



**Eixo IX**  
**2010/2**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM PEDAGOGIA - LICENCIATURA**

**SANDRA APARECIDA DA SILVEIRA COSTA**

**Um Desafio de Inclusão para Professores: Alunos com  
Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**

**PORTO ALEGRE**

**2010**

**SANDRA APARECIDA DA SILVEIRA COSTA**

**Um Desafio de Inclusão para Professores: Alunos com  
Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Licenciado em Pedagogia, pela Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – FACHED/UFRGS.

**Orientadora: Profa. Natália Gil**

**Tutora: Profa. Márcia Maciel de Campos**

**PORTO ALEGRE**

**2010**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
Reitor: Prof. Carlos Alexandre Netto  
Vice-Reitor: Prof. Rui Vicente Oppermann  
Pró-Reitora de Graduação: Profa. Valquiria Link Bassani  
Diretora Faculdade de Educação: Prof. Johannes Doll  
Coordenadoras do Curso de Graduação em Pedagogia – Licenciatura na  
modalidade a distância/PEAD: Profas. Rosane Aragón de Nevado e  
Marie Jane Soares Carvalho

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou toda esta minha caminhada. Ao meu esposo, que em todos os momentos me apoiou e me deu força, de uma forma especial e carinhosa, principalmente nos momentos de dificuldades.

Agradeço as minhas filhas, Francielle e Thainá, que me deram a maior força para conquistar meu objetivo. Agradeço aos meus pais, Nely e Terezinha (*in memorian*), aos quais rezo todas as noites, tenho certeza de que onde quer que estejam estão me protegendo.

Aos meus irmãos, sobrinhos, afilhados, cunhadas e cunhados, obrigada pelo constante incentivo em todos os projetos de minha vida. Agradeço às colegas Fátima, Verônica, Zélia e a irmã Cátia, que juntas criamos um grupo de estudos, dando força e coragem uma às outras para concluir esta graduação.

Aos professores, e em especial à professora Natália e à tutora Márcia, pelas orientações, pelo carinho e a dedicação de compartilharem comigo seus conhecimentos.

A todos da Escola Municipal de Ensino Fundamental Ivete Serafini, que colaboram com meu estágio e a realização desta pesquisa.

E, a todas as pessoas, que de alguma forma se fizeram presentes nessa jornada.

## RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno caracterizado pela presença de um desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, os impulsos e a atividade motora. O trabalho que aqui apresento, de cunho qualitativo, foi realizado através da pesquisa do referencial teórico disponível, que trata do TDAH.

O mesmo contou, ainda, com um trabalho de campo desenvolvido durante o estágio docente, no qual vivenciei na prática essa dificuldade que ora apresento neste TCC como um estudo de caso. Foram analisados dados referentes aos questionários e observações realizadas com cinco professores, um orientador educacional e uma mãe de aluno de uma escola pública municipal de Gravataí, na região metropolitana de Porto Alegre. Situa-se num bairro de classe média baixa, atendendo em torno de 350 alunos, da pré-escola até a 8ª série.

A pesquisa teve por objetivo proporcionar uma reflexão ampla sobre as dificuldades de inclusão escolar a partir da experiência do professor e contribuir para a superação dos desafios da inclusão na escola regular dos alunos com TDAH, enfrentados pelo aluno, sua família e pela comunidade escolar.

Sabendo que os professores sentem-se angustiados diante de um diagnóstico de TDHA, sendo que o mesmo deve ser feito por alguém que tenha conhecimento da evolução do desenvolvimento da criança, pois este é um diagnóstico dimensional (sintomas de atenção, hiperatividade x impulsividade), devendo sim ser avaliado dentro de uma escala dimensional, o quanto está trazendo de prejuízo para a criança, questiona-se: Como reconhecer a criança portadora TDAH? Como ajudá-la a superar suas dificuldades de aprendizagem? Como auxiliar na inclusão escolar e familiar melhorando assim sua qualidade de vida?

A pesquisa bibliográfica consta do conceito do TDAH, histórico, quadro sintomatológico, tipos de TDAH, diagnóstico, possíveis fatores causais e o

tratamento desse transtorno. Busca-se através da pesquisa bibliográfica informar e qualificar o trabalho pedagógico do educador e, através dele, auxiliar a família para lidar com os alunos portadores deste transtorno visando melhorar seu desempenho escolar.

Observou-se durante a pesquisa bibliográfica o relevante papel do professor em aprofundar seus conhecimentos sobre o TDAH e se instrumentalizar, a fim de poder reconhecer as possibilidades e os limites desses alunos.

A compreensão do fenômeno TDAH é importante para que a escola e o professor tenham uma visão sistêmica do processo ensino-aprendizagem no qual este aluno está inserido, auxiliando o pleno desenvolvimento da aprendizagem das crianças portadoras do TDAH e a sua inclusão e aceitação pela comunidade escolar.

Os professores tornam-se elos importantíssimos para as crianças com TDAH, pois é através das estratégias e do alto comprometimento com o ensino que o professor promove a auto-estima dos alunos, estimulando a confiança e satisfação perante suas conquistas.

Ser educador nos dias de hoje não é mais difícil nem mais fácil do que era há algum tempo atrás, é diferente. Diante da velocidade em que o mundo vem mudando, o nosso papel de educador vem se transformando. Ser professor hoje é viver intensamente o seu tempo, com consciência e sensibilidade. Por isso somos imprescindíveis, tornando-nos os parceiros mais importantes no movimento da construção de um novo modelo de Educação.

**Palavras-Chave:** EDUCAÇÃO, INCLUSÃO ESCOLAR, TDAH.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>1. TRANSTORNO DO TDAH .....</b>	<b>10</b>
1.1 Definição.....	10
1.2 Histórico.....	11
1.3 Características do TDAH.....	12
1.4 Tipos de TDAH.....	14
1.5 Como identificar um aluno com TDAH.....	15
1.6 Possíveis Causas do TDAH.....	16
1.7 Tratamento.....	20
<b>2. TDAH NO CONTEXTO ESCOLAR .....</b>	<b>23</b>
2.1. Comportamentos comuns à criança portadora de TDAH na escola.....	23
2.2 As Implicações do TDAH no processo de ensino-aprendizagem.....	24
2.3. Como os professores podem trabalhar com alunos com TDAH.....	27
2.4. Como a família pode auxiliar filhos com TDAH em suas relações interpessoais e seu desenvolvimento escolar.....	28
2.5. Como a Família deve Proceder para Auxiliar o Portador de TDAH em suas Relações Interpessoais.....	31
<b>3. Análise de Dados .....</b>	<b>35</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>44</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>48</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>50</b>

## INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso concentra a atenção em compreender o desafio de inclusão para professores com alunos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), capacidade esta atualmente imprescindível a todo educador no contexto escolar, uma vez que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, diz “todas as crianças, sempre que possível, devem aprender juntas, independente de suas dificuldades e diferenças”, partindo da convicção de que “todos os educandos são capazes de aprender”.

O TDAH é um transtorno caracterizado pela presença de um desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, os impulsos e atividade motora. Assim, o processo ensino-aprendizagem de crianças com TDAH se torna mais fácil e eficiente quando o professor tem condições de reconhecer o problema e sabe como trabalhar com essas crianças.

Nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), em seu capítulo sobre diversidade, na página 63, aparece:

[...] a atuação do professor em sala de aula deve levar em conta fatores sociais, culturais e a história educativa de cada aluno, como também características pessoais de déficit sensorial, motor ou psíquico ou de superdotação intelectual. Deve-se dar especial atenção ao aluno que demonstrar a necessidade de resgatar a auto-estima. Trata-se de garantir condições de aprendizagem a todos os alunos seja por meio de incrementos ou de medidas extras que atendam as necessidades individuais.

O interesse por essa temática surgiu a partir da vivência que estou tendo com um aluno que sofre com o TDAH e epilepsia. Assim, torna-se indispensável esta pesquisa, pois é através dela que pretendo encontrar maneiras de lidar com este transtorno, bem como encontrar novas técnicas e métodos para conseguir com que o aluno com este transtorno alcance os objetivos propostos durante o ano letivo.



Através do presente estudo e dos elementos a serem analisados será permitido uma forma alternativa e informativa para auxiliar o educador na sua ação pedagógica junto ao aluno hiperativo, ressaltando também a importância do papel da escola na vida do portador de TDAH, estimulando a sua auto-estima e ajudando-o a encontrar o equilíbrio ao longo do seu tratamento multidisciplinar, ou seja, um tratamento realizado por uma equipe em comunhão: pais, escola, médicos e terapeutas, tendo em vista que o problema tratado foi que a criança hiperativa, em sala de aula, exige uma maior atenção por parte do professor.

Toda esta problemática no contexto escolar poderá ser ameaçada diante desta situação problema se não se for à busca de uma investigação mais detalhada dos conflitos vivenciados pelo portador de TDAH e por aqueles que o cercam. Quanto mais informações o educador obtiver acerca do transtorno, melhor para a criança e para o sucesso de toda a comunidade que o cerca.

Para verificar esta hipótese (reconhecer os sintomas do TDAH, conhecer o perfil destes alunos, familiares e dos educandos que atendem esta demanda estudando alternativas de atingi-los) optou-se por realizar um estudo de caso de um aluno que frequenta a escola na qual estagiei. A ideia é também demonstrar que todos de certa maneira se encontram envolvidos com a problemática do TDAH: pais, educadores, entre outros.

A pesquisa junto aos sujeitos mencionados tem por objetivos: facilitar o convívio aluno-professor diante de um quadro de hiperatividade, permitir ao educador a identificação das características do comportamento do hiperativo, encontrar a forma correta para auxiliar a criança hiperativa, permitir ao professor distinguir um comportamento hiperativo de outro distúrbio de atenção, conscientizar os pais a lidarem com o problema do filho hiperativo de um modo mais adequado tornando-os parceiros do professor e analisar a razão de um mau rendimento escolar do hiperativo, tendo em vista que o nível intelectual deles, na maioria das vezes, apresenta-se normal.

Para realização dessa pesquisa qualitativa, foi utilizada uma coleta de dados com os seguintes instrumentos: a análise de conteúdos onde vários

livros e revistas foram consultados, bem como sites da internet, registros sistemáticos da observação direta deste aluno dentro da sala de aula, aplicação de questionário individualmente com professores, orientador da escola e com a família desta criança.

Tal esforço se justifica pela importância do tema, visto que ele poderá dar suporte ao professor para reconheça o portador deste transtorno, evitando confundi-lo com uma criança indisciplinada, desatenta ou desmotivada, traçando estratégias que favoreçam a sua integração na escola e na família, identificando o problema.

Por fim, cabe enfatizar que tal temática vem sendo amplamente estudada na área educacional, onde o contexto escolar poderá ser ameaçado porque muitas vezes o professor leigo deste transtorno, age de maneira inadequada diante desta “situação problema”. Portanto, é necessário que os sujeitos envolvidos no contexto escolar, tenham acesso às informações e preparo para lidar com os conflitos vivenciados pelo portador de TDAH e por aqueles que o cercam. Quanto mais informações e educação acerca do transtorno, melhor será o resultado do ensino-aprendizagem bem como a vida destas crianças em seu cotidiano escolar.

# 1. TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

## 1.1 Definição

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) publicado em 1995, define Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) como um padrão persistente de desatenção e hiperatividade/impulsividade, que é mais frequente e grave do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento e deve causar prejuízo significativo antes dos sete anos, em pelo menos dois contextos, como casa, escola ou trabalho.

No entanto, HALLOWELL e RATEY (1999) para definir o TDHA utilizam a expressão Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA) e o definem como sendo uma síndrome neurológica, na qual a clássica tríade de sintomas que a define inclui a impulsividade, falta de concentração e hiperatividade ou excesso de energia. Segundo os mesmos, costumava-se pensar que esse era um distúrbio exclusivo da infância e que seria superado no decorrer da adolescência. Hoje se sabe que apenas um terço da população com DDA a supera; dois terços a apresentam por toda a vida.

Os autores acima, ressaltam ainda que o DDA não é uma dificuldade específica de aprendizagem, ou desordem de linguagem, ou dislexia. Também não está associado à baixa inteligência; na verdade, muitas pessoas que têm DDA são bastante inteligentes. O que acontece é que essa inteligência fica “emaranhada” no interior da mente.

De acordo com ROHDE, MATTOS & COLS (2003), o transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um distúrbio do neurodesenvolvimento bastante comum e se caracteriza por dificuldade em manter a atenção, inquietude acentuada (por vezes hiperatividade) e impulsividade que se apresentam inicialmente na infância, e que se manifestam em diferentes contextos, provocando prejuízos funcionais na vida do indivíduo, como dificuldades acadêmicas e ocupacionais, problemas nas relações sociais e com

a auto-estima. Ele afirma, ainda, que em muitos casos o transtorno acompanha o indivíduo na vida adulta, embora os sintomas sejam mais brandos quando comparados aos de crianças.

## 1.2 Histórico

De acordo com HALOWELL E RATEY (1999), a forma como os psicólogos e médicos pesquisadores, apoiando-se em insights mútuos desde o século passado, conseguiram chegar tão longe no conhecimento do DDA é uma história fascinante de dedução e persistência. É impossível dizer onde essa história começou. Certamente os sintomas do DDA estão conosco há tanto tempo quanto o registro da história. Entretanto, a história moderna do DDA, a história de trazer tais sintomas para fora do plano da moralidade e da punição e para dentro do plano da ciência e do tratamento, começou em algum momento por volta da virada do século.

Em 1902, George Fredrick Still realizou uma série de palestras no Royal College of Physicians. Nestas palestras, Still falou sobre crianças que eram agressivas:

[...] “inibição à sua própria vontade”, tinham dificuldades de seguir regras, eram desatentas, hiperativas, propensas a acidentes e ameaçadoras a outras crianças devido a atitudes hostis. De acordo com Still, essas crianças tinham um defeito maior crônico “no controle moral”. (STILL *apud* SILVA, 2003, p. 170).

De acordo com Silva (2003):

“Em 1937, Charles Bradley acabou por fazer uma descoberta acidental: as anfetaminas (medicamentos estimulantes do sistema nervoso central) ajudavam crianças hiperativas a se concentrarem melhor. Ele observou que muitas crianças, especialmente aquelas que eram hiperativas e/ou impulsivas, com o uso de anfetaminas apresentavam significativa redução em seus comportamentos tão “perturbadores”. Foi uma descoberta contrária à lógica que acabou por levar ao surgimento do conceito de efeito paradoxal (efeito contrário ao esperado com uso de determinada medicação)”.

Segundo BENCZICK (2000), na década de 40, surgiu a designação Lesão Cerebral Mínima. A utilização deste termo apoiou-se muito nas evidências que demonstravam associações de alterações comportamentais,

principalmente hiperatividade, com lesões do sistema nervoso central, sendo inicialmente definido como um distúrbio neurológico vinculado a uma lesão cerebral.

Já em 1962, a designação foi modificada para "disfunção cerebral mínima", reconhecendo-se que as alterações características da síndrome relacionam-se mais a disfunções em vias nervosas do que propriamente a lesões nas mesmas. Na década de 80, com o resultado de diversas investigações, o DSM-III alterou o termo para Distúrbio do Déficit de Atenção, em que foram ressaltados os aspectos cognitivos da definição da síndrome, principalmente o déficit de atenção e a falta de autocontrole ou impulsividade (BENCZIK, 2000).

Em 1994, o Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais, O DSM-IV, denominou como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, utilizando como critério dois grupos de sintomas de mesmo peso para diagnóstico:

- a) Desatenção
- b) Hiperatividade/impulsividade.

### **1.3. Características**

De acordo com o DSM-IV (1995), a característica essencial do transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento. Alguns sintomas hiperativo-impulsivos que causam prejuízos devem ter estado presentes antes dos 7 anos, mas muitos indivíduos são diagnosticados depois, após a presença dos sintomas por alguns anos.

#### **1.3.1 Sintomas de desatenção**

Os seguintes sintomas fazem parte do grupo de desatenção:

- a) Não prestar atenção a detalhes ou cometer erros por descuidos;

- b) Ter dificuldades para concentrar-se em tarefas e/ ou jogos;
- c) Não prestar atenção ao que lhe é dito (“estar no mundo da lua”);
- d) Ter dificuldade em seguir regras e instruções e/ou não terminar o que começa;
- e) Ser desorganizado com as tarefas e materiais;
- f) Evitar atividades que exijam um esforço mental continuado;
- g) Perder coisas importantes;
- h) Distrair-se facilmente com coisas que não têm nada a ver com o que está fazendo;
- i) Esquecer compromissos e tarefas.

### **1.3.2 Sintomas de hiperatividade/impulsividade**

Os seguintes sintomas fazem parte do grupo de hiperatividade/impulsividade:

- a) Ficar remexendo as mãos e/ ou os pés quando sentado;
- b) Não parar sentado por muito tempo;
- c) Pular, correr excessivamente em situações inadequadas, ou ter uma sensação interna de inquietude (ter “bicho-carpinteiro por dentro”);
- d) Ser muito barulhento para jogar ou divertir-se;
- e) Ser muito agitado (“a mil por hora”, “ou um foguete”);
- f) Falar demais;
- g) Responder às perguntas antes de terem sido terminadas;
- h) Ter dificuldade de esperar a vez;
- i) Intrometer-se em conversas ou jogos dos outros.

Fazendo uma reflexão sobre os sintomas que caracterizam o TDAH, penso que meu aluno apresenta alguns destes sintomas listados, as pesquisas vem mostrando que são necessários pelo menos seis dos sintomas de

desatenção e / ou seis dos de hiperatividade/impulsividade para que se possa pensar na possibilidade do diagnóstico de TDAH.

#### **1.4 Tipos de TDAH**

ROHDE e BENCZIK (1999) subdividem o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade da seguinte forma:

##### ***1.4.1-TDAH Com Predomínio de Sintomas de Desatenção***

As crianças que apresentam este tipo de TDAH têm muitos sintomas de desatenção (pelo menos seis sintomas) e não apresentam ou têm poucos sintomas de hiperatividade/impulsividade (menos de seis sintomas). Este tipo parece ser mais comum em meninas e estar associado a maiores dificuldades de aprendizagem.

##### ***1.4.2- TDAH Com Predomínio de Sintomas de Hiperatividade Impulsividade***

As crianças que apresentam este tipo de TDAH têm, ao contrário, muitos sintomas de hiperatividade/impulsividade (pelo menos seis sintomas) e não apresentam ou têm poucos sintomas de desatenção (menos de seis). Este tipo parece ser mais comum em crianças menores e estar associado a maiores dificuldades de relacionamento com os amigos e colegas e a mais problemas de comportamento.

##### ***1.4.3 - TDAH Combinado***

As crianças que apresentam este tipo de TDAH têm, ao mesmo tempo, muitos sintomas de desatenção e de hiperatividade/impulsividade (seis sintomas relacionados com a desatenção quanto com a hiperatividade/impulsividade). Este tipo parece estar associado a prejuízos globais maiores na vida da criança.

## 1.5 Como identificar um aluno com TDAH

De acordo com o DSM-IV (1995), na infância pode ser difícil distinguir entre os sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e comportamentos apropriados à idade em crianças ativas como correrias e barulho excessivo. Para o diagnóstico de TDAH, ROHDE e BENCZIK (1999) afirmam que é fundamental que os sintomas sejam mal-adaptativos e inconsistentes com o nível de desenvolvimento esperado para a idade da criança e do adolescente.

Portanto, são de extrema relevância o conhecimento profundo do desenvolvimento normal de crianças e adolescentes, para a diferenciação entre o normal e o patológico. Por exemplo, crianças menores de sete anos são geralmente bastante ativas. É muito difícil a diferenciação entre hiperatividade como sintoma e atividade intensa como parte do desenvolvimento normal.

Segundo o DSM-IV (1995), a desatenção em sala de aula pode também ocorrer quando crianças com alta inteligência são colocadas em ambientes escolares pouco estimuladores. O mesmo refere-se ainda a indivíduos com comportamentos desafiadores que resistem ao trabalho ou tarefas escolares que exigem autodedicação, em razão da relutância em conformar-se às exigências dos outros.

O diagnóstico para TDAH é clínico, sendo que, a maioria dos pais quer um diagnóstico complementar, não se conformando com a falta de exames como de sangue, ou através de um eletro, recursos disponíveis para a grande maioria das doenças.

ROHDE e BENCZIK (1999, p.42) afirmam que:

[...] para se pensar no diagnóstico de TDAH é necessária a presença de sintomas em pelo menos dois ambientes diferentes. Por exemplo, em crianças e adolescentes na escola e em casa. Assim, diminuímos a chance de considerar que uma criança que apresenta desatenção e hiperatividade apenas na escola devido à inadequação dos métodos de ensino, ou que apresente tais sintomas apenas em casa devido a dificuldades no relacionamento familiar, seja erradamente diagnosticada como portadora de TDAH.

Este diagnóstico deve ser feito por alguém que tenha conhecimento da evolução do desenvolvimento da criança, pois este é um diagnóstico



dimensional (sintomas de atenção, hiperatividade x impulsividade), devendo sim ser avaliado dentro de uma escala dimensional, o quanto está trazendo de prejuízo para a criança. É normal a criança que tem um pouco de desatenção, até porque nenhuma criança fica totalmente concentrada e quietinha durante muito tempo, mas isso não quer dizer que seja uma anormalidade, pelo contrário é perfeitamente esperado.

## **1.6 Possíveis Fatores Causais do TDAH**

Apesar do grande número de estudos já realizados, as causas precisas do TDAH ainda são desconhecidas. Entretanto, a influência de fatores genéticos e ambientais no seu desenvolvimento é amplamente aceita na literatura. Dentre as possíveis causas do transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade podemos destacar:

### ***Hereditariedade***

Segundo ROHDE e BENCZIK (1999), estudos realizados em famílias de crianças e adolescentes com TDAH, bem como gêmeos, têm indicado significativa participação de um componente genético na gênese do transtorno.

### ***Alterações Estruturais e Funcionais***

Segundo SILVA (2003), os indícios mais fortes de que o Distúrbio do Déficit de Atenção apresenta uma alteração na estrutura cerebral de seus portadores vêm dos inúmeros estudos realizados por meio de exames de neuroimagem. Essa categoria de exames visa obter imagens que mostrem o funcionamento do cérebro e não só sua imagem estática. Esses exames referem-se a tomografias realizadas por emissão de pósitrons, que podem visualizar tanto a estrutura, como a atividade das regiões cerebrais, em determinado momento.

O lobo frontal é o principal responsável pela ação reguladora do comportamento do ser humano, podemos avaliar que o seu hipofuncionamento está diretamente ligado às alterações funcionais apresentadas no Distúrbio do Déficit de Atenção em determinado momento.

As conclusões desses estudos foram unânimes em descrever uma hipoperfusão cerebral localizada mais significativamente na região pré-frontal e pré-motora (parietal) do cérebro. Essa hipoperfusão significa que a região frontal, nas pessoas com DDA, recebe um menor aporte sanguíneo.

Silva (2003) ainda nos coloca que, em última análise, conclui-se que a ação reguladora do comportamento humano é feita pelo lobo frontal, que exerce uma série de funções de caráter inibitório, cabendo a ele puxar o freio de mão do cérebro humano no que diz respeito aos seus pensamentos, impulsos e velocidade de suas atividades físicas e mentais.

No entanto, não se pode esquecer que todas as regiões interligam-se, formando uma grande rede de informações que constitui a base do comportamento humano. Essas informações são passadas de neurônio a neurônios, de regiões a regiões, pelos neurotransmissores que irão determinar a ativação ou inibição destas, modulando assim o agir dos indivíduos.

No caso específico do DDA, os neurotransmissores mais participativos, nesse processo de desregulação no funcionamento do lobo frontal, seriam as catecolaminas, que incluem a noradrenalina (neurotransmissor excitatório) e a dopamina (neurotransmissor inibitório). A serotonina, estrela na bioquímica da Depressão, parece ter seu papel de coadjuvante nessa dança tão complexa que ocorre nos cérebros de pessoas com DDA.

Só o tempo poderá nos dizer, com suas verdades inevitáveis, o papel de cada neurotransmissor nessa orquestra do DDA; entretanto os “sinais” de que se dispõe hoje, dão a certeza de que os sistemas neuroquímicos (da química cerebral) encontram-se alterados nas pessoas com DDA e nisto reside a origem do problema (Silva, 2003).

### ***Substâncias ingeridas na gravidez***

Para BENCZIK (2002), a nicotina e o álcool, quando ingeridos durante a gravidez, podem causar alterações em algumas partes do cérebro do bebê, incluindo a região frontal orbital. Pesquisas indicam que mães alcoolistas têm mais chance de terem filhos com problemas de hiperatividade e desatenção. É

importante lembrar que muitos desses estudos nos mostram uma associação entre fatores, mas não mostram uma relação de causa e efeito.

### ***Fatores ambientais***

BENCZIK (2002) refere que estudos mostram que mulheres que tiveram problemas no parto, que acabaram causando sofrimento fetal, tinham mais chance de terem filhos com TDAH. A relação de causa não é clara. Talvez mães com TDAH sejam mais descuidadas e assim possam estar mais predispostas a problemas na gravidez e no parto, além da carga genética também ter influência.

ROHDE e BENCZIK (1999) apontam que um problema durante o parto poderia funcionar como um “gatilho ambiental” que desencadearia os sintomas do TDAH em quem já tivesse vulnerabilidade genética.

Para Silva (2003), além da hipótese genética, a ocorrência do DDA está muitas vezes correlacionada a complicações durante a gravidez e no parto, inclusive com relatos de traumatismos neonatais. Nesse aspecto, as alterações encontradas nos sistemas dopaminérgicos, serotoninérgicos e outros eventuais neurotransmissores não seriam provocadas por registros individuais herdados de seus antepassados (origem genética), e sim por acidentes ocorridos durante o período gestacional ou posterior a este.

Como exemplo dessa situação, podem-se citar: privação de oxigenação suficiente pré e pós-natal, traumas obstétricos, rubéola intra-uterina e outras infecções, encefalite e meningite pós-natal, traumatismo crânio encefálico, deficiência nutricional e exposição a toxinas.

### ***Exposição ao Chumbo***

Níveis altos de chumbo no organismo podem causar alguns casos de TDAH, pois a exposição ao mesmo em níveis moderados a altos, lesa o tecido cerebral. Portanto, o chumbo é uma toxina para o cérebro, assim como o álcool e a nicotina, devendo ser, portanto, encarado como causa potencial de desatenção, hiperatividade, ou mesmo TDAH clinicamente manifestado em alguns casos.

## ***Problemas familiares***

De acordo com ROHDE e BENCZIK (1999), problemas familiares, especialmente um estilo parental muito permissivo, seriam causadores do TDAH. Estudos recentes indicam que o estilo parental (forma de educar os filhos) pode ser consequência e não causa do transtorno. Algumas características familiares determinam maior gravidade ou persistência para os sintomas do transtorno. Tais características familiares englobam: funcionamento familiar caótico; alto grau de discórdia conjugal; baixa instrução materna; famílias com nível sócio-econômico mais baixo; famílias com apenas um dos pais, ou que o pai abandona a família.

Os pais de alguma forma contribuem para a descoberta da razão de existir. É numa estrutura familiar sólida que a criança e o adolescente vão suprir suas necessidades de amor, de valorização de limites e de coerências. Valores que contribuem para o desenvolvimento de habilidades de autodefesa e de auto-afirmação.

Seja qual for a estrutura da família, todas necessitam de responsabilidades que convoque pais (responsáveis) e filhos ao exercício de suas funções. Independente de sua configuração, a família nunca deixará de ser a referência mais importante para o indivíduo. É fundamental considerar que os pais são os principais modelos de identificação dos filhos.

Segundo SILVA (2003), o conhecimento sobre a origem da síndrome do DDA ainda é limitado; por essa razão, deve-se ter a humildade de saber que a chave que abre o funcionamento do DDA, e que talvez não seja única, seria como uma ferramenta capaz de abrir várias portas e deixar passar conteúdos distintos que, “misturados”, em proporções individualizadas, permitiriam a formação das diversas estruturas do DDAs.

Essa visão parece-nos apropriada, uma vez que nenhuma hipótese sobre a origem do funcionamento DDA mostrou-se, por si só, capaz de explicar todos os casos de DDA. Destaca-se ainda o fato de que o estresse provocado por ambientes desestruturados, ou mesmo o aumento de demandas no desempenho pessoal ou social, podem exacerbar em grande escala os

sintomas do DDA, bem como fatores estressantes somados podem alterar a bioquímica de um cérebro geneticamente predisposto e levá-lo a manifestar, em caráter qualitativo, a tríade de sintomas a um tal nível que o indivíduo passaria a apresentar o Distúrbio do Déficit de Atenção de fato, passando a viver a influência cotidiana desse funcionamento(SILVA, 2003, p. 180).

Refere ainda que a genética não se trata de uma fatalidade, mas sim de uma probabilidade, de fato, das mais importantes. No entanto, sua manifestação sofre influências externas que poderão contribuir para que esta seja favorável ou desfavorável à vida do indivíduo.

### **1.7 Tratamento**

O TDAH necessita, segundo BENCZIK (2002), do esforço conjunto de várias pessoas, incluindo a própria criança, os pais e a equipe multidisciplinar (psicólogo, professor, psicopedagogo, fonoaudiólogo, médico), como também de uma combinação de alguns tipos de intervenção. O psicólogo está diante de uma grande tarefa e responsabilidade que é a de minimizar o sofrimento da criança com TDAH, de seus pais e de seus professores. Das intervenções necessárias ao controle do TDAH, podemos citar aquelas que o psicólogo, ou profissional de saúde mental poderá conduzir, entre elas: orientação aos pais, orientação de professores; psicoterapia; psicopedagogia e acompanhamento médico. Daí a importância da permanente parceria família/escola para que sejam minimizados todos e quaisquer fatores que poderão interferir negativamente na vida deste educando.

De acordo com ROHDE e BENCZIK (1999) as crianças e adolescentes com TDAH necessitam, na maioria das vezes, de algum acompanhamento psicoterápico. A decisão do tipo de intervenção a ser utilizada deve ser tomada pelo profissional de saúde mental, que estiver atendendo a criança e sua família. Entretanto, as evidências científicas disponíveis no momento parecem indicar que intervenções que têm como base estratégias cognitivo-comportamentais são fundamentais para o adequado manejo dos sintomas deste transtorno.

Muitas vezes, o TDAH é acompanhado de sintomas de ansiedade, de depressão, de baixa auto-estima. Nesses casos, é importante que o profissional possa lançar mão de estratégias de apoio e de compreensão das dificuldades pelas quais a criança ou o adolescente estejam passando.

O uso de medicações aponta BENCZIK (2002), é provavelmente o tópico mais debatido e publicado em relação ao tratamento do TDAH. Estudos mostram que os estimulantes, os antidepressivos tricíclicos e a clonidina (droga usada para tratar hipertensão em muitos adultos) podem ser de grande ajuda para os pacientes com TDAH. A literatura claramente apresenta os estimulantes como as medicações de primeira escolha para o TDAH. No mercado brasileiro, o único estimulante encontrado é o metilfenidato (Ritalina).

ROHDE e BENCZIK (1999) referem ainda que cerca de, 25 a 30% das crianças e adolescentes com TDAH apresentam problemas de aprendizagem secundários ou associados ao transtorno.

Através das observações feitas na escola percebem-se muito nitidamente esses índices, daí a importância da rapidez no diagnóstico para se dar logo um encaminhamento mais eficiente e com menos perdas para este aluno.

Nesses casos, a intervenção psicopedagógica é fundamental. É importante ressaltar que a maioria dos adolescentes com o transtorno são diagnosticados tardiamente. Logo, já existem lacunas de aprendizagem que necessitam ser abordadas por meio de um trabalho de reconstrução das habilidades e conteúdos. Tal reconstrução deve ser feita por um profissional especializado (psicopedagogo ou fonoaudiólogo), pois o tratamento sintomatológico ou de reforço de conteúdo não resolve as sequelas de aprendizagem que ficaram para trás.

Em conjunto ou após o atendimento psicopedagógico, às vezes, é necessário um acompanhamento pedagógico feito pelo professor que ajude a prevenir novas lacunas na aprendizagem ou mesmo resgatar as já existentes com a orientação do psicopedagogo.

Geralmente aparecem em múltiplos contextos, incluindo a própria casa, a escola, o trabalho ou situações sociais. Para fazer o diagnóstico, algum prejuízo deve estar presente em pelo menos dois contextos. No entanto, é raro um indivíduo apresentar o mesmo nível de disfunção em todos os contextos ou dentro do contexto em todos os momentos. Os sintomas costumam piorar em situações que exijam atenção, ou esforço mental constante, ou que possuam apelos, ou novidades intrínsecas (por exemplo: escutar o professor, realizar deveres escolares, escutar ou ler materiais extensos ou trabalhar em tarefas monótonas e repetitivas).

Os sinais do transtorno podem ser mínimos ou estar ausentes quando os indivíduos se encontram sob um controle rígido, estão em um contexto novo, estão envolvidos em atividades especialmente interessantes, em uma situação a dois como no consultório do médico ou, ainda, enquanto recebem recompensas frequentes por um comportamento apropriado. Os sintomas são mais prováveis em situações de grupo como, por exemplo, no pátio da escola ou na sala de aula. Através do nosso cotidiano percebe-se claramente o exposto, quando levamos para a sala de aula um desafio novo ou quando confeccionamos um jogo diferente, temos o completo envolvimento deles. Em contrapartida, nas atividades rotineiras, este aluno se torna ainda mais distraído e desatento, por isso estes alunos necessitam de um olhar mais individualizado do professor.

## **2. TDAH NO CONTEXTO ESCOLAR**

No ambiente escolar, crianças que apresentam TDAH sofrem muito por não conseguirem obter o mesmo ritmo dos colegas. Elas não conseguem entender por que isto acontece, ficando muitas vezes despercebido seu comportamento, ficando quieto em seu mundo imaginário.

### **2.1 Comportamentos comuns à criança portadora de TDAH na escola**

SILVA (2003, p. 54-56) apresenta um resumo mais específico das características para o TDAH em crianças no contexto escolar:

- Com frequência mexe ou sacode pés e mãos, se remexe no assento, se levanta da cadeira;
- É facilmente distraída por estímulos externos;
- Tem dificuldade de esperar sua vez em brincadeiras ou em situações de grupo;
- Com frequência dispara respostas para perguntas que ainda não foram completadas;
- Tem dificuldades em seguir instruções e ordens;
- Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou mesmo atividades lúdicas;
- Frequentemente muda de uma atividade inacabada para outra;
- Tem dificuldade de brincar em silêncio ou tranquilamente;
- Às vezes fala excessivamente;
- Vive perdendo itens necessários para tarefas ou atividades escolares.

BENCZIK (2002) refere que em idade escolar, a criança mostra uma variedade de comportamentos impulsivos e hiperativos. Na classe, a desatenção predomina, pois a criança, com frequência, parece não estar escutando, parece estar devaneando e/ou preocupada enquanto se contorce ou se move inquietamente em sua cadeira.



A desatenção pode degradar seriamente o desempenho acadêmico da criança, evidenciado por caligrafia desleixada, erros por desatenção e papéis enxovalhados. Em situações de grupo, como na sala de aula, a dificuldade para realizar atividades independentes exerce o maior estresse. O comportamento da criança não apenas interferirá em sua própria atividade, mas também interferirá seriamente nas outras. As atitudes da criança com TDAH são desiguais, imprevisíveis e não reativas às intervenções normais do professor. Isto, muitas vezes, leva a interpretar o comportamento da criança como desobediente. Assim, o professor pressiona ainda mais, tendo como resultado a crescente frustração para ele e para a criança. O comportamento dessas crianças tem um forte impacto sobre o comportamento do professor em relação à classe como um todo.

BENCZIK (2002) refere ainda que devido à grande variabilidade da manifestação dos sintomas, a maioria das crianças em idade escolar não demonstra os sinais do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade em todas as situações. Muitas vezes, os problemas de atenção sem hiperatividade são menos visíveis do que os problemas de controle de impulsos e atividades. As meninas podem apresentar-se com mais rendimento na escola, enquanto os meninos são encaminhados por problemas comportamentais. Tarefas que são sedentárias, repetitivas e que requerem auto-instrução (trabalhos de aula ou deveres de casa) podem produzir os sinais mais intensos do transtorno.

## **2.2 As Implicações do TDAH no processo de ensino-aprendizagem**

Nos dias de hoje são inúmeros os problemas que podem influenciar na aprendizagem de nossos alunos. Entre eles podemos destacar a falta de concentração, impulsividade e a hiperatividade. Muitas vezes estas crianças que apresentam estes sintomas são taxadas como: preguiçosas, agressivas e indisciplinadas por seus pais, familiares e educadores. Na escola não conseguem assimilar as atividades propostas pela professora e em casa não conseguem manter a ordem, trazendo assim uma grande preocupação para professores e pais. Na verdade estas crianças sofrem por não ter controle

sobre si mesmos e nem mesmo sabem por que são tão agitadas, desatentas e agressivas.

Sabe-se que o TDAH tem um grande impacto no desenvolvimento educacional da criança. Cada professor conhece as dificuldades de aprendizagem de cada um de seus alunos. Sabemos que existem várias maneiras que o professor pode intervir positivamente na aprendizagem dos mesmos, basta que o professor sabia que o TDAH não afeta somente o comportamento do educando e sim afeta muito sua capacidade de aprendizagem. Assim, a escola necessita assumir o papel de organizar formas que favoreçam ao máximo a aprendizagem.

Segundo BENCZIK (2002), cerca de 20% a 30% das crianças com TDAH apresentam dificuldades específicas que interferem na sua capacidade de aprender. A criança pode ser identificada como tendo pouca motivação ou com dificuldade para aprender. Frequentemente, a criança hiperativa tem dificuldades em termos de conteúdo teórico.

Várias são as observações feitas pelos professores com crianças que apresentam sintomas de TDAH. Uma delas é não conseguir realizar o mesmo que outras crianças fazem, obtendo assim nas mesmas atividades notas menores e sendo a repetência mais freqüente. Outra observação mais comum pelos educadores é que a criança com TDAH parece estar frequentemente “sonhando acordada”. Muitas crianças têm problemas de comportamento ou emocionais na escola. Esses problemas, geralmente, se desenvolvem em resposta a fracassos frequentes e repetidos.

As dificuldades para fazer contas e com as operações básicas da adição, subtração, multiplicação e divisão podem aparecer. Muitos desses erros estão associados à dificuldade de prestar atenção e reter informações específicas em virtude da dificuldade de manter a atenção e de organizar informações verbais. Também a velocidade para realizar cálculos pode ser lenta. Por serem desatentas e impulsivas, em alguma situação em que manter o autocontrole e os esforços são cruciais para o sucesso, como na escola, isso pode ser desastroso para essas crianças. Assim, crianças com TDAH são mais

suscetíveis a apresentar deficiências de aprendizagem (DA). Entre 20% e 30% de crianças com TDAH apresentam ao menos um tipo de DA, em matemática, leitura ou ortografia. Desse modo, crianças que têm o TDAH no ensino regular podem correr o risco de fracasso escolar maior do que crianças sem dificuldades escolares.

Silva (2003, p. 62 e 63) afirma que o desempenho escolar da criança com DDA é marcado pela instabilidade. Um exame nos boletins escolares ou nos registros dos professores pode ilustrar bem o problema. Em um momento, ela é brilhante. Em outro, inexplicavelmente, não consegue aprender os conteúdos ministrados. Tais momentos tão díspares, muitas vezes, são bastante próximos no tempo. Não é incomum que se alternem de um dia para o outro. A instabilidade de atenção é a causa desse sobe-e-desce no desempenho. Caso a criança seja também hiperativa, o problema pode agravar-se, pois, além da desatenção, a incapacidade de manter-se quieta em sua cadeira a impedirá não só de aprender, como também de conquistar e manter amizades.

Os jogos computadorizados são a mais nova alternativa de tratamento para combater o TDAH. No decorrer do jogo as crianças enfrentam desafios constantes, como lutar com monstros, piratas, cobras venenosa, entre outros, exigindo assim respostas imediatas, contudo previsíveis e coerentes. Outra característica do jogo é reter a atenção de crianças hiperativas e a exigência de muitas tarefas a serem cumpridas em um curto espaço de tempo. Assim poderão ficar mais calmas e atentas se reforçarem certo tipo de atividade elétrica e reduzirem outras atividades.

Assim, acredita-se que a atenção, concentração, a impulsividade e formas leves de hiperatividade podem melhorar, havendo também o progresso na auto-estima da criança, porque ela vê que é capaz de controlar seu comportamento, podendo ser capaz de transferir para a sala de aula esta capacidade de concentração tão esperada pelos professores.

### **2.3. Como os professores podem trabalhar com alunos com TDAH**

Em artigo publicado em 2003, a Revista NOVA ESCOLA sugere como lidar com o aluno portador do TDAH em sala de aula.

- Ao falar com ele, olhe-o nos olhos e leve suas dúvidas em consideração;
- Coloque-o sentado em uma classe próxima a você;
- Sem ferir as regras da escola permita que ele saia da sala em pequenos intervalos de tempo;
- Faça com que participe de atividades físicas;
- Estimule e elogie pequenos avanços, para melhorar sua auto-estima;
- Mantenha o ambiente organizado e sem focos de distração;
- Tenha paciência e simplifique as instruções das atividades;
- Estabeleça regras e limites e repita as diretrizes sempre que possível;

Tendo o diagnóstico o professor terá condições de proporcionar uma grande ajuda ao aluno com TDAH sem prejudicar o andamento da turma. O mesmo terá condições de criar maneiras para facilitar o cotidiano através de observações, relatos etc. Através destas observações o professor poderá estimular a criatividade da criança, elogiando sempre e em qualquer situação, reconhecer possíveis talentos e tentar que o mesmo os desenvolva.

Certamente o professor que procurar estar sempre próximo a este aluno terá um papel imprescindível, tendo condições de avaliá-lo diariamente em tudo aquilo que ele consiga produzir, levantando assim sua auto-estima, estabelecendo combinados, procurando que ele por si próprio consiga criar regras para conseguir realizar suas atividades e sempre reforçando que temos regras e limites a serem cumpridos.

BENCZIK (2002) afirma que de uma maneira genérica, o psicólogo pode sugerir algumas dicas úteis para o professor manejar os sintomas de TDAH em sala de aula, como:

- Monitorar as tarefas, marcando tempo, ajuda a criança a se programar e se orientar dentro de um prazo preestabelecido;
- Ser flexível para lançar mão de uma série de recursos e estratégias de ensino até descobrir o estilo de aprendizagem da criança;
- Dar o conteúdo passo-a-passo, verificando se houve aprendizado a cada etapa;
- Separar o aluno dos pares que estimulam ou encorajam o comportamento inadequado dele;
- Colocar a criança com um par-tutor para que esta tenha um modelo adequado de desempenho e de comportamento, e que ela possa tê-lo como um ponto de referência;
- Envolver-se mais com o aluno para despertar nele a motivação, o interesse e a responsabilidade;
- Olhar nos olhos para “trazê-lo de volta”, isto ajuda a tirar a criança de seu devaneio ou dar-lhe liberdade para fazer uma pergunta ou apenas dar-lhe segurança silenciosamente;

O professor deve considerar que não há uma solução fácil para lidar com a criança com TDAH na sala de aula e tampouco há uma receita pronta para isso. Essas sugestões podem ser mais adequadas às crianças menores, outras às mais velhas, mas, em termos de estrutura da educação e encorajamento, são pertinentes a qualquer um, pois, no meio do barulho existe uma sinfonia, uma sinfonia que precisa ser escrita.

#### **2.4. Como a família pode auxiliar filhos com TDAH em suas relações interpessoais e seu desenvolvimento escolar**

As famílias mostram resistência no diagnóstico de TDAH, e apresentam um grande desconhecimento sobre este transtorno. Alguns pais relatam que muitas vezes quando os filhos querem, conseguem realizar todas as atividades, como: prestar atenção em brincadeiras, realizar as atividades

escolares com interesse, jogar videogame por horas sem sequer pedir ajuda. Alguns ainda relatam que realizavam atividades semelhantes as de seus filhos onde demonstravam hiperatividade e falta de atenção. Com isso, a criança cresce num ambiente sem saber o que está acontecendo de verdade, o porque de tantos castigos, de brigas de seus pais com frequência por sua causa.

Segundo BENCZIK (2002), a partir do momento em que os pais identificam o porquê das atitudes do filho, podem assumir uma postura de compreensão, unindo-se com os profissionais em questão (professores, escola, psicopedagogo etc.) ficando mais fácil ajudá-los. Os pais deverão também ter conhecimento de regras básicas de técnicas de conduta, pois, como vimos, em razão da natureza de seu temperamento, a criança com TDAH apresenta uma coleção e variedade de problemas.

De acordo com SILVA (2003), a criança DDA com frequência é punida com castigos físicos e é comum que seja julgada pejorativamente como mal-educada, insuportável e até mesmo má. Muitas vezes, acaba ouvindo previsões de seu futuro, de como será uma pessoa desagradável e impopular. Como realmente tem dificuldades de controlar seus impulsos e se mete em confusões e desentendimentos em família e com outras crianças, acaba acreditando no que lhe dizem. Esse protótipo de “pestinha” ouve diariamente uma avalanche de “nãos”, “para”, “sai daqui”, “fica quieto”, muito mais que qualquer outra criança. Não é difícil chegar à conclusão de que essa criança sentirá que há algo errado e que ela é um estorvo. Com frequência maior que a média, crianças DDAs, principalmente as mais hiperativas, expressam seu sofrimento e sentimento de rejeição, ora dizendo que irão fugir de casa, ora que são “infelizes” e querem se matar.

Como se não bastasse, a criança DDA também pode ocupar o lugar de “bode expiatório” dessa família, principalmente entre os irmãos. Embora todos reclamem o quanto de aborrecimentos essa criança traz para o meio familiar, crises inexplicáveis poderão surgir em família se começar a ser tratada adequadamente e surgirem resultados positivos. Paradoxalmente, o tratamento

pode até ser boicotado se a sua melhora ameaçar o sistema familiar que encontrou seu ponto de equilíbrio nessa problemática.

Um exemplo claro é o fato de os irmãos se acostumarem na cômoda posição de filhos “normais” e, engenhosamente, colocarem a criança DDA na posição de culpada e causadora de todas as brigas. Mesmo quando ela não for, dar-se-á um jeito e prontamente lá estará ela na posição de ré novamente. E, como é frequente ela causar confusões mesmo, os pais e/ou cuidadores tenderão a pensar dessa forma sem se preocupar com uma investigação mais detalhada dos conflitos.

É comum que, em negociações familiares, os pais oscilem entre uma solução “dura” e uma “suave”. Num dia ou momento eles estarão estabelecendo limites rígidos e propondo punições severas e, no outro dia ou momento, se sentirão insatisfeitos com a posição “dura” e passarão para uma “suave”, que também se mostrará ineficiente.

Por outro lado, também não parece justo acusar impiedosamente os pais e/ou cuidadores e a família por tudo. Imagine o transtorno causado por uma criança que literalmente “risca” as paredes, parece ser incansável e não tem hora nem lugar para brincar ou, então, que vive no mundo da lua. Frequentemente as situações provocadas pela impulsividade ou distração da criança detonam brigas entre outros membros da família. O pai briga com a mãe, o irmão com o pai, a mãe com a avó e todos com a criança! Alguns membros da família são acusados de serem severos demais e outros complacentes.

As famílias têm, geralmente, um tremendo poder tanto para curar como para infligir sofrimento. Se a família tiver interesse em lançar um novo olhar sobre um membro com dificuldades crônicas, se estiver disposta a ajudar em sua cura pode ser mais eficiente que qualquer medicação ou terapia. No entanto, se não estiver disposta a olhar de uma forma diferente para o seu TDAH pode minar qualquer bom tratamento que a pessoa esteja recebendo.

Para que a família use seu considerável poder de cura, tem de estar disposta a aceitar o desafio da mudança. Com educação, informação,

encorajamento e apoio como reforços, a maioria das famílias pode adaptar-se bem. Com menos sofrimento no sistema familiar, a vida em casa pode ser até mesmo divertida.

SILVA (2003) ressalta ainda que o importante é buscar informações sobre o comportamento inadequado da criança, antes de se concluir que ela apresenta “caráter duvidoso” ou que é simplesmente grosseira. Quanto mais informações e educação acerca do transtorno, melhor para a criança e a família.

## **2.5. Como a Família deve Proceder para Auxiliar o Portador de TDAH em suas Relações Interpessoais**

BENCZIK (2002) recomenda à família:

- Reforçar o que há de melhor na criança;
- Manter limites claros e consistentes, lembrando-os frequentemente;
- Organizar e arrumar o ambiente como um meio de otimizar as chances para sucesso e evitar conflitos;
- Preparar a criança para qualquer mudança que altere a sua rotina, como festas, mudanças de escola ou de residência etc;
- Escolher cuidadosamente a escola e a professora para que a criança possa obter sucesso no processo ensino-aprendizagem;
- Manter o ambiente doméstico o mais harmônico e o mais organizado quanto possível;
- Reservar um espaço arejado e bem iluminado para a realização da lição de casa;
- Aprender a controlar a própria impaciência;
- Não sobrecarregar a criança com excesso de atividades extracurriculares;
- Não exigir mais do que a criança pode dar; deve-se considerar a sua idade;



- Não estabelecer comparações entre os filhos. Cada criança apresenta um comportamento diante da mesma situação;
- Procurar conversar sempre com a criança sobre como está se sentindo;
- Dar instruções diretas e claras, uma da cada vez, em um nível que a criança possa corresponder;
- Ensinar à criança a não interromper as suas atividades, tentar finalizar tudo aquilo que começa;
- Manter em casa um sistema de código ou sinal que seja entendido por todos os membros da família;
- Advertir construtivamente o comportamento inadequado, esclarecendo com a criança o que seria mais apropriado e esperado dela naquele momento;
- Usar um sistema de reforço imediato para todo o bom comportamento da criança;
- Estabelecer uma rotina diária clara e consistente (hora de almoço, jantar e dever de casa, por exemplo);
- Priorizar e focalizar o que é mais importante em determinadas situações;
- Ensinar a criança meios para lidar com situações de conflito (pensar, raciocinar, chamar um adulto para intervir, esperar a sua vez);
- Não esperar “perfeição”;
- Ter sempre um tempo disponível para interagir com a criança;
- Incentivar a criança a exercer uma atividade física regular;
- Estimular a independência e a autonomia da criança, considerando a sua idade;
- Estimular a criança a fazer e a manter amizades;
- Incentivar as brincadeiras com jogos de regras, pois além de ajudar a desenvolver a atenção, permitem que a criança organize-se por meio de

regras e limites, e aprenda a participar, ganhando, perdendo ou mesmo empatando.

- Deve sempre lembrar-se aos pais que estes devem ser otimistas, pacientes e persistentes com o filho. Não devem desanimar diante dos possíveis obstáculos.

De acordo com SILVA (2003), a intensidade do desconforto trazido para a família pode ser manejada através de formas específicas de lidar com essas crianças. A criança com DDA pode dar tudo de si e deixar fluir sua criatividade e entusiasmo inatos se for corretamente estimulada.

Mais do que nenhuma outra, a criança DDA responde maravilhosamente bem sob o calor do incentivo, e os elogios e recompensas constantes se constituem no melhor aditivo para a já grande quantidade de combustível com a qual elas foram dotadas. Mas, por outro lado, também mais do que nenhuma outra, a criança DDA murcha e se retrai sob o peso das críticas excessivas e da falta de compreensão, ela pode responder através de um cabisbaixo recolhimento ou pela erupção de comportamentos agressivos e impulsivos.

ROHDE e BENCZIK (1999) afirmam que os pais com frequência se queixam de que o relacionamento com seus filhos que apresentam TDAH é, por vezes, difícil e desgastante. Alguns momentos de relação prazerosa são entrecortados por inúmeros momentos de relação tensa e tumultuada. Embora não existam “receitas prontas”, algumas dicas de manejo podem ser bastante úteis no sentido de aliviar essa tensão.

Antes de tudo, lembre-se que seu filho está tendo certas dificuldades não porque ele é ruim ou teimoso, e sim porque o TDAH leva a criança a agir diferentemente do esperado.

É importante compreender os problemas sociais, escolares familiares que o seu filho enfrenta e estar disposto a auxiliá-lo sempre. Ao mesmo tempo, procure refletir sobre como seu filho pode estar se sentindo quando não consegue corresponder às suas expectativas. De nada adianta exigir mais do que ele pode lhe dar.

O comportamento hiperativo e impulsivo destas crianças leva muitas vezes os pais a reagirem de forma rápida. Isso é particularmente verdadeiro no mundo de hoje, em que as atribuições do dia-a-dia nos tomam muito tempo. Somos estimulados a reagir sem perder tempo. Frente às dificuldades da criança, tente pensar qual é a melhor maneira de lidar. Tomemos como exemplo uma criança que na hora da refeição não para quieta, levanta-se várias vezes da mesa e derruba as coisas frequentemente. Nessa situação, antes de agir, pense nas alternativas de manejo:

- Bater na criança;
- Ameaçar com castigo;
- Xingar;
- Pedir para ela parar quieta;
- Retirar as garrafas e os talheres desnecessários de perto da criança;
- Propor uma recompensa se ela conseguir terminar de comer sentada (por exemplo, você irá assistir televisão ou jogar vídeo game com ela por alguns minutos).

Quanto mais você pensar, mais chance o bom senso tem de prevalecer. Não se esqueça de que você é o modelo de identificação para o seu filho. É difícil pedir para ele pensar antes de agir se você age antes de pensar.

- Use o reforço positivo antes da punição

A experiência clínica com crianças e adolescentes com TDAH tem indicado claramente que elas precisam, mais do que as outras, de constante reforço para que os comportamentos esperados predominem. Mais do que isso, elas respondem melhor ao reforço positivo do que às estratégias punitivas.

Todas as estratégias apresentadas neste capítulo exigem que você se planeje de antemão, visando a reduzir as dificuldades quando o problema se desenvolver. Elas podem, na verdade, ser divertidas de se usar, podem se tornar parte natural de seu comportamento paterno e podem auxiliar seu filho a ser mais feliz e cooperativo socialmente em sua família e com os outros.

### **3. ANÁLISE DOS DADOS**

O estudo de caso é uma estratégia de investigação (pesquisa) que permite realizar uma análise mais aprofundada dos objetos ou sujeitos envolvidos. É um aprofundamento das ideias do que pretendemos analisar, persistindo numa observação mais detalhada de um acontecimento, de um contexto ou de um indivíduo. Necessitando-se assim de uma observação mais detalhada, onde os observadores deverão adequar a parte teórica aos objetivos e recursos que deverão ser utilizados.

Para que aconteça a análise de um estudo de caso devemos observar, algumas características, ou seja, a partir da realidade, analisando os problemas, os conflitos, as situações e os fatos reais. A totalidade, no sentido de refletir e analisar sobre todos os elementos que compõem a realidade do estudo de caso e, por fim, a particularidade, a análise detalhada e minuciosa sobre as situações vivenciadas.

Segundo Alberti (2004), é um método de pesquisa “que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de, ou testemunharam, acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo” (p. 18).

Para realizar o estudo de caso foram analisados dados referentes aos questionários e observações (ver apêndice) realizadas com cinco professores, um orientador educacional e uma mãe de aluno de uma escola pública municipal de Gravataí. A Escola Municipal na qual realizamos a entrevista se localiza na região metropolitana de Porto Alegre. Situa-se num bairro de classe média baixa, atendendo em torno de 350 alunos, da pré escola até a 8ª série. Os alunos desta escola se caracterizam pelo fato da maioria não morar no mesmo bairro da escola, isto é, aproximadamente 80% deles residem em bairros vizinhos, sendo que se deslocam a pé enquanto outros utilizam o transporte coletivo para ir e vir ao colégio.

A cada ano temos desafios e barreiras que precisamos transpor para a eficácia do nosso fazer docente. No meu estágio curricular, vivenciei uma

situação bastante desafiadora com a turma 31, um caso de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Segundo Paulo Freire (1986):

“A educação deve ser integradora, integrando os estudantes e os professores numa criação e recriação do conhecimento comumente partilhado. O conhecimento, atualmente, é produzido longe das salas de aula, por pesquisadores, acadêmicos, escritores de livros didáticos e comissões oficiais de currículo, mas não é criado e recriado pelos estudantes e pelos professores nas salas de aula”.

De acordo com a Política Nacional de Educação (BRASIL, MEC, 1994 p. 18), integração “é um processo dinâmico de participação das pessoas num contexto relacional, legitimando sua interação nos grupos sociais; a integração implica reciprocidade”. A ideia de integração social surgiu no sentido de derrubar a prática da exclusão social a que as pessoas deficientes foram submetidas por vários séculos. A integração plena dessas pessoas passa pela igualdade de oportunidades e de direitos. Com isso, podemos dizer que o processo de integração é como uma estrutura que favorece um ambiente de convívio, o menos restritivo possível, e que oferece oportunidades às pessoas com necessidades educacionais especiais a um processo dinâmico de participação em todos os níveis sociais (SASSAKI, 1997).

A escola vem assumindo um papel relevante no processo de integração das pessoas portadoras de deficiência, onde tenta efetivar, na prática, o Artigo 58 da Lei nº. 9394 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, quando diz que “todas as crianças, sempre que possível, devem aprender juntas, independente de suas dificuldades e diferenças”, partindo da convicção de que “todos os educandos são capazes de aprender”. Alguns exigem apoio adicional, outros uma adaptação, outros ainda equipamentos específicos; são todos recursos fáceis de serem ofertados.

Uma escola inclusiva deve ser o protótipo da escola de qualidade. E, como afirma a educadora Guiomar Nano de Mello, “escola de qualidade é aquela na qual todos entram e todos aprendem”.

Pensando nesta última frase, evidencio que busco incessantemente uma aprendizagem diferenciada para atender as particularidades. Não posso

compará-los com os demais na evolução da sua aprendizagem. Podemos afirmar que estamos aprendendo muito com esta experiência, pois falar em inclusão não é a mesma coisa que vivenciá-la.

A escola inclusiva deve ser a solução para as pessoas com necessidades educativas especiais, uma vez que é a escola a responsável por formar o cidadão “e a ele deve ser dada a oportunidade de obter e manter um nível aceitável de conhecimentos” (Declaração de Salamanca, 1994). Portanto a proposta pedagógica precisa buscar alternativas que possibilitem preparar estas pessoas para exercer sua cidadania com dignidade, bem como “sua inserção no mercado de trabalho” (art. 2º - LDBEN).

Na entrevista realizada com cinco professores da Escola Municipal de Ensino Fundamental Ivete Serafini, pude constatar que os professores entrevistados conhecem o transtorno, referindo-se como sendo um aluno agitado, com falta de concentração, não conseguindo parar quieto e que o mesmo costuma distrair os colegas devido à sua falta de atenção e agitação.

Evidenciei que os mesmos consideram que as escolas não estão preparadas para atender alunos com TDAH, que as mesmas deveriam ter um apoio psicológico (profissional) para encaminhamento dos alunos com suspeitas de TDAH para o devido diagnóstico. Afirmam também que este aluno quando diagnosticado e medicado facilita aprendizagem e a convivência com os demais. Assim torna-se indispensável adotar um procedimento multidisciplinar, para que haja a troca de experiências, chegando-se assim à melhor maneira para juntos ajudarem a criança.

Foi mencionado que as turmas deveriam ter um número menor de alunos para um atendimento mais individualizado, bem como que a maioria das instituições não dispõe de monitores para auxiliarem em sala de aula. Ficou evidente nas respostas a necessidade de formação e reciclagem continuada dos professores referente a este transtorno para assim facilitar o trabalho em sala de aula. A maioria relata desconhecimento sobre o TDAH e dizem os professores entrevistados consideram que obtiveram pouco conhecimento em seus cursos de formação.

Para que o aluno com TDAH consiga ter uma vida escolar tranquila, é necessário que pais e educadores façam parcerias e se conscientizem do problema, aprendendo a lidar com as diferenças para que o aluno possa ser incluído e aceito em sala de aula, conseguindo assim, prosseguir em seus estudos, sendo um cidadão respeitado e atuante como os demais.

Com relação à Orientadora Educacional, a mesma possui conhecimento do tema TDAH, definindo-o como um transtorno que causa déficit de atenção (dificuldades de concentração) ou hiperatividade (constante atividade) ou até mesmo os dois. Relata a entrevistada que sempre teve interesse sobre o assunto, pois é portadora de D.D.A e sabe a dificuldade que um aluno possui para se concentrar. A mesma considera que estamos aprendendo com a diversidade: “Precisamos encontrar maneiras de lidar com elas, mais paciência e ter conhecimento do que podemos fazer para facilitar o processo de ensino aprendizagem.”

Além do mais, a mesma enfatiza que como orientadora educacional procura ler sobre este assunto, propõe formações para os professores e conversa com os pais dos alunos com TDAH no intuito de conhecer o histórico de cada um. Também relata que hoje em dia, apesar de sabermos que muitos profissionais negam (confundem o aluno como indisciplinado ou sem limites) a existência de certos transtornos. Poucos sabem identificar através das características possíveis portadores desse transtorno e não têm segurança em lidar com os mesmos o que dificulta o ensino-aprendizagem.

Na entrevista feita com a mãe, a mesma relatou que sua gravidez foi normal não apresentou nenhuma dificuldade, mas seu parto foi uma cesariana com pré-eclâmpsia (crise de pressão alta), ficando em trabalho de parto por 19 horas. Após o nascimento, seu filho ficou 12 dias na UTI – NEONATAL devido ao fato ocorrido. Aos seis meses de idade começou a frequentar uma creche até a idade da pré-escola, pois a mãe sempre trabalhou fora. Quando ele tinha dois anos os pais se separaram, mais o pai esteve sempre presente, trazendo sempre muitos brinquedos.

Constatei que a mesma descobriu que seu filho apresentava hiperatividade na fase escolar através das professoras e da direção da escola, que a alertaram sobre o que era este transtorno, encaminhando-a para uma psicóloga.

O aluno fez a pré-escola, repetindo duas vezes a 1ª série (nessa fase ele estudava em outra escola pública). Com a repetência a mãe sentiu que ele já estava muito acostumado com o ambiente e apresentando vários problemas, tornando-se diárias as reclamações. Foi quando ela descobriu que seu filho tinha o transtorno, pois as reclamações tornaram-se repetitivas sobre o comportamento inadequado em sala de aula, já que o mesmo não conseguia realizar as atividades propostas e não apresentava interesse nem nas atividades lúdicas (brincadeiras, jogo, etc.).

A mãe informou sobre o tratamento para epilepsia que o aluno faz no Centro de Atenção a Criança, Adolescente e Família (CEACAF). Nessa época teve os primeiros atendimentos com uma psiquiatra para hiperatividade, mas por orientação médica parou de tomar a Ritalina, por ser incompatível com a medicação da epilepsia. Também informou que ele iniciou as duas medicações no início da 1ª série. Durante os seis em meses que tomou a Ritalina junto com a medicação da epilepsia, ficou visível sua mudança, sua letra melhorou, assim como o comportamento na escola, a impulsividade de se meter nas atividades como: machucar os colegas, intrometer nas conversas, responder antes que a pergunta ouvisse acabado, etc. Porém as crises de epilepsia aumentaram, tendo cinco episódios registrados no eletro, mas os médicos acreditavam que foi bem mais. Assim resolveram parar com as duas medicações, optando somente pela medicação da epilepsia.

A mãe também relatou que a epilepsia é hereditária, pois as avós (materna e paterna) têm a doença. Também já consultou com duas psicólogas diferentes, psicopedagoga e um neurologista. Fez avaliação no Hospital Santo Antônio que diagnosticou, segundo relato da mãe, que o aluno apresenta um atraso mental em relação a sua idade cronológica.



O aluno está tendo atendimento psicológico (particular), porém a família está tendo dificuldade para manter o acompanhamento, já que as consultas precisam ser frequentes. Além disso, ele também tem acompanhamento com um neurologista que o medica para a epilepsia.

Durante o tempo escolar, sempre foram muito frequentes as queixas das professoras, o mesmo demonstrava dificuldade de concentração, tendo comportamento entre disperso e agitado. Também possuía dificuldade extrema em relacionar-se em grupo, pois não admitia ser ajudado, dizendo palavrões e muitas vezes demonstrando atitudes agressivas com os colegas. Já com as professoras sempre teve um contato mais afetivo. Diante das dificuldades descritas, a orientadora solicitou à mãe um novo encaminhamento e uma nova avaliação.

### **Relato da professora**

Durante o 1º semestre, o aluno teve algumas dificuldades para realizar atividades que exigiam atenção, concentração e prontidão para certas atividades como a leitura, interpretação, produção de textos, resolução e interpretação de histórias matemáticas. Ele não consegue organizar seus materiais e tarefas, distraído-se com facilidade e muitas vezes, perturba os colegas com brincadeiras, piadas e apelidos. Aparentemente, não consegue ficar sentado por um determinado tempo, movimentando pés e mãos com frequência. Responde perguntas antes de serem terminadas, atrapalhando as colocações do professor e conclusões dos colegas.

Após o retorno do recesso para o 2º semestre, suas dificuldades foram acentuadas, principalmente na convivência com a turma. Às vezes, toma atitudes impulsivas contra os colegas, machucando-os. Quando isto é retomado, através de conversas, parece que se dá conta do que fez. No atendimento, no Laboratório de Aprendizagem, individualmente não consegue realizar as atividades.

No início da leitura do livro Transtorno de Déficit de Atenção /Hiperatividade, dos autores ROHDE e BENCZIK (1999), percebi que já havia vivenciado as mesmas situações na história do personagem Pedro e o quanto esta leitura iria me ajudar a olhar de modo diferenciado este transtorno. Após esta leitura, foi possível mudar a postura em relação a este aluno, e a primeira atitude tomada foi de elogiá-lo logo no início da aula, encorajando-o a ter iniciativa e confiança em si mesmo. O resultado foi visível desde o primeiro momento. Diante disso penso que está faltando ao professor um suporte teórico para embasar a prática. Só através do estudo sobre este transtorno, foi possível a mudança na postura em relação a este aluno, o que está trazendo muitos avanços, tanto na parte afetiva quanto cognitiva.

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

Atualmente, chegou-se à conclusão de que a maneira mais eficiente de tratar o TDAH é adotando um procedimento multidisciplinar, isto é, coordenando um trabalho que envolva pais e profissionais das áreas médica, psicológica e pedagógica. Isso significa, em primeiro lugar, um conhecimento real quanto à natureza do TDAH, em desenvolver estratégias próprias na administração do comportamento em casa e na escola, em um programa pedagógico adequado, em terapia individual ou familiar, segundo o caso, e se necessário, em uso de medicamento.

Após a entrevista realizada com a mãe, afirmo que a comunicação entre a escola e a família torna-se indispensável, para que o professor e os pais possam trocar experiências. Saber o que está se passando durante o período em que a criança se encontra em sua casa, ajuda o professor a criar uma parceria com a família sugerindo estratégias para juntos alcançarem seus objetivos.

Através deste trabalho de conclusão de curso sobre o TDAH, foi possível constatar que consegui muitos avanços, inclusive a professora da hora do conto que atende os alunos semanalmente sempre teve uma enorme dificuldade em conduzir a turma. Por intermédio da minha pesquisa consegui formas de atingir os alunos como um todo trabalhando de maneira mais adequada (diferenciada) fazendo com que o aluno com esse transtorno pudesse se integrar aos demais tornando-se um ajudante na sala de aula. Com isso, consegui auxiliar a professora bibliotecária a desenvolver a hora do conto com mais eficiência e também fazer esse aluno sentir-se valorizado.

A inclusão está fazendo parte de um grande movimento pela melhoria do ensino, acredito que o primeiro passo para que isso aconteça é olhar a educação de um outro jeito. Posso afirmar que foi através das leituras e pesquisas realizadas que com certeza estou conseguindo obter resultados mais significativos tanto na parte afetiva quanto cognitivo, pois juntos estamos desenvolvendo estratégias próprias na administração do comportamento em casa e na escola, estamos aprendendo a como lidar com esse transtorno no nosso cotidiano.

É possível que ele seja criativo, multi-talento e que goste de agradar aqueles que o rodeiam, mas se já estiver habituado ao seu fracasso escolar, não conseguirá ser compreendido pelos outros, assim o que ele realmente precisa é de compreensão, amor, carinho e aceitação. Tornando-se assim indispensável o nosso papel de encorajá-lo e dar-lhe oportunidades, para que o mesmo consiga mostrar seu potencial para alcançar o sucesso escolar e social.

A partir dos estudos realizados sobre este transtorno, fica evidente que a avaliação deve implicar na coleta de análise, interpretação dos dados, enfim tudo aquilo que o aluno consegue nos transmitir. Olhar a avaliação com outros olhos implica em conceder um olhar diferenciado para a diversidade educacional. Quando o professor consegue acolher esse estudante e respeitá-lo em suas diferenças, sem cair na armadilha do sentimento, proporciona a ele um grande benefício. Mais do que isso, oferece também a toda a classe uma rica experiência de convivência com a diversidade.

Heterogeneidade e a diversidade, na educação não são um defeito e sim uma virtude, tornando-se assim uma riqueza para humanidade, pois é através dela que estamos aprendendo a conviver com as diferenças, aprendendo a lidar com elas, assim permitindo o acesso e a qualidade de educação para todos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O TDAH é um transtorno caracterizado pela presença de um desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, os impulsos e a atividade motora. Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) não são todas iguais. Algumas exibem padrões diferentes de comportamento e desenvolvimento. Porém todas compartilham o problema da habilidade reduzida, de inibir seu comportamento e de manter esforços para sustentar a atenção. Com base nos estudos teóricos observou-se que o TDAH tem indícios de longa data. Sua etiologia ainda é bastante discutível, sendo que as últimas pesquisas científicas apontam a questão genética como comprovada.

Tendo em vista as repercussões do TDAH na construção da aprendizagem, nas habilidades motoras e na interação social torna-se necessário o tratamento multidisciplinar, envolvendo profissionais da saúde física e mental em parceria com a escola e a família. Crianças com TDAH são mais susceptíveis a apresentar distúrbios de aprendizagem, tendo em vista um desenvolvimento lento na capacidade de empregar e manter a atenção seletiva.

Ao ingressar na escola, os sintomas do TDAH tornam-se mais evidentes nas crianças, visto que a desatenção, a impulsividade, a excessiva atividade motora e a pouca habilidade social dificultam seu ajustamento no processo de ensino-aprendizagem. Geralmente, a criança portadora de TDAH terá um rendimento aquém do esperado, não por baixo potencial intelectual, mas por incapacidade de organizar-se, de concentrar-se, de concluir as tarefas. Conseqüentemente enfrentará atrasos na aquisição da linguagem, dificuldades na leitura e nas questões matemáticas.

É importante que o professor tenha pelo menos uma noção básica do TDAH, da manifestação dos sintomas e de suas conseqüências em sala de aula. Saber diferenciar incapacidade de teimosia é fundamental, assim como ser flexível a aberto a mudanças, ser criativo e motivador, entender e aceitar

cada aluno com suas características e possibilidades únicas, buscando tornar a aprendizagem prazerosa.

Rohde e Benczik (1999, p.87) apontam que o professor tem papel fundamental no processo de aprendizagem e na saúde mental de seus alunos. Ao tomar conhecimento das dificuldades que ocorrem numa família com membros portadores de TDAH, é provável que os professores comecem a entender a atitude dos pais, da mesma forma que os pais podem sensibilizar-se com a situação dos professores se souberem das reais dificuldades que seus filhos encontram na escola.

Com este trabalho de conclusão de curso tivemos a intenção de saber qual o conhecimento que os Professores, Orientador Educacional e Pais da escola pública municipal de Gravataí, tinham sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e levá-los a conhecer e aprender a manejar com os sintomas dos alunos no contexto escolar, assim como sugerir estratégias que se podem levar aos familiares a fim de minimizar os prejuízos apresentados pela criança com este transtorno.

É fundamental que a escola, junto à família, aprenda a lidar com esta criança, que responde muito melhor ao reforço positivo do que à punição. Cabe ao professor envolver esta criança, motivando-a para que ela mostre todo o seu potencial, pois as crianças que possuem este transtorno são inteligentes, criativas e intuitivas. Vale ressaltar que uma escola aberta à diversidade tem que dar respostas às necessidades concretas de todos os alunos, rompendo modelos rígidos e inflexíveis dirigidos ao aluno médio.

Muitas das dificuldades de aprendizado e má adaptação escolar do aluno com TDAH se intensificam não só em razão de um planejamento educacional rígido e inadequado quanto aos objetivos e metodologias, mas também pela falta de interação apropriada com o professor ou com o grupo.

Ao realizarmos esta pesquisa, verificamos que o TDAH é um problema de saúde mental, que envolve a atenção e a hiperatividade/impulsividade, cuja característica essencial é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais frequente e severo do que aquele tipicamente observado

em crianças de mesma idade que estão no nível equivalente de desenvolvimento.

Os sintomas variam de brandos a graves e podem incluir problemas de linguagem, memória, matemática e habilidades motoras. Embora a criança com TDAH tenha muitas vezes uma inteligência normal ou acima da média, seu estado é caracterizado por dificuldades de aprendizado e comportamento.

A presença de alunos com necessidades educacionais especiais na escola regular implica, obrigatoriamente, na modificação dos esquemas que produzem a desintegração desses alunos em determinado momento. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade gera enorme angústia para os pais e os portadores da doença.

O diagnóstico do TDAH só poderá acontecer em sessões com profissionais envolvidos no processo e também com a participação da família de educadores. Da mesma forma, no tratamento é fundamental que haja o envolvimento de uma equipe multidisciplinar assessorando não só a criança portadora deste transtorno, como sua família e escola. Um dos principais profissionais presentes nesse momento é o psicopedagogo que irá instrumentar o professor bem como o corpo diretivo e técnico da escola para que estes possam atuar diretamente sobre a dificuldade escolar apresentada pela criança, suprimindo a defasagem, reforçando o conteúdo, possibilitando condições para que novas aprendizagens ocorram e evitando assim o recurso da repetência que, nesses casos, representa mais uma punição do que uma solução.

Além do acompanhamento cognitivo, o psicopedagogo será também um dos responsáveis por avaliar o prejuízo afetivo, cognitivo e social deste aluno, buscando resgatar sua auto-estima e integrar o mesmo ao grupo escolar ao qual está inserido, bem como em sua família e comunidade. Consideramos de grande relevância que as instituições educacionais juntamente com as famílias e profissionais qualificados, estejam interados e conscientes para que o diálogo se estabeleça, como primeiro passo para promover o entendimento para que, assim, possam cumprir adequadamente o elevado papel social que possuem.

Os professores tornam-se elos importantíssimos para as crianças com TDAH, pois é através das estratégias e do alto comprometimento com o ensino que o professor promove a auto-estima dos alunos, estimulando a confiança e satisfação perante suas conquistas.

“Ser educador nos dias de hoje não é mais difícil nem mais fácil do que era há algum tempo atrás, é diferente. Diante da velocidade em que o mundo vem mudando, o nosso papel de educador vem se transformando. Ser professor hoje é viver intensamente o seu tempo, com consciência e sensibilidade. Por isso somos imprescindíveis, tornando-nos os parceiros mais importantes no movimento da construção de um novo modelo de Educação”.  
Autor desconhecido.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572008000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572008000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=en) pesquisa em 22/10/10

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mentais** – 4ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BENCZIK, E. B. P. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade-Atualização Diagnóstica e Terapêutica**. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Política Nacional de Educação Especial**. Brasília: SEESP/MEC, 1994.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Secretaria de Educação Diversidade, p.63, Brasília, MEC, 1997.

HALLOWELL, E.M; RATEY, J. J. **Tendência à Distração: identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção da infância à vida adulta**. Tradução: André Carvalho. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

OLIVEIRA, Vanildes Menezes. **A inclusão e a proposta pedagógica da escola**. Disponível no site: <http://www.pucrs.br/mj/projeto-inclusao-e-proposta-pedagogica.php>. Acesso em 01/10/2010

Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. v.5 n.1 Rio de Janeiro jun. 2009, **Terapia cognitivo-comportamental e o TDAH subtipo desatento: uma área inexplorada**. Disponível no site: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872009000100004&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872009000100004&script=sci_arttext). Acesso dia 15/09/2010

**Revista Nova Escola**, S.O.S. Sala de Aula, Inquieto ou Hiperativo? São Paulo; a. 18, n 162, maio de 2003, p. 16.

ROHDE, L. A. e BENCZIK, E. B. P. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: O que é? Como ajudar?** Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

ROHDE, L.A; MATTOS & COLS. **Princípios e Práticas em Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

SASSAKI, R. K. **Inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho.**São Paulo, 1997.

SILVA, A. B. B. **Mentes Inquietas** – Entendendo Melhor o Mundo das Pessoas Distraídas, Impulsivas e Hiperativas. 8. ed. São Paulo: Editora Gente, 2003.

UNESCO. **Declaração de Salamanca:** sobre princípios, política e prática em educação especial, 1994.

## **APENDICES**

### **Entrevista com os professores**

- 1) O que você entende como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade?
- 2) Você acha que as escolas estão preparadas para atender alunos com Déficit de Atenção/Hiperatividade?
- 3) Você teve alguma orientação sobre o assunto?
- 4) O que facilita ou dificulta sua prática profissional com um aluno com TDAH?

### **Entrevista com Orientador Educacional**

- 1) O que você entende como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade?
- 2) Você acha que as escolas estão preparadas para atender alunos com Déficit de Atenção/Hiperatividade?
- 3) Você teve alguma orientação sobre o assunto?
- 4) O que facilita ou dificulta sua prática profissional com um aluno com TDAH?
- 5) Como a escola se vê frente a questão dos alunos com TDAH?
- 6) Como os professores estão preparados para lidar com essa questão em sala de aula?

### **7) Entrevista com a mãe**

- 1) História do Nascimento (gravidez, parto normal ou cesária) se teve problemas e como formam os primeiros dias de vida?
  
- 2) Como foi a infância de seu filho?
  
- 3) Quando descobriu que seu filho era hiperativo?
  
- 4) De que forma isso aconteceu?
  
- 5) A partir de que momento seu filho começou a apresentar problemas na escola?
  
- 6) Quais eram os problemas mais freqüentes apresentados na escola?
  
- 7) Qual tratamento é realizado com seu filho?
  
- 8)E hoje como está seu filho?

### **Termo de consentimento**

#### **Srs. Pais ou Responsáveis**

Eu, Sandra Aparecida da Silveira Costa, professora do aluno..... estou realizando um Trabalho de Conclusão de Curso sobre o tema “Um Desafio de Inclusão para Professores: Alunos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade”.

Solicito sua autorização para observá-lo durante as aulas, no período do segundo semestre do ano vigente, a fim de servir como base para construção do meu trabalho.

Autorizo a professora Sandra Aparecida da Silveira Costa a observar meu filho.

Assinatura do responsável:.....