



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE HUMANIDADES – CAMPUS III  
PRÓ REITÓRIA DE ENSINO E EDUCAÇÃO À DISTANCIA  
CURSO DE PEDAGOGIA DO PARFOR/ CAPES /UEPB**

**MARIA ELIZABETE FERNANDES CARNEIRO**

**TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE  
(TDAH): Um breve estudo acerca deste tema**

GUARABIRA-PB

2014

**MARIA ELIZABETE FERNANDES CARNEIRO**

**TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE  
(TDAH): Um breve estudo acerca deste tema**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade Estadual da  
Paraíba como requisito parcial para a  
obtenção do título de Licenciatura Plena  
em Pedagogia.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Taíses Araújo da  
Silva Alves

GUARABIRA-PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

C289t Carneiro, Maria Elizabete Fernandes  
Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade - TDAH  
[manuscrito] : um breve estudo acerca desse tema / Maria  
Elizabete Fernandes Carneiro. - 2014.  
41 p.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia  
EAD) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino  
Médio, Técnico e Educação à Distância, 2014.  
"Orientação: Taisés Araújo da Silva Alves, Secretaria de  
Educação à Distância".  
"Co-Orientação: nao, Secretaria de Educação à Distância".  
"Colaboração: nao"., nao  
1. Transtorno Neurobiológico. 2. Professor. 3. TDAH. I.  
Título.

21. ed. CDD 371.5

MARIA ELIZABETE FERNANDES CARNEIRO

**TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE  
(TDAH): Um breve estudo acerca deste tema**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade Estadual da  
Paraíba como requisito parcial para a  
obtenção do título de Licenciatura Plena  
em Pedagogia.

Aprovada em 02, Agosto, 2014

Nota: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Profª Drª. Taíses Araújo da Silva Alves/UEPB  
Orientadora

Profa. Ms. Luana Anastácia Santos Lima

Examinador (a)

Prof. Dr. Belarmino Mariano Neto

Examinador (b)

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso- TCC aos meus pais, meu filho Gabriel, aos meus familiares pelo carinho e apoio na realização deste trabalho. Amo muito vocês.

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer em primeiro lugar a Deus pela força e discernimento, me direcionando e me dando sabedoria para enfrentar todos os obstáculos encontrados na trajetória desse curso. Agradeço também a minha família em especial a minha mãe Lourdes que sempre me ajudou nas horas que mais precisei que foi ficar com meu filho Gabriel para que eu pudesse fazer meu curso, gostaria também de agradecer as minhas irmãs Elza e Maria José pelo carinho e apoio, as minhas colegas de curso Lidiane e Patrícia, a minha orientadora Professora Taíses Araújo que me ajudou bastante nas minhas orientações.

Não posso deixar também de agradecer as professoras da escola Maria Eloi Leite, Adjane e Andréia que me deram maior força na construção desse projeto, como também a minha Gestora Escolar Maria Verônica que me ajudou bastante me dispensando de alguns trabalhos internos da escola, para que eu pudesse dar maior ênfase na realização desse trabalho. Obrigada a todos!

“Todo o ato educativo é um ato feito de desafio, de imprevisível, de novo. É no confronto com as exigências que o cotidiano nos traz, que nos vamos fazendo mais e melhores educadores.”

(PEÇAS, 2003, p. 141)

## RESUMO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é considerado um fator de extrema preocupação, principalmente no ambiente escolar. O mesmo, afeta de 3 a 5% das crianças em idade escolar. Trata-se de um transtorno neurobiológico complexo de origem heterogênea e é caracterizado por um padrão persistente de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade. É um dos distúrbios neurocomportamentais mais comuns na infância e adolescência, e um dos principais motivos de consulta por causa de suas dificuldades no desempenho escolar, problemas de comportamento, dificuldades de convivência familiar e com outros pares. O presente estudo tem como objetivo esclarecer e divulgar mais sobre o TDAH para os profissionais de educação, alunos e familiares no intuito de amenizar o baixo desempenho no processo ensino-aprendizagem e os índices de abandono da escola por parte dos alunos portadores deste transtorno. Nesse sentido, descrições sobre o que caracteriza o TDAH, seu percurso histórico, diagnóstico e tratamento são apresentados e discutidos nesse trabalho. Trata-se de uma Pesquisa Qualitativa realizada através de revisão bibliográfica. Alguns dos teóricos que subsidiaram este estudo foram: Barkley (2008), Araújo (2004), Barros (2002), Borges (1997), Fernandez (2001), Goldstein (1996), dentre outros. Apesar dos avanços, existem ainda, poucas publicações destinadas aos professores e educadores que trabalham cotidianamente com a criança portadora de TDAH em sala de aula, e, ao mesmo tempo, com o restante da classe. A educação brasileira ainda tem que dá muitos passos no sentido da construção de um ambiente educacional capaz de oferecer não apenas o acesso, mas, sobretudo a permanência e o sucesso na aprendizagem de TODOS os educandos que chegam à escola regular.

**Palavras chave:** Escola. Professor. TDAH.



## **ABSTRACT**

Disorder Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is considered a factor of the utmost concern, especially at school. The same, affects 3-5% of school-age children. This is a complex neurobiological disorder of heterogeneous origin and is characterized by a persistent pattern of inattention, hyperactivity and / or impulsivity. It is one of the most common neurobehavioral disorders in childhood and adolescence, and one of the main reasons for visits because of their difficulties in school performance, behavioral problems, difficulties in family life and with other peers. The present study aims to clarify and disclose more about ADHD for education professionals, students and families in order to alleviate the low performance in the teaching-learning and dropout rates and school students by persons suffering from this disorder. Accordingly, descriptions of what characterizes ADHD, its history, diagnosis and treatment path are presented and discussed in this work. This is a qualitative research conducted through literature review. Some theorists that supported this study were: Barkley (2008), Araujo (2004), Barros (2002), Borges (1997), Fernandez (2001), Goldsteim (1996), among others. Despite the advances, there are still few publications for teachers and educators who work daily with the child with ADHD in the classroom, and at the same time, with the rest of the class. Brazilian education has yet to give many steps towards the construction of an educational environment able to offer not only access, but especially the permanence and success in learning for ALL students who come to school regularly.

Keywords: School. Teacher. ADHD.

## **LISTA DE SIGLAS**

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

ABDA – Associação Brasileira do Déficit de Atenção

OMS – Organização Mundial de Saúde

INES - Instituto Nacional da Educação dos Surdos

CENESP – Centro Nacional de Educação Especial

PNE – Plano Nacional de Educação

DDA – Distúrbio de Déficit de Atenção

EEG – Eletroencefalografia

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 A POLÍTICA E OS FUNDAMENTOS LEGAIS DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA NO BRASIL.....</b>	<b>12</b>
2.1 Objetivos da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva.....	16
2.2 Alunos atendidos pela Educação Inclusiva.....	16
<b>3. O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE –TDAH- “UM BREVE ESTUDO ACERCA DESSE TRANSTORNO” .....</b>	<b>19</b>
3.1 Quadro Clínico.. ..	25
3.2 Diagnóstico.....	26
3.3 Tratamento.....	29
<b>4. O CONTEXTO ESCOLAR E A CRIANÇA COM TDAH.....</b>	<b>32</b>
4.1 A sala de aula e a criança hiperativa.....	35
4.2 Sugestões para intervenção do professor.....	35
4.3 A aprendizagem e o brincar de crianças com TDAH.....	36
<b>5. METODOLOGIA.....</b>	<b>49</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é considerado um fator de extrema preocupação, principalmente no ambiente educacional. O mesmo, afeta de 3 a 5% das crianças em idade escolar.

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico complexo de origem heterogênea e é caracterizada por um padrão persistente de desatenção, hiperatividade e / ou impulsividade. É um dos distúrbios neurocomportamentais mais comuns na infância e adolescência, e um dos principais motivos de consulta por causa de suas dificuldades no desempenho escolar, problemas de comportamento, dificuldades de convivência familiar e com outros pares, em virtude de problemas de baixa auto-estima e agressividade.

Nosso interesse pelo referido tema, deve-se a uma experiência vivida em minha própria casa. Percebi que o meu filho tem sintomas evidentes do TDAH, sem saber o que fazer, procurei ajuda psicológica, pesquisas na internet acerca desse transtorno, foi então, que me ajudou bastante para que pudesse me tranquilizar e começar um trabalho árduo na tentativa de procurar amenizar as minhas angústias e frustrações diante das descobertas desse transtorno.

Este estudo tem como objetivo esclarecer e divulgar mais informações sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) para os profissionais de educação, alunos e familiares no intuito de amenizar o baixo desempenho escolar e os índices de abandono escolar por parte desses alunos. Nesse sentido, descreveremos e discutiremos o que caracteriza o referido transtorno, seu percurso histórico, diagnóstico e tratamento, bem como apresentaremos sugestões de como os docentes podem proceder em uma sala que possua aluno hiperativo.

Vários teóricos subsidiaram nossas discussões, dentre eles: Barkley (2008), Araújo (2004), Barros (2002), Borges (1997), Fernandez (2001) e Goldstein (1996).

Para uma melhor compreensão, este trabalho está dividido da seguinte forma: no primeiro capítulo tratou-se da política e os fundamentos legais da educação inclusiva no Brasil e os objetivos da política Nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva; alunos atendidos pela Educação Inclusiva o segundo capítulo apresenta do transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Os temas distribuídos pelo corpo do trabalho trazem de forma esclarecedora a definição do TDAH, as características desse transtorno, diagnóstico, tratamento entres outros.

Como também sintetiza a política e os fundamentos legais da educação inclusiva no Brasil; os objetivos da política nacional da educação especial na perspectiva da educação inclusiva e alunos atendidos pela educação inclusiva

## **2. A POLÍTICA E OS FUNDAMENTOS LEGAIS DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA NO BRASIL**

O Ministério da Educação/Secretaria de Educação Especial apresenta a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, que acompanha os avanços do conhecimento e das lutas sociais, visando constituir políticas públicas promotoras de uma educação de qualidade para todos os alunos. A educação especial se organizou tradicionalmente como atendimento educacional especializado substitutivo ao ensino comum, evidenciando diferentes compreensões, terminologias e modalidades que levaram a criação de instituições especializadas, escolas especiais e classes especiais.

Essa organização, fundamentada no conceito de normalidade/anormalidade, determina formas de atendimentos clínicos terapêuticos fortemente ancorados nos testes psicométricos que definem, por meio de diagnósticos, as práticas escolares para os alunos com deficiência.

No Brasil, o atendimento às pessoas com deficiência teve início na época do Império com a criação de duas instituições: o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, em 1854, atual Instituto Benjamin Constant – IBC, e o Instituto dos Surdos Mudos, em 1857, atual Instituto Nacional da Educação dos Surdos – INES, ambos no Rio de Janeiro.

No início do século XX é fundado o Instituto Pestalozzi -1926, instituição especializada no atendimento às pessoas com deficiência mental; em 1954 é fundada a primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais-APAE e; em 1945, é criado o primeiro atendimento educacional especializado às pessoas com superdotação na Sociedade Pestalozzi, por Helena Antipoff. Em 1961, o atendimento educacional às pessoas com deficiência passa ser fundamentada pelas disposições da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº. 4.024/61, que aponta o direito dos “excepcionais” à educação, preferencialmente dentro do sistema geral de ensino.

A Lei nº. 5.692/71, que altera a LDBEN de 1961, ao definir ‘tratamento especial para os alunos com “deficiências físicas, mentais, os que se encontrem em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e os superdotados”, não promove a organização de um sistema de ensino capaz de atender as necessidades

educacionais especiais e acaba reforçando o encaminhamento dos alunos para as classes e escolas especiais.

Em 1973, é criado no MEC, o Centro Nacional de Educação Especial – CENESP, responsável pela gerência da educação especial no Brasil, que, sob a égide integracionista, impulsionou ações educacionais voltadas às pessoas com deficiência e às pessoas com superdotação; ainda configuradas por campanhas assistenciais e ações isoladas do Estado. Nesse período, não se efetiva uma política pública de acesso universal à educação, permanecendo a concepção de ‘políticas especiais’ para tratar da temática da educação de alunos com deficiência e, no que se refere aos alunos com superdotação, apesar do acesso ao ensino regular, não é organizado um atendimento especializado que considere as singularidades de aprendizagem desses alunos.

A Constituição Federal de 1988 traz como um dos seus objetivos fundamentais, “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (art.3º inciso IV). Define, no artigo 205, a educação como um direito de todos, garantindo o pleno desenvolvimento da pessoa, o exercício da cidadania e a qualificação para o trabalho. No seu artigo 206, inciso I, estabelece a “igualdade de condições de acesso e permanência na escola”, como um dos princípios para o ensino e, garante como dever do Estado, a oferta do atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino (art. 208).

O Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº. 8.069/90, artigo 55, reforça os dispositivos legais supracitados, ao determinar que "os pais ou responsáveis têm a obrigação de matricular seus filhos ou pupilos na rede regular de ensino". Também, nessa década, documentos como a Declaração Mundial de Educação para Todos (1990) e a Declaração de Salamanca (1994), passam a influenciar a formulação das políticas públicas da educação inclusiva.

Em 1994, é publicada a Política Nacional de Educação Especial, orientando o processo de ‘integração instrucional’ que condiciona o acesso às classes comuns do ensino regular àqueles que “(...) possuem condições de acompanhar e desenvolver as atividades curriculares programadas do ensino comum, no mesmo ritmo que os alunos ditos normais”. (p.19).

Ao reafirmar os pressupostos construídos a partir de padrões homogêneos de participação e aprendizagem, a Política não provoca uma reformulação das

práticas educacionais de maneira que sejam valorizados os diferentes potenciais de aprendizagem no ensino comum, mantendo a responsabilidade da educação desses alunos exclusivamente no âmbito da educação especial. A atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - Lei nº 9.394/96, no artigo 59, preconiza que os sistemas de ensino devem assegurar aos alunos currículo, métodos, recursos e organização específicos para atender às suas necessidades; assegura a terminalidade específica àqueles que não atingiram o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências e; a aceleração de estudos aos superdotados para conclusão do programa escolar.

Também define, dentre as normas para a organização da educação básica, a “possibilidade de avanço nos cursos e nas séries mediante verificação do aprendizado” (art. 24, inciso V) e “[...] oportunidades educacionais apropriadas, consideradas as características do alunado, seus interesses, condições de vida e de trabalho, mediante cursos e exames” (art. 37). Em 1999, o Decreto nº 3.298 que regulamenta a Lei nº 7.853/89, ao dispor sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, define a educação especial como uma modalidade transversal a todos os níveis e modalidades de ensino, enfatizando a atuação complementar da educação especial ao ensino regular.

Acompanhando o processo de mudanças, as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, Resolução CNE/CEB nº 2/2001, no artigo 2º, determinam que:

Os sistemas de ensino devem matricular todos os alunos; cabendo às escolas organizar-se para o atendimento a os educandos com necessidades educacionais especiais, assegurando as condições necessárias para uma educação de qualidade para todos. (MEC/SEESP, 2001).

As Diretrizes ampliam o caráter da educação especial para realizar o atendimento educacional especializado complementar ou suplementar a escolarização, porém, ao admitir a possibilidade de substituir o ensino regular, não potencializa a adoção de uma política de educação inclusiva na rede pública de ensino prevista no seu artigo 2º. O Plano Nacional de Educação - PNE, Lei nº 10.172/2001, destaca que “o grande avanço que a década da educação deveria produzir seria a construção de uma escola inclusiva que garanta o atendimento à diversidade humana”. Ao estabelecer objetivos e metas para que os sistemas de



ensino favoreçam o atendimento às necessidades educacionais especiais dos alunos, aponta um déficit referente à oferta de matrículas para alunos com deficiência nas classes comuns do ensino regular, à formação docente, à acessibilidade física e ao atendimento educacional especializado.

A Convenção da Guatemala (1999), promulgada no Brasil pelo Decreto nº 3.956/2001, afirma que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que as demais pessoas, definindo como discriminação com base na deficiência, toda diferenciação ou exclusão que possa impedir ou anular o exercício dos direitos humanos e de suas liberdades fundamentais. Esse Decreto tem importante repercussão na educação, exigindo uma reinterpretação da educação especial, compreendida no contexto da diferenciação adotada para promover a eliminação das barreiras que impedem o acesso à escolarização.

Na perspectiva da educação inclusiva, a Resolução CNE/CP nº1/2002, que estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, define que as instituições de ensino superior devem prever em sua organização curricular formação docente voltada para a atenção à diversidade e que contemple conhecimentos sobre as especificidades dos alunos com necessidades educacionais especiais. A evolução das ações da educação especial nos últimos anos se expressa no crescimento do número de municípios com matrículas, que em 1998 registra 2.738 municípios (49,7%) e, em 2006 alcança 4.953 municípios (89%), um crescimento de 81%. Essa evolução também revela o aumento do número de escolas com matrícula, que em 1998 registra apenas 6.557 escolas e chega a 54.412 escolas em 2006, representando um crescimento de 730%.

Destas escolas com matrícula em 2006, 2.724 são escolas especiais, 4.325 são escolas comuns com classe especial e 50.259 são escolas comuns com inclusão nas turmas de ensino regular. O indicador de acessibilidade arquitetônica em prédios escolares, em 1998, aponta que 14% dos 6.557 estabelecimentos de ensino com matrícula de alunos com necessidades educacionais especiais possuíam sanitários com acessibilidade. Em 2006, das 54.412 escolas com matrículas de alunos atendidos pela educação especial, 23,3% possuíam sanitários com acessibilidade e 16,3% registraram ter dependências e vias adequadas (indicador não coletado em 1998).

Em relação à formação dos professores com atuação na educação especial, em 1998, 3,2% possuía ensino fundamental; 51% possuíam ensino médio e 45,7% ensino superior. Em 2006, dos 54.625 professores que atuam na educação especial, 0,62% registraram somente ensino fundamental, 24% registraram ensino médio e 75,2% ensino superior. Nesse mesmo ano, 77,8% destes professores, declararam ter curso específico nessa área de conhecimento.

## **2.1 Objetivos da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva a Educação Inclusiva**

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva tem como objetivo o acesso, a participação e a aprendizagem dos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas escolas regulares, orientando os sistemas de ensino para promover respostas às necessidades educacionais especiais, garantindo:

- Transversalidade da educação especial desde a educação infantil até a educação superior;
- Atendimento educacional especializado;
- Continuidade da escolarização nos níveis mais elevados do ensino;
- Formação de professores para os atendimentos educacionais especializado e demais profissionais da educação para a inclusão escolar;
- Participação da família e da comunidade;
- Acessibilidade urbanística, arquitetônica, nos mobiliários e equipamentos, nos transportes, na comunicação e informação; e
- Articulação intersetorial na implementação das políticas públicas.

## **2.2 Alunos atendidos pela Educação Especial**

Por muito tempo perdurou o entendimento de que a educação especial, organizada de forma paralela à educação comum, seria a forma mais apropriada para o atendimento de alunos que apresentavam deficiência ou que não se adequassem à estrutura rígida dos sistemas de ensino. Essa concepção exerceu

impacto duradouro na história da educação especial, resultando em práticas que enfatizavam os aspectos relacionados à deficiência, em contraposição à sua dimensão pedagógica.

O desenvolvimento de estudos no campo da educação e dos direitos humanos vem modificando os conceitos, as legislações, as práticas educacionais e de gestão, indicando a necessidade de se promover uma reestruturação das escolas de ensino regular e da educação especial.

Em 1994, a Declaração de Salamanca proclama que as escolas regulares com orientação inclusiva constituem os meios mais eficazes de combater atitudes discriminatórias e que alunos com necessidades educacionais especiais devem ter acesso à escola regular, tendo como princípio orientador que “as escolas deveriam acomodar todas as crianças independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, lingüísticas ou outras” (BRASIL, 2006, p.330).

O conceito de necessidades educacionais especiais, que passa a se amplamente disseminado a partir dessa Declaração, ressalta a interação das características individuais dos alunos com o ambiente educacional e social. No entanto, mesmo com uma perspectiva conceitual que aponte para a organização de sistemas educacionais inclusivos, que garanta o acesso de todos os alunos e os apoios necessários para sua participação e aprendizagem, as políticas implementadas pelos sistemas de ensino não alcançaram esse objetivo.

Na perspectiva da educação inclusiva, a educação especial passa a integrar a proposta pedagógica da escola regular, promovendo o atendimento às necessidades educacionais especiais de 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 par ao atendimento às necessidades educacionais especiais desses alunos.

A educação especial direciona suas ações para o atendimento às especificidades desses alunos no processo educacional e, no âmbito de uma atuação mais ampla na escola, orienta a organização de redes de apoio, a formação continuada, a identificação de recursos, serviços e o desenvolvimento de práticas colaborativas. Os estudos mais recentes no campo da educação especial enfatizam que as definições e uso de classificações devem ser contextualizados, não se

esgotando na mera especificação ou categorização atribuída a um quadro de deficiência, transtorno, distúrbio, síndrome ou aptidão.

Considera-se que as pessoas se modificam continuamente, transformando o contexto no qual se inserem. Esse dinamismo exige uma atuação pedagógica voltada para alterar a situação de exclusão, reforçando a importância dos ambientes heterogêneos para a promoção da aprendizagem de todos os alunos. A partir dessa conceituação, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental ou sensorial que, em interação com diversas barreiras, podem ter restringida sua participação plena e efetiva na escola e na sociedade.

Os alunos com transtornos globais do desenvolvimento são aqueles que apresentam alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e na comunicação, um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Incluem-se nesse grupo alunos com autismo, síndromes do espectro do autismo e psicose infantil. Alunos com altas habilidades/superdotação demonstram potencial elevado em qualquer uma das seguintes áreas, isoladas ou combinadas: intelectual, acadêmica, liderança, psicomotricidade e artes, além de apresentar grande criatividade, envolvimento na aprendizagem e realização de tarefas em áreas de seu interesse.

### 3. O TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (TDAH)

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é, em regra, de origem genética e congênita. Ou seja, nato, sendo facilmente perceptível quando a criança adentra na fase escolar. Neste nível, de forma particular, os sintomas aparecem com clareza, principalmente dentro da sala de aula.

O TDAH é um transtorno Neurobiológico, em que, o córtex pré-frontal direito é um pouco menor nas pessoas que apresentam este transtorno. Disfunção de execução é o mesmo que inabilidade neural quer para inibir, quer para concluir uma determinada ação ou projeto. Portadores de DDA são incapazes de controlar seus impulsos com relação aos seus comportamentos, sejam os de fazer ou os de não fazer. O termo hiperatividade refere-se a um dos distúrbios de comportamento mais freqüentes na idade escolar caracterizado por um nível de atividade motora excessiva e crônica, déficit de atenção e falta de autocontrole.

Em diversos momentos do século XX, tem-se referido a tais crianças como acometidas de inquietação, falha de controle moral, disfunção cerebral mínima, distúrbio pós-cefálico, reação hipercinético da infância, distúrbio de falta de atenção e distúrbio de atenção por hiperatividade, e mesmo que os rótulos tenham mudado o mesmo não acontece com o problema o qual permanece ao longo dos anos.( GOLDSTEIN,1996, p. 47)

Mesmo tendo sido conhecido desde o último século, e sido estudado exaustivamente, ainda hoje não se conhecem as causas concretas que ocasionam esse problema. Sabemos que o TDAH é definido como um transtorno neurobiológico que acontece em crianças, adolescente e adulto, independente de país de origem, nível sócio-econômico, raça ou religião.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neuropsiquiátrico, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde e registrado oficialmente pela Associação Americana de Psiquiatria no manual chamado de Diagnostic and Statistic Manual (DSM), que está na sua quarta edição. Nos Estados Unidos portadores de TDAH são protegidos pela lei quanto a receberem tratamento diferenciado na escola.

Conforme Borges (1997), o comportamento agitado da criança que antes era tolerado pela família passa a ser inconcebível quando ela inicia a escolarização, por

ser a escola o primeiro espaço estruturado e com regras de comportamento e regras. É a escola que geralmente encaminha essas crianças aos consultórios médicos e psicólogos, tentando enquadrá-las no esquema de ensino e aprendizagem, pois as dificuldades da criança tende a se acentuar na escola, porque ela se mostra excessivamente ativa, demonstrando dificuldade a motivação, e a capacidade de esperar, também tende a acentuar o mau rendimento escolar ocasionando mudança de escola e até evasão escolar.

Contudo, é preciso esclarecer que as crianças que sofrem com o Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH) não estão fora das escolas regulares, nem fazem parte de escolas especializadas, pois apesar da sua especificidade, elas não são vistas como crianças especiais na forma da lei que rege a educação inclusiva.

Para Roucek (1973), quando os pais e professores declaram que a criança é desatenta estão referindo-se que a mesma criança não presta atenção, é descuidada, não é observadora, é distraída ou é negligente, sem grande preocupação significativa. Observa-se, também, que muitas crianças com alguma das características da síndrome são consideradas e tratadas como hiperativos, e que crianças com hiperatividade não são tratadas.

De acordo com a literatura especializada, para ser considerada hiperativos uma criança deve manifestar um certo número de comportamento em pelo menos seis meses. Um diagnóstico minucioso da hiperatividade na infância deve incluir oito tipos de informações: histórico, inteligência, personalidade, desempenho escolar, amigos, comportamento na sala de aula, consulta médica (Goldstein, 1992, p.43). Segundo Patt (1991), a criança hiperativa é sempre candidata ao fracasso escolar, pois seu comportamento é turbulento e suas dificuldades de aprendizagem fogem à norma escolar e ao que é esperado de um bom-aluno.

Ressalta Wallon (1971), que é preciso compreender que por trás da descarga impulsiva existe a expressão das necessidades múltiplas da criança que reclama de afeto, ajuda e compreensão.

Nesse sentido, acredito que as escolas deixam muito a desejar, confundindo TDAH com indisciplina, a sala de aula deve ser organizada e estruturada, o professor deve estar preparado para receber uma criança portadora de TDAH e a avaliação deve ser frequentemente e imediata, procurando valorizar o potencial e habilidades da criança.

Afirma Melvin (1990) que o quadro de hiperatividade é mais freqüente em crianças primogênitas e que o estresse e transtorno psiquiátrico na família aumentam o risco do aparecimento dos sintomas do TDAH. O tratamento é multidisciplinar e compreende conversas com a criança e a família, consultoria escolar, mudanças ambientais e medicação. Em casos leves o distúrbio pode ser tratado apenas com terapia e reorientação pedagógica, e em casos graves necessitam de tratamento com medicamentos que deve durar até a adolescência.

Goldstein (1996) afirma que pais de crianças hiperativas devem possuir uma compreensão realista dos tratamentos médicos e não médicos adequados, e que não existe cura, porém, pais e educadores, podem encontrar formas para ajudá-los a serem bem sucedidos.

Nem sempre os pais admitem que o filho seja hiperativo, muitos acham que a criança é esperta e está sempre interessada em novidades.

De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) está classificado na categoria de transtornos hipercinéticos, descrito como "grupo de transtornos caracterizados por início precoce - habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida -, falta de perseverança nas atividades que exigem envolvimento cognitivo e tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva.

Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hipercinéticas são frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras do que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são frequentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente.

Estes transtornos se acompanham frequentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e uma perda de auto-estima.

Barkley (2008) caracteriza o TDAH como:

Um transtorno mental válido, encontrado universalmente em vários países e que pode ser diferenciado, em seus principais sintomas, da ausência de deficiência e outros transtornos psiquiátricos. (p.123)

Acredita-se que a causa mais provável é a hereditariedade e que a doença atinge mais meninos que meninas. Não tem cura, mas pode ser controlada desde a infância, e o problema atenua-se na adolescência, e quando isso não acontece esses indivíduos tornam-se adultos instáveis e depressivos com tendência a marginalidade.

Portanto, o TDAH é uma síndrome heterogênea, dependente de fatores genético-familiares, adversidades biológicas e psicossociais, caracterizada pela presença de um desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, a flexibilidade e a atividade motora. Seu início é precoce, sua evolução tende a ser crônica, sem repercussões significativas no funcionamento do sujeito em diversos contextos de sua vida. Caracterizado pelos sintomas de déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade, esse transtorno pode ser classificado em quatro tipos:

- **Tipo desatento** - não enxerga detalhes, faz erros por falta de cuidado, apresenta dificuldade em manter a atenção, parece não ouvir, tem dificuldade em seguir instruções, desorganização, evita/não gosta de tarefas que exigem um esforço mental prolongado, distrai-se com facilidade, esquece atividades diárias;
- **Tipo hiperativo/ impulsivo**: inquietação, mexer as mãos e os pés, remexer-se na cadeira, dificuldade em permanecer sentada, corre sem destino, sobe nos móveis ou muros, dificuldade em engajar-se numa atividade silenciosamente, fala excessivamente, responde perguntas antes delas serem formuladas, interrompem assuntos que estão sendo discutidos e se intrometem nas conversas;
- **Tipo combinado**: quando o indivíduo apresenta os dois conjuntos de critérios desatento e hiperativo/impulsivo;
- **Tipo não específico**: quando as características apresentadas são insuficientes para se chegar a um diagnóstico completo, apesar dos sintomas desequilibrarem a rotina diária. É o transtorno neuropsiquiátrico mais diagnosticado na infância, persistindo até a idade adulta em torno de 60 a



70% dos casos. Acomete aproximadamente de 3 a 5% das crianças, sendo mais usualmente encontrado em meninos do que meninas, numa proporção de 3:1.

O uso de medicamentos em indivíduos com diagnóstico de TDAH provoca tranqüilidade, aumento no período de atenção e, por vezes, sonolência. Essa resposta positiva não é observada em todos os pacientes, sendo que alguns deles tornam-se mais excitados e agressivos e as doses empregadas deverão ser tituladas individualmente e, após ter sido encontrada a dose ideal, esta deverá ser mantida.

O TDAH vem sendo considerado pelos educadores como um fator preocupante, principalmente na fase escolar. Num período onde a criança inicia seu contato com a leitura e escrita, é necessário que mantenha sua atenção e concentração sustentados, a fim de que os objetivos pedagógicos propostos possam ser alcançados. Na idade escolar, crianças com TDAH apresentam maior probabilidade de repetência, evasão, baixo rendimento acadêmico e dificuldade emocionais e de relacionamento social, e pessoas que apresentam sintomas de TDHA na infância têm uma maior probabilidade de desenvolver problemas relacionados com comportamento.

Uma vez diagnosticado o TDAH, esse aluno deve ser considerado como uma criança com necessidades educacionais especiais, pois para que tenha garantidas as mesmas oportunidades de aprender que os demais colegas de sala de aula, serão necessárias algumas adaptações visando diminuir a ocorrência dos comportamentos indesejáveis que possam prejudicar seu progresso pedagógico: sentar o aluno na primeira carteira e distante da porta ou janela; reduzir o número de alunos em sala de aula; procurar manter uma rotina diária; propor atividades pouco extensas; intercalar momentos de explicação com os exercícios práticos; utilizar estratégias atrativas; explicar detalhadamente a proposta; tentar manter o máximo de silêncio possível; orientar a família sobre o transtorno; evitar situações que provoquem a distração. tais como ventiladores, cortinas balançando, cartazes pendurados pela sala; aproveitar situações que exijam movimentação para escolhê-lo como auxiliar (por exemplo, pedir que entregue os cadernos, que vá à diretoria ou que responda ao exercício na lousa); manter os alunos em lugares fixos na sala, para que seja justificado o motivo pelo qual a criança com TDAH senta sempre naquela carteira; solicitar que os pais procurem por atendimentos especializados

que possam complementar o trabalho pedagógico realizado em sala de aula; encaminhá-lo para as aulas de reforço escolar, se necessário.

Pensando na importância do papel do professor frente a um aluno que apresenta comportamento indicativo de TDAH, o professor precisa ser auxiliado em como buscar ajuda caso o comportamento venha a persistir, o apoio e parceria da escola são de grande importância para juntos encaminharem o aluno para especialistas da área, como Psicólogo ou Psicopedagogo, neurologista, entre outros, que possam fazer a intervenção e um eventual tratamento.

É importante que os pais busquem terapia para adquirirem informação e apoio, diminuindo assim o sentimento de frustração e isolamento que atinge à família. É aconselhável que os pais não se prendam demasiadamente ao problema da hiperatividade da criança, faz-se necessário um descanso, ocupando-se de outras atividades prazerosas a fim de amenizar o desgaste emocional que é uma constante na vida familiar, como também incentivar a criança a participar de projetos de seu interesse contribuindo, assim, com uma melhoria na concentração.

O papel da escola é fundamental na observação da criança hiperativa, pois geralmente ela costuma nos intervalos se meter em brigas, ou brincar quase sempre sozinha, tenta chamar atenção ou se comporta como se fosse alienada. As meninas que sofrem da doença são mais distraídas, falam demais ou simplesmente se isolam. Os meninos não conseguem manter amizades por muito tempo são agitados e interrompem a aula constantemente.

Na idade escolar, a criança hiperativa começa a se aventurar no mundo e já não tem à família para agir como amortecedor. O comportamento, antes aceito como engraçadinho ou imaturo, já não é tolerado. Ela precisa agora aprender a lidar com regras a estrutura e os limites de uma educação organizada e seu temperamento simplesmente não se ajusta muito bem as expectativas da escola.

Segundo (GOLDSTEIN, 1996, p. 106).

Um dos fatores que mais dificultam o rendimento escolar da criança hiperativa é o déficit de atenção, pois todo momento na classe sua atenção é requisitada pelos colegas e professores. Se a criança hiperativa tem dificuldades de atenção, toda sua aprendizagem pode estar comprometida.

Sua atenção é flutuante, pois qualquer ruído ou movimento a impede de concentrar-se no que começou a fazer. A criança não consegue memorizar bem e tudo que aprendeu deve ser ensinado no dia seguinte. Quanto mais o professor:

“exige a atenção, mais aumenta a tensão emocional e se reduz sua capacidade de prestar atenção ”(BORGES,1997,p.88).

### **3.1 Quadro Clínico**

O aparecimento dos sintomas se dá comumente entre 3 e 7 anos de idade, mas pode surgir antes, apesar de normalmente não ser diagnosticado até o momento que a criança entra na escola. Não há características físicas específicas no TDAH. A sintomatologia tem início antes dos 7 anos de idade.

Afirmam Lewis e Wolkmar (1993) que a criança é inquieta e incapaz de permanecer sentada. Às vezes mãos e pés podem estar em movimento constante. A criança é facilmente distraída por estímulos transitórios, tem dificuldades de esperar sua vez, parece ser desorganizada e freqüentemente tem dificuldades de completar uma tarefa e podem ser falantes, porém com dificuldade de modelar sua voz. O marco desse quadro é: desatenção, hiperatividade e impulsividade, além desses podem ser acrescentados as dificuldades na conduta e ou/ problemas de aprendizado associados a discretos desvios de funcionamento do sistema nervoso.

Independentemente do sistema classificatório utilizado, as crianças com TDAH são facilmente reconhecidas em clínicas, escolas, e, em casa, é importante salientar que a desatenção, a hiperatividade ou impulsividade como sintomas isolados podem resultar de muitos problemas na vida de relação das crianças (com pais e/ou colegas e amigos) de sistemas educacionais inadequados, ou podem estar associados a outros transtornos comumente encontrados na infância e adolescência.

Portanto, para o diagnóstico do TDAH, é sempre necessário contextualizar os sintomas na história de vida da criança. Algumas pistas que indicam a presença do distúrbio são: Duração dos sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade. Normalmente, crianças com TDAH apresentam uma história de vida desde a idade pré-escolar com a presença de sintomas; Freqüência e intensidade dos sintomas; Persistência dos sintomas em vários locais e ao longo do tempo; Prejuízo clinicamente significativo na vida da criança, pois sintomas de hiperatividade e sem prejuízo na vida da criança podem traduzir muito mais estilos de funcionamento ou temperamento do que um transtorno psiquiátrico.

É fundamental verificar se a criança não segue as instruções por não conseguir manter a atenção durante a explicação das mesmas, pois a apresentação clínica pode variar de acordo com o estágio de desenvolvimento. Sintomas relacionados à hiperatividade/impulsividade são mais freqüentes do que sintomas de desatenção em pré- escolares com TDAH.

Além dessas características básicas do quadro clínico, outros problemas são comuns que estejam presentes, como: Problemas de conduta, através de explosões de cólera e passando rapidamente do riso às lágrimas. Seu humor e desempenho são geralmente variáveis e imprevisíveis. Pode apresentar características de forte oposição; Implicações emocionais, tais como hipersensibilidade baixa auto-estima baixa tolerância a frustrações.

O Auto-conceito negativo a as reações de agressividade da criança são agravadas pela percepção de não estar sendo aceito; Problemas de socialização, tendo dificuldade nos seus relacionamentos interpessoais, por não aceitar crítica, conselho ou ajuda e ser muitas vezes, tirana; Problemas familiares, em consequência das insatisfações e pressões por parte do adulto, pela inadequação do comportamento da criança.

Além disso, as dificuldades escolares ou de aprendizagem são fatos que normalmente muitas frustrações trazem aos pais muitas vezes a criança torna-se ponto de discórdia familiar; Comportamento das habilidades cognitivas, manifestando-se em dificuldade de organização, de resolução de problemas, retardo do desenvolvimento da linguagem, na disgrafia, na dislexia, na ortografia, e na discalculia; Problema neurológico quando a criança, em geral, tem incoordenação motora (é desajeitada), tem impersistência (incapacidade de manter determinada postura ou posição por algum tempo), apresentam sincinesias freqüentes, distúrbios da fala (dislalia).

### **3.2. Diagnóstico**

O diagnóstico do TDAH é um processo de múltiplas facetas. Diversos problemas biológicos e psicológicos podem contribuir para a manifestação dos sintomas similares apresentados por pessoas com TDAH. O diagnóstico pede uma avaliação ampla, não se pode deixar de considerar outras causas para o problema, assim, é preciso estar atento à presença de distúrbio concomitante. O aspecto mais

importante do processo do diagnóstico é um cuidadoso histórico clínico e desenvolvimento.

A avaliação do TDAH inclui um levantamento do funcionamento intelectual, acadêmico, social e emocional. O exame médico é de extrema importância para esclarecer possíveis causas semelhantes. O processo diagnóstico deve incluir dados recolhidos com professores e outros adultos que de alguma maneira interagem de maneira rotineira com a pessoa que está sendo avaliada. Diagnósticos apressados e equivocados poderão deixar pessoas mal educadas ficarem à vontade para serem mal educados, sob o pretexto de que estão dominados pelo TDAH, assim facilitando a aceitação do seu comportamento não convencional. Um diagnóstico correto poderá ajudar elevar sua concentração, superar problemas de relacionamento, ajudá-la na orientação evitando assim envolvimento com a delinqüência.

Muitos pais demoram muito a procurar ajuda ou não aceitam um diagnóstico de hiperativo, por achar que é coisa de idade, que toda criança é agitada e isso irá passar. Porém, quando o distúrbio demora a ser diagnosticado, a partir de sua puberdade, pode procurar as drogas, álcool, a fim de superar suas dificuldades em adaptar-se à vida. Para fazer um diagnóstico, é necessário um psiquiatra, que deverá fazer um rol de perguntas com os pais e pessoas do seu convívio como professores, empregados e outros que mantêm contato com o suposto hiperativo.

De acordo com a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), Eletroencefalograma, Mapeamento Cerebral, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética evocada não podem fornecer este diagnóstico. Segundo Goldstein (1994), um diagnóstico minucioso da hiperatividade na infância deve incluir um histórico da família e do desenvolvimento do seu filho.

As informações do histórico relativas a outros problemas que a família teve os métodos para impor a disciplina, ou sinais precoces de temperamento difícil, as lembranças dos pais sobre os acontecimentos da vida da criança, são fundamentais para o diagnóstico. Essa coleta de dados deve incluir: Histórico, Inteligência, Personalidade Desempenho escolar, Amigos, Disciplina e comportamento em casa, comportamento em sala de aula.

É importante para os pais entenderem que não há nenhum resultado ou observação isolada que confirme ou exclua o diagnóstico de

hiperatividade em uma criança. Durante o processo de avaliação do filho, os pais são consumidores que estão comprando conhecimentos, informações e opinião. Eles tem o direito de a mais que um simples rótulo ou cinco minutos de explicação em relação a natureza do problema e sua solução (GOLDSTEIN, 1994. p. 47).

Ainda segundo Goldstein (1994), o objetivo da avaliação não é classificar a criança ou decidir sobre o tratamento em particular e que o diagnóstico de hiperatividade não implica que qualquer tratamento isolado pode solucionar todas as dificuldades da criança em todas as situações, pois a maioria dos problemas vivenciados por uma criança hiperativa não pode ser evitado, porém, eles podem ser eficientemente administrados.

Borges (1997) afirma, que crianças com todas as características da hiperatividade são comumente avaliadas como tendo um comportamento normal por alguns médicos pediatras, quando não são observados traçados anormais no encefalograma, descartando-se assim a presença da hiperatividade e que esta conduta pode ocasionar muitos equívocos, pois perde-se tempo precioso de atendimento a muitas crianças que poderiam estar sendo devidamente acompanhados, evitando-se que comportamentos inadequados instalem-se de forma definitiva. Referindo-se a essa questão Goldstein & Goldstein (1994.p. 78- 9) ignorar esses primeiros sinais de hiperatividade representa um erro por parte dos pais e de nossa comunidade médica e clínica.

Embora uma intervenção precoce possa não curar a hiperatividade ou temperamento difícil, ela pode representar um grande passo no sentido de minimizar a extensa lista de problemas secundários desenvolvidos por uma criança hiperativa. O processo que a criança pelo qual será avaliada para se pesquisar um possível diagnóstico de hiperatividade deve incluir cinco etapas:

A primeira etapa: aplicação de um questionário bem elaborado para os pais e professores. Entretanto, os questionários não fazem diagnósticos, apenas descrevem os comportamentos; A segunda etapa envolve a coleta de informações objetivas e científicas relativas ao comportamento e as deficiências de habilidades da criança. Ela inclui a observação do comportamento em sala de aula e um teste direto com a criança; A terceira etapa envolve uma avaliação cuidadosa da criança em vários ambientes; A quarta é mais importante, pois é quando se considera, cuidadosamente, se os sintomas refletem ou não algum distúrbio emocional de aprendizagem ou clínico.

### 3.3 Tratamento

O tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas, também o neurofeedback é um treinamento que permite normalizar as alterações típicas do TDAH – a hipofunção das áreas pré-frontais do córtex cerebral. A base da comunicação entre os neurônios é a descarga elétrica, sendo assim, uma vez que o cérebro funciona através dessas descargas, elas podem ser amplificadas e decodificadas por aparelhos EEG- Eletroencefalografia. Os padrões de ondas cerebrais, dentre eles, a frequência das ondas, medidas em ciclo (pulsos) por segundo podem ser identificados através do EEG. As ondas entre 16 e 21 pulsos por segundo são consideradas ondas rápidas. São consideradas onda lentas abaixo de 8 impulsos por segundo.

No âmbito das intervenções psicossociais, o primeiro passo deve ser educacional, através de informações claras e precisas à família a respeito do distúrbio. Muitas vezes, é necessário um programa de treinamento para os pais, a fim de que aprendam a manejar os sintomas dos filhos. É importante que eles conheçam as melhores estratégias para o auxílio de seus filhos na organização e no planejamento das atividades. Intervenções no âmbito escolar também são importantes. As intervenções escolares devem ter como foco o desempenho escolar.

Nesse sentido, os professores deveriam ser orientados para a necessidade de uma sala de aula bem estruturada, com poucos alunos. Rotinas diárias consistentes e ambientes escolares previsíveis ajudariam a essas crianças a manterem o controle emocional. Estratégias de ensino ativo que incorporem a atividade física com o processo de aprendizagem são fundamentais. As tarefas propostas não devem ser demasiadamente longas e necessitam ser explicadas passo a passo. É importante que o aluno com TDAH receba o máximo possível de atendimento individualizado, ele deve ser colocado na primeira fila da sala de aula, próximo à professora e longe da janela, ou seja, em local onde ele tenha menor probabilidade de distrair-se.

Muitas vezes, as crianças com TDAH precisam de reforço de conteúdo em determinadas disciplinas. Isso acontece porque elas já apresentam lacunas no aprendizado no momento do diagnóstico, outras vezes, é necessário um acompanhamento psicopedagógico centrado na forma do aprendizado, o tratamento psicomotor pode estar indicado para melhorar o controle do movimento. Existem

muitos medicamentos que podem ajudar a melhorar os sintomas do TDAH. O remédio atua corrigindo o desequilíbrio químico nos neurotransmissores, que no caso são responsáveis pela regulação do humor da atenção e do controle do impulso.

Em 1913, Bradley descobriu casualmente o efeito das anfetaminas, num grupo heterogêneo de crianças internadas num centro de tratamento utilizando a benzedrina, que é um estimulante. De acordo Wender (1980), algumas delas tinham desordens de comportamentos que incluíam desabilidades educacionais específicas, problemas agressivos. Havia uma melhora significativa no desempenho escolar em metade das crianças. Uma grande proporção delas tornou-se emocionalmente controlada. Desde os anos 40 muitos tipos de medicamentos têm sido experimentados no tratamento do TDAH. Estimulantes como as anfetaminas (Benzedrina e Dexedrina) metilofenidrato (Ritalina), o permolina (Cylert), a cafeína e o deanol têm sido muito utilizado.

Hoje, prescreve-se o metilofenidato ou ritalina em 90% dos casos. Se a ritalina é ingerida às oito horas, às dez horas da manhã, o efeito então diminui durante as quatro horas seguintes e maior parte de sua capacidade de melhorar o comportamento hiperativo desaparece entre o meio dia e às duas da tarde. (GOLDESTEIN e GOLDESTEIN, 1994, p. 213)

Segundo Goldstein (1994), crianças hiperativas em uso de ritalina obtêm uma melhora com redução dos sintomas. A ritalina melhora o grau de atenção e reduz o comportamento impulsivo hiperativo diminuindo problemas em casa, na escola, e na vizinhança. Afirma Sukienniket al (2000), que as drogas nesses pacientes provocam tranqüilidade, aumento no período de atenção e, por vezes, sonolência.

Essa resposta positiva não é observada em todos os pacientes, sendo que alguns deles tornam-se mais excitados e agressivos e as doses empregadas deverão ser tituladas individualmente e, após ter sido encontrada a dose ideal, esta deverá ser mantida utilizando-se um dos esquemas abaixo. 1. A medicação é administrada de segunda a sexta- feira, interrompendo-se nos finais de semana; 2. Administrar durante todo o semestre letivo, interrompendo-a nas férias. Caso o paciente volte a ficar hiperativo, o quanto antes tornará a receber a dose que vinha sendo dada. Se o mesmo ficar bem sem a medicação, é provável que o problema tenha sido superado podendo-se tentar deixá-lo sem a droga.



Afirma Goldstein (1994) que a decisão de adotar a intervenção por medicação deve ser tomada apenas após cuidadosa consideração dos riscos e dos benefícios da medicação, apesar da ritalina ser altamente eficaz, mas existem efeitos colaterais brandos tais, como perda de sono ou apetite, além de efeitos colaterais graves que incluem psicose ou convulsões, sendo que tais efeitos não resultam em danos permanentes.

Segundo Borges (1997), a adaptação e ajustamento da criança hiperativa necessita de uma intervenção terapêutica. Dois tipos de medidas têm sido adotadas: as terapias comportamentais (que inclui terapias de modificação e terapias cognitivas) e os estimulantes. Ainda segundo Borges (1997), antes de se iniciar qualquer terapia comportamental é necessário conhecer certos princípios e condições: para se efetuar um programa de modificação do comportamento é imprescindível uma análise completa dos comportamentos problemáticos, seus componentes, os eventos que os acompanha ou desencadeiam o contexto no qual aparecem.

Os pais e professores são os principais responsáveis na aplicação do programa. O programa de modificação de comportamento é um processo longo e difícil e deve ser planejada de forma rigorosa. É necessário estabelecer objetivos realistas sem visar necessariamente o desaparecimento completo do comportamento desviante.

#### 4. O CONTEXTO ESCOLAR E A CRIANÇA COM TDAH

Alunos com TDAH parecem ter potencial de aprendizagem igual ao das outras crianças. Entretanto, é na escola que eles enfrentam seus maiores problemas. Já na Educação Infantil, a criança precisa aprender a lidar com as regras, a estrutura e os limites de uma educação organizada. Sendo que é importante que pais e professores entendam os motivos que levam esse aluno a não corresponder ao que se espera dele. Na família, a primeira dúvida surge na hora de escolher a escola, pois a escola escolhida deve defender valores semelhantes aos defendidos pela família e seguir o mesmo caminho que ela pretende trilhar, para que a educação da escola seja complementar à da casa.

Esses alunos precisam de apoio e intervenção acadêmica com maior intensidade. Haverá a necessidade de acomodações, que respeitem a especificidade das necessidades de cada um e, para isso, é preciso verificar o nível de conhecimento da direção e dos professores a respeito do assunto. Se os professores conhecerem realmente as dificuldades vividas pelas famílias de crianças com TDAH, é provável que compreendam as atitudes dos pais, da mesma forma que estes podem se sensibilizar com a situação dos professores quando percebem as reais dificuldades que seus filhos encontram e provocam dentro da sala de aula. Os professores são, freqüentemente, aqueles que mais facilmente percebem quando o aluno apresenta problemas de atenção, aprendizagem, comportamento ou emocionais/afetivos e sociais.

É papel da escola, procurar esclarecer as causas dos problemas. A primeira avaliação deve ser feita por um grupo interno; depois, as preocupações são transmitidas aos pais, mostrando-se opções para um diagnóstico correto, que pede a avaliação de profissionais de outras áreas. Uma vez determinado o problema, pais, professores e terapeutas planejam juntos as estratégias e intervenções a serem implementadas (modificação do ambiente, adaptação do currículo, adequação do tempo de atividade, acompanhamento de medicação etc.).

Dentre os vários fatores que afetam positivamente o desempenho de um aluno com TDAH está a estruturação, na sala de aula e durante o tempo de estudo em casa. Uma sala de aula estruturada não significa um ambiente rígido, tradicional. Ao contrário, pode ser criativa, colorida, ativa e estimulante.

A estrutura se estabelece através de comunicação clara e precisa, regras bem definidas, expectativas bem explicadas, recompensas e conseqüências coerentes e um acompanhamento constante. A rotina de atividades deve ser programada (com períodos de descanso definidos) e os alunos devem ser supervisionados e ajudados na organização do lugar de trabalho, do material, das escolhas e do tempo (Borges, 1997).

Atualmente, uma das grandes dificuldades enfrentadas pelo aluno com TDAH e sua família, é a realização da tarefa de casa. Nesse sentido, os professores precisam lembrar que um estudante com TDAH (e/ou com problemas de aprendizagem) leva 3 a 4 vezes mais tempo para fazer uma lição do que seus colegas! É necessário fazer adequações para que a quantidade de trabalho não exceda o limite da possibilidade.

O objetivo da lição de casa é revisar e praticar os conteúdos da aula. Acima de tudo, o dever de casa não deve ser jamais um castigo ou conseqüência de comportamento inadequado na escola. Um aluno com transtorno do déficit de atenção – hiperatividade (TDAH) pode ter perdido muito tempo de escola por conta das dificuldades com seu comportamento e, por conseguinte, ter ficado para trás em algumas matérias. Mesmo quando não houve perda de tempo, o mau gerenciamento de TDAH e a associada falta de atenção às matérias acarretam desempenho inferior.

Portanto, surgem questões semelhantes aquelas relativas a alunos com dificuldades de aprendizagem. O nível de alguns aspectos do currículo pode ser inferior ao das crianças da mesma idade, mas deve ser adequado à sua idade cronológica. Mesmo quando os alunos estão atrasados em matemática e precisam fazer trabalhos que já foram feitos pelos outros alunos quando eram mais jovens, essas tarefas devem ser apresentadas de forma que desperte o interesse de uma criança mais velha. Uma base sólida em matemática e em português é essencial para fazer o aluno progredir em outras matérias.

Freqüentemente, professores de crianças com TDAH sentem tanta frustração quanto seus pais. Assim como seus alunos, são seres humanos únicos, com características específicas, e nenhum conjunto isolado de sugestões e estratégias funciona na inter-relação de todos os professores com todos os alunos. Há necessidade de ajuste de ambas as partes. Algumas vezes, várias intervenções são experimentadas antes que um resultado positivo apareça. Daí a necessidade de se

escolher a escola e o método de ensino mais adequados para o aluno, especialmente aquele com TDAH. O sucesso escolar de crianças com TDAH exige uma combinação de intervenções terapêuticas, cognitivas e de acompanhamento. Com esse apoio, a maioria pode, perfeitamente, acompanhar classes regulares.

De acordo Borges em sua dissertação de mestrado (1997), crianças que desde bebê demonstram estar sempre em alerta, choram com frequência são difíceis de acalmar, têm sono perturbado e vivem sempre irritados, e aos dois anos têm dificuldade de parar, escutar ou atender, quando chegam à pré-escola essas características permanecem tendendo a se agravar já que começam a conviver com pessoas fora do seu círculo familiar, passando a ser percebidas como importunas dominadoras e incoseqüentes.

Seu comportamento torna-se motivo de exigências e discriminações por seus professores e seus companheiros. Quando vão para alfabetização, demora muito mais do que as outras a ler e escrever, pois seu esquema corporal é alterado pela inquietação e agitação motora. Manter-se sentado, permanecer calada, atenta e concentrada, são atributos que ele não consegue desenvolver, não escreve na linha e quebra seguidamente a ponta do lápis, levantando-se para ir ao cesto apontá-lo.

A maioria das crianças com hiperatividade ao começarem a escola, tornam-se candidatas a sucessivas repetências desde os primeiros anos do ensino fundamental. A entrada da criança a obriga a se adaptar a um grupo maior, a cooperar com os colegas em atividades estruturadas, a ficar longo tempo sentada, se para crianças normais essas exigências são difíceis, para crianças hiperativas torna-se angustiante. Na idade escolar, a criança hiperativa começa a se aventurar no mundo e já não tem a família para agir como amortecedor. O comportamento, antes aceito como engraçadinho ou imaturo, já não é tolerado... Ela precisa agora aprender a lidar com regras, a estrutura e os limites de uma educação organizada e seu temperamento simplesmente não se ajusta muito bem às expectativas da escola (GOLDSTEIN; GOLDSTEIN, 1996, p- 106)

Segundo Goldstein e Goldstein (1996), muitas crianças hiperativas também vivenciam comportamentais ou emocionais secundários na escola como conseqüência de sua incapacidade de satisfazer as exigências da sala de aula. Esses problemas muitas vezes se desenvolvem em resposta a fracassos freqüentes e repetidos, algumas crianças tornam-se deprimidas e retraídas, enquanto se tornam

irritadas e agressivas. E na primeira ou segunda série as outras crianças tornam-se cada vez mais cientes das incapacidades das crianças hiperativas na sala de aula.

#### **4.1 A Sala de Aula e a Criança Hiperativa**

Uma sala de aula eficiente para crianças desatentas e hiperativas deve ser organizada e estruturada, o professor deve estar preparado para receber uma criança portadora de TDAH e procurar conhecer melhor o quadro do distúrbio, para saber como lidar com ela. Depois um programa de reforço baseado em ganhos e perdas, deve ser parte integrante do trabalho de classe. A avaliação deve ser frequente e imediata. Recomenda-se ignorar pequenos incidentes. O material didático deve ser adequada às habilidades da criança, estratégias que facilitem a auto-correção, e que melhorem o comportamento nas tarefas, devem ser ensinadas. As tarefas devem variar, mas continuar sendo interessantes para os alunos, os horários de transição, bem como os intervalos e reuniões especiais devem ser supervisionadas. Pais e professores devem manter uma comunicação freqüente, os professores precisam estar atentos à qualidade do reforço negativo do seu comportamento. O professor deve criar facilidades para que a criança com TDAH adquira novas amizades, pois os amigos são essenciais para o desenvolvimento dessa criança.

A instabilidade comportamental, a ansiedade e a falta de concentração em algumas crianças hiperativas fazem com que as outras crianças se afastem delas, pois por não compreenderem a sua forma de relacionamento, acabam as considerando inconvenientes. Assim sendo, algumas vezes, as crianças hiperativas acabam sendo excluídas pelos os amigos, o que poderá provocar alguns transtornos emocionais, pois a falta de companheirismo poderá trazer para algumas delas sentimentos de solidão e ansiedade (LOPES,2000).

#### **4.2 Sugestões para Intervenção do Professor**

Segundo os psiquiatras Duchesne e Andrade (ABDA, 2002), há uma grande variedade de intervenções específicas que o professor pode fazer para ajudar a criança com TDAH e se ajustar melhor à sala de aula, tais como:

- Proporcionar estrutura, organização e constância, arrumação das cadeiras, programas diários, regras claramente definidas;
- Colocar a criança perto de colegas que não o provoquem, perto da mesa do professor, na parte de fora do grupo;
- Encorajar frequentemente, elogiar a ser afetuoso, porque essas crianças desanimam facilmente;
- Dar responsabilidades que elas possam cumprir faz com que se sintam necessárias e valorizadas;
- Começar com tarefas simples e gradualmente mudar para mais complexas; Proporcionar um ambiente acolhedor, demonstrando calor físico e se possível fazer os colegas terem a mesma atitude;
- Nunca provocar constrangimento ou menosprezar o aluno; Proporcionar trabalhos de aprendizagem em grupos pequenos;
- Favorecer oportunidades sociais;
- Comunicar-se com os pais, geralmente eles sabem o que funciona melhor para seu filho;
- Favorecer oportunidades para movimentos monitorados, como ida a secretaria, levantar para apontar o lápis, levar um bilhete a outro professor;
- Recompensar os esforços;
- Favorecer freqüentemente contato aluno/professor, isto permite um controle extra sobre a criança com TDAH;
- Colocar limites claros e objetivos.

### **4.3 A Aprendizagem e o Brincar de Crianças com TDAH**

As atividades lúdicas, além de facilitarem a aprendizagem, atendem a determinados interesses e necessidades sociais, pois favorecem a socialização e a cooperação entre os alunos. A escola deve promover situações significativas de aprendizagem, propondo atividades desafiadoras que possibilitem a construção de conhecimentos, dando oportunidades ao aluno de ser mais criativo, participativo e ativo, tornando-se um ser com iniciativa pessoal e autonomia, levando-o a adquirir atitudes de respeito mútuo, dignidade e solidariedade.

Para isso, faz-se necessário que o professor elabore aulas interessantes e diversificadas, saindo da rotina e que explorem diferentes habilidades nos educandos, o que trará benefícios significativos para suas vidas.

Segundo Barros (2002), no que se refere ao lúdico, sabe-se que o comportamento da criança hiperativa, em relação às crianças normais, se mostra muito deficitário devido à grande dificuldade de atenção, concentração e impulsividade causada pelo o distúrbio, portanto ao utilizar os jogos como estratégias pedagógicas devem levar em considerações as características da criança com TDAH, bem como as condições sob as quais deverá realizar as atividades, objetivando auxiliar o aluno a desenvolver as habilidades necessárias para um desempenho social, emocional e cognitivo.

Ainda segundo Barros (2002), a hiperatividade dificulta o desenvolvimento de um comportamento social adequado em uma criança hiperativa e através dos jogos ela pode aprimorar seu senso de respeito às normas grupais e sociais. Lopes (2000), psicopedagoga clínica, relata resultados positivos que vivenciou em sua clínica através de confecção e aplicação de jogos no tratamento de crianças hiperativas.

Essas crianças foram encaminhadas pela instituição escolar com queixas de hiperatividade e dificuldade em acompanhar o desenvolvimento geral da classe. Em relação aos aspectos comportamentais, apresentavam um nível de ansiedade muito alto e dificuldades em concentração, coordenação viso-motora e aceitação de regras. Após adotar trabalho pedagógico com as crianças mencionadas, os resultados começaram a parecer a cada sessão. Ao final do trabalho a autora pôde perceber que, a partir da vivência com jogos, as crianças criaram novos hábitos e desenvolveram potencialidades e habilidades.

O jogo é uma ferramenta criativa, atraente e interativa que auxiliará o professor a minimizar os problemas de desatenção e de comportamento social nas crianças hiperativas, melhorando assim a aprendizagem e o desenvolvimento da criança, pois é através desse ato que a criança reproduz experimentações e vivências que percebe do mundo exterior, e, ainda, que pode relacionar-se com outras crianças. Ele também destacou que o brincar nem sempre é considerado uma atividade que dá prazer à criança, mas que outras atividades também poderá ser prazerosa.

De acordo com Vygotsky (2004), a aprendizagem é um processo social. É possibilitada através das áreas de desenvolvimento proximal, isto é, da distância entre a zona de desenvolvimento real, que se costuma determinar através das soluções independentes de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, ou seja, aquilo que a criança ainda não sabe, mas que pode aprender.

A zona de desenvolvimento proximal pode ser ilustrada através daquilo que a criança faz hoje com auxílio de adultos ou mesmo de crianças mais hábeis, mas que amanhã poderá fazer por si mesma. Tendo-se por norte a afirmação de Vygotsky (2004) no sentido de que, no processo de aprendizagem e desenvolvimento, para cada passo que a criança dá adiante no aprendizado, são dois passos que ela avança no desenvolvimento, é inegável que cresce em importância a atuação do professor nesse processo.

De fato, cabe a ele estimular constantemente a atenção da criança com TDAH, para que a mesma não se perca a qualquer novo estímulo do ambiente. Para possibilitar que a criança fixe atenção em um único brinquedo ou brincadeira por um tempo suficiente para o máximo aproveitamento daquela experimentação, com uma melhor interação com aquele objeto e mesmo com os colegas. Assim pode conseguir também aproximação aos demais. Relacionar-se com os colegas é estar em ambiente proximal, aproveitar os modelos, orientações e mesmo a afetividade com os pares. Vygotsky (1991) destacou a importância do brincar para os processos de aprendizagem e desenvolvimento da criança, pois é através desse ato que a criança reproduz experimentações e vivências que percebe do mundo exterior, e, ainda, que pode relacionar-se com outras crianças.

Ele também destacou que o brincar nem sempre é considerado uma atividade que dá prazer à criança, já que outras atividades dão experiências de prazer muito mais intensas do que o brincar como, por exemplo, o chupar chupeta, mesmo que a criança não se sacie com a mesma. No entanto, o ato de brincar é de suma importância no desenvolvimento e aprendizado da criança.



## **5. METODOLOGIA**

Trata-se de uma Pesquisa Qualitativa, de caráter exploratório, realizada através de pesquisa bibliográfica, com base em livros e artigos científicos acerca do tema Educação Inclusiva e, mais especificamente, sobre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

A seleção dos autores e dos materiais utilizados ocorreu com base no interesse temático. Com isso, este artigo de pesquisa, tem a finalidade de conhecer teoricamente as características desse transtorno.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no levantamento bibliográfico e informações adquiridas, foi possível identificar que o TDAH é bastante comum na atualidade, e que está sendo levado a sério pelas autoridades, educadores e profissionais da saúde, e por intermédio de estudos realizados, hoje sabemos que pode-se identificar o TDAH precocemente, através da avaliação do comportamento da criança, assim possibilitando o tratamento adequado para cada caso específico.

A partir desse estudo, foi possível compreender que as pessoas com TDAH passam boa parte de sua vida sendo consideradas incapazes, tendo sua auto-estima rebaixada e apresentam dificuldades em relacionar-se socialmente. São agitadas em demasia, concentram-se pouco e sua paciência é limitada. Crianças com TDAH estão sujeitas ao fracasso escolar, a dificuldades emocionais, são impopulares com as outras crianças.

Foi possível verificar que além das técnicas já existentes para o tratamento deste transtorno como a psicoterapia, existe hoje novos tratamentos como neurofeedback que são tratamentos que permitem normalizar as alterações cerebrais típicas do TDAH – a hipofunção das áreas pré-frontais do córtex cerebral.

Espera-se que, os resultados deste estudo, contribua para instigar os profissionais da educação e áreas afins, a ampliarem seus conhecimentos e práticas utilizadas junto aos portadores do TDAH, de forma que possibilitem explorar o desenvolvimento das potencialidades das crianças portadoras desse transtorno, a fim de podermos ver a educação alavancar em termos, não só de acesso, mas de permanência e sucesso na aprendizagem de TODOS os educandos.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, P. Déficit de atenção. **Revista Nova Escola**. 2004, nº 172, p. 28 – 29.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. Ed. Artmed, Porto Alegre 2000.

BARROS, J. M. **Gramático: Jogo Infantil e Hiperatividade**. Rio de Janeiro: Sprint, 2002.

BORGES, S. M. C. **Há um Fogo Queimando em mim: as representações sociais da criança hiperativa**. UFC. Fortaleza, 1997.

BOSSA, Nadia A. **A psicopedagogia no Brasil**. Contribuições a partir da prática. Porto Alegre, Artes Médicas, 2000.

BREINIS, P. **Hiperatividade: um distúrbio infantil a ser tratado**. Disponível em <http://www.aomestre.com.br>. Acesso em: 08/06/2014.

BROMBERG, M.C. **TDAH e a Escola**. Disponível em: <http://www.hiperatividade.com.br>. Acesso em: 08/06/2014.

FERNÁNDEZ, A. **O saber em jogo**. A psicopedagogia proporcionando autorias de pensamento. Porto Alegre, Artmed, 2001.

GENTILE, P. Indisciplinado ou hiperativo? **Revista Nova Escola**. Disponível em: <http://www.novaescola.com.br>. Acesso: 07/07/2014.

GOLDSTEIN, S. M. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. 2ª ed. Papyrus. São Paulo, 1996.

GOLDSTEIN, S. M.. Compreensão, Avaliação e Atuação. In: **I Conferência Internacional do Déficit de Atenção e Hiperatividade**. São Paulo, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Editora Arte Médicas; 1993.