ao longo dos anos foram apontadas inúmeras causas para o surgimento do TDAH, como: alterações metabólicas e hormonais, hereditariedade, intoxicação por chumbo, sofrimento fetal, complicações no parto e abuso de substâncias durante a gestação, aliás, causas ligadas a uma série de outros diagnósticos e não apenas ao TDAH.

Embora o tratamento mais utilizado e conhecido no controle dos sintomas do TDAH seja o medicamentoso, especialmente o uso da substância Metilfenidato, ele não é a única escolha. Inicialmente, é preciso ponderar que o uso da medicação deve, necessariamente, ser indicado e acompanhado por neurologista ou psiquiatra. Na atualidade, assistimos ao uso indiscriminado da substância, muitas vezes sem diagnóstico e sem indicação médica, apenas para potencializar a capacidade para os estudos (em momento de provas e testes seletivos, por exemplo). Além da criteriosa administração medicamentosa, a psicoterapia é um acompanhamento bastante profícuo na minimização dos sintomas, bem como as orientações destinadas aos familiares e aos docentes também se mostram produtivas. Esses procedimentos, que extrapolam os fármacos, se justificam na medida em que o contexto pode minimizar ou exacerbar os comportamentos de impulsividade, hiperatividade e desatenção.

Dinâmica das aulas (FABRÍCIO ET AL, 2007)

- Faça um resumo das atividades do dia;
- Faça uma revisão das aulas dadas sobre o assunto abordado;
- Esclareça o que se espera que o aluno alcance naquela aula;
- Deixe claro quais os materiais necessários para a aula que você dará (regras específicas);
- Forneça detalhes de como o estudante pode aumentar o seu conhecimento sobre o que está sendo abordado;
- Simplifique as instruções e as possíveis escolhas do aluno;
- Divida o trabalho em unidades menores;
- Utilize estratégias de aprendizagem cooperativas;
- Ofereça atividades que não tenham muita restrição de tempo, ou utilize prazo mais alargado.

Como ajudar no controle do tempo

- Acompanhar, se possível, a tarefa online;
- Atribuir, de maneira clara, o período para cumprimento da atividade;
- Indicar, primeiramente, as tarefas que exigem mais;
- Fornecer pausas breves durante as aulas;
- Agrupar as tarefas em pequenos grupos.

Comorbidades

De acordo com Amorim (2018) “certas alterações na estrutura e desenvolvimento cerebral, ligadas ao TDAH, seriam fatores de risco para problemas posteriores. Ou seja, aquilo que inicialmente leva aos sintomas do TDAH – distração, agitação, hiperatividade, impulsividade – também representam fragilidades, que facilitariam a ocorrência de outros transtornos”. Inclusive, entre 30 e 50% das pessoas com TDAH apresentam também outras condições clínicas.

Essas condições associadas abrangem aspectos da aquisição e execução da comunicação falada e escrita, transtornos de aprendizado, transtornos do humor e da personalidade e transtorno de uso de substâncias. Além disso, a capacidade de adquirir apropriadamente aptidões motoras finas e globais, também chamado de "distúrbio do desenvolvimento da coordenação", é uma associação frequente (PEREIRA et al, 2005).

Outras associações comumente descritas são: o Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) e o Transtorno de Conduta (TC), inclusive, a impulsividade, a hiperatividade e as atitudes potencialmente antissociais são consideradas preditivas dos transtornos mencionados. É estimado que 40 a 60% das crianças com TDAH tenham comportamento opositivo desafiador (TOD) como comorbidade. De acordo com Possa et al (2005), os TOD e o TC foram as comorbidades mais comuns em estudo realizado com escolares.

A comorbidade com TOD torna-se crucial pelo fato de ser preditiva de Transtorno de Conduta (TC), condição mais séria e de consequências mais dramáticas. A presença de Transtorno de Conduta piora o prognóstico do TDAH com maior prevalência de uso de tabaco e álcool e maior número de suspensões e expulsões escolares e delinquência (PEREIRA et al, 2005). Os distúrbios do humor, depressão e ansiedade estão presentes dos indivíduos com TDAH, porém o impacto no prognóstico é menos negativo que o Transtorno opositor desafiador e o Transtorno de Conduta.

Além disso, os transtornos específicos do aprendizado, como a dislexia, podem estar presentes no TDAH. Problemas de atenção parecem relacionados com problemas acadêmicos mais tardios. A relação entre atenção e desempenho acadêmico foi linear, com grave desatenção inicial relacionada ao pior prognóstico escolar. Em crianças com TDAH, a prevalência de transtornos de aprendizado é bastante alta. Das crianças com tal diagnóstico, cerca de 80% têm problemas de leitura. Os *déficits convergem para* problemas relativos ao processamento fonológico. Algumas crianças apresentam transtornos de aprendizado não verbal, nos quais a forma e o conteúdo da linguagem falada estão preservados, mas a aritmética está deficiente. Essas crianças frequentemente têm problemas com aptidões espaciais de organização e com questões sociais (FERGUSON et al, 1997). As dificuldades em matemática são particularmente comuns, mas a presença de Transtorno da Aritmética é rara, tendo em vista que os déficits observados estão atrelados à desatenção.

Segundo Pereira et al (2005) os problemas motores, também designados como Distúrbio do Desenvolvimento da coordenação (DDC), são muito comuns dentre as pessoas com TDAH, inclusive, as crianças com TDAH foram há muito reconhecidas como tendo maior quantidade e diferente qualidade de movimento, quando comparadas com crianças que não têm a condição.

Encaminhamentos na UFSC

A **Coordenadoria de Acessibilidade Educacional (CAE)** é um setor vinculado à Secretaria de Ações Afirmativas e Diversidades (Saad) da Universidade Federal de Santa Catarina. A CAE está localizada no andar térreo do prédio da Reitoria (campus Florianópolis), em frente à PRODEGESP. Atuando junto à educação básica e aos cursos de graduação e pós-graduação, atende ao princípio da garantia dos direitos das pessoas com deficiência, mediante a equiparação de oportunidades, propiciando autonomia pessoal e acesso ao conhecimento.

A nossa sistemática de atendimento consiste no acolhimento ao aluno e, de posse de suas demandas, no assessoramento aos professores e servidores. Esse suporte não é oferecido apenas no momento do ingresso do estudante, mas durante toda a sua trajetória acadêmica. Portanto, nos colocamos à disposição e mantemos um canal aberto para sanar dúvidas e mediar as situações que podem ocorrer ao longo do tempo. Em suma, esse é um trabalho dinâmico e em parceria. As demandas dos estudantes mudam, os suportes oferecidos podem ser alterados, ou mesmo extintos. e o retorno do corpo docente é essencial.

Ainda que os estudantes com TDAH não sejam o público alvo do nosso setor, uma vez que não fazem parte da categoria deficiência, como já mencionado, entendemos que é preciso instrumentalizar os professores e oferecer um suporte a esses alunos que demandam ajustes e mediações, de modo que suas formações profissionais ocorram sem impasses.

Os meios de contato com a CAE são:

Email: acessibilidade@contato.ufsc.br

Ramais: 4648 e 4445

Referências

AMORIM, C. **Comorbidades e TDAH:** mais de um problema ao mesmo tempo. Instituto Paulista de Déficit de Atenção. Disponível em: <https://dda-deficitdeatencao.com.br/tdah/comorbidades.html>. Acesso em 06/12/2018.

ARNSTEN, A.F.T. Genetics of childhood disorders: XVIII. ADHD, Part. 2: norepinephrine has a critical modulatory influence on prefrontal cortical function. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 2000; 39: 1201-3.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, APA. **DSM IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed.rev. – Porto Alegre: Artmed, 2002.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, APA. **DSM V – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed.rev. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARKLEY, R.A. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH**, Artmed, São Paulo, 2002.

BRZOZOWSKI, F.S., DIEH, E.E. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: o diagnóstico pode ser terapêutico? **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 4, p. 657-665, out./dez. 2013.

CALIMAN, L.V. A constituição sócio-médica do “Fato TDAH”, **Psicologia & Sociedade**; 21 (1): 135-144, 2009.

FABRÍCIO, N.M.C.; SOUZA, V.C.B.; ZIMMERMANN, V.B. **Singularidade na Inclusão: Estratégias e Resultados**. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2007.

FERGUSON, D.M.; LINSKEY M.T.; HORWOOD L.J. Attentional difficulties in middle childhood and psychological outcomes in young adulthood. **J Child Psychol Psychiatry** 1997; 38: 633-44.

HALLOWELL, E. M.; RATEY, J. J. **Tendência à distração: identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção (DDA) da infância à vida adulta** (A. Carvalho, Trad.). Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

JAKALA, P.; RIEKKINEN, M.; SIRVIO, J.; KOIVISTO, E., KEJONEN, K; VANHANEN, M., RIEKKINEN, P. JR. Guanfacine, but not clonidine, improves planning and working memory performance in humans. **Neuropsychopharmacology** 1999; 20: 460-70.

JOFFE, V. **Um dia na vida de um adulto com TDAH**, Editora Lemos, São Paulo, 2005.

LOPES, R.M.F.; NASCIMENTO, R.F.L; BANDEIRA, D.R. Avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. **Avaliação Psicológica**, 4(1), 2005, pp. 65-74

MATTOS, P. **No mundo da lua: Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos**. São Paulo, SP: Lemos Editorial, 2003.

MATTOS, P.; PALMINI, A.; SALGADO, C. A.; SEGENREICH, D.; GREVET, E.; OLIVEIRA, I. R.; ROHDE, L. A.; ROMANO, M.; LOUZÃ, M.; ABREU, P. B.; LIMA, P. P. Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. **Rev Psiquiatr RS** jan/abr 2006;28(1):50-60.

PEREIRA, H. S.; ARAÚJO, A. P. Q. C.; MATTOS P. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 5 (4): 391-402, out. / dez., 2005.

POSSA, M. A.; SPANEMBERG, L.; GUARDIOLA, A. Comorbidades do Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças escolares. **Arq Neuropsiquiatr** 2005;63(2-B):479-483.

SILVA, A. C. P.; LUZIO, C. A.; SANTOS, K. Y. P.; YASUI, S.; DIONÍSIO, G. H. A explosão do consumo de ritalina, **Revista de Psicologia da UNESP** 11(2), 2012.