UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE BIOLOGIA
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM DIVERSIDADE E INCLUSÃO

CRISTINA BRUNO DE LIMA

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH): um olhar sob a perspectiva da Educação Especial Inclusiva

GUIA PARA PROFESSORES

Dissertação de Mestrado submetida à Universidade Federal Fluminense visando à obtenção do grau de Mestre em Diversidade e Inclusão

Orientador(a): Dra Cristina Lúcia Maia Coelho

Niterói
2017

CRISTINA BRUNO DE LIMA

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE(TDAH) - um olhar sob a perspectiva da Educação Especial Inclusiva
GUIA PARA PROFESSORES

Trabalho desenvolvido no Laboratório de Estudos e Pesquisas Psicopatologia e Aprendizagem do DGP (Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil) do CNPq, do Departamento de Fundamentos Pedagógicos da Faculdade de Educação e do Curso de Mestrado Profissional em Diversidade e Inclusão, Universidade Federal Fluminense.

Dissertação de Mestrado submetida à Universidade Federal Fluminense como requisito parcial, visando à obtenção do grau de Mestre em Diversidade e Inclusão.

Orientador(a): Dra Cristina Lúcia Maia Coelho

L732 Lima, Cristina Bruno de
Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH); da suspeição a inclusão: um guia para professores / Cristina Bruno de Lima – Niterói: [s. n.], 2017.
98 f.

Dissertação – (Mestrado Profissional em Diversidade e Inclusão) – Universidade Federal Fluminense, 2017.

1. Educação. 2. Educação especial. 3. Educação inclusiva. 4. Processo de ensino-aprendizagem. I. Título.

CDD. : 371. 9

CRISTINA BRUNO DE LIMA

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE(TDAH) - um olhar sob a perspectiva da Educação Especial Inclusiva GUIA PARA PROFESSORES

Dissertação submetida à Universidade Federal Fluminense como requisito parcial visando à obtenção do grau de Mestre em Diversidade e Inclusão.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Cristina Lúcia Maia Coelho - CMPDI/UFF - Presidente e orientadora

Profa. Dra. Cristina Monteiro Barbosa- Universidade Federal do Rio de Janeiro – Membro externo

Profa. Dra. Claudia Marcia Borges Barreto – CMPDI - Universidade Federal Fluminense (revisora e membro da banca)

Profa. Dra. Isabel Leite Cafezeiro – Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra Lúcia de Melo e Souza Lehmann – Suplente CMPDI Universidade Federal Fluminense

Sem um fim social, o saber será a maior das futilidades.

Gilberto Freyre

Aos meus filhos, que com seus jeitos especiais de ser e estar no mundo, e especialmente nas escolas, me fizeram despertar para a importância de uma educação inclusiva e acima de tudo, respeitadora das diferenças, sejam elas patológicas ou não.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente aos professores e colegas de turma, assim como à equipe gestora do curso, por terem proporcionado essa experiência maravilhosa. Vivenciar a diversidade e a inclusão nessa esfera de educação, com seus erros e acertos, com nossas capacidades e também dificuldades/fragilidades, foi muito importante para minha vida profissional e pessoal.

Agradeço, à minha orientadora Cristina Lúcia Maia Coelho, pela dedicação e competência.

Agradeço à Profª Dra Glauca Aragon, pela confiança e incentivo que contribuíram muito para renovar meu ânimo em um momento crítico.

Não poderia deixar de agradecer com profundo respeito, à banca examinadora, por suas contribuições durante a formação e no processo avaliativo:
À Profa. Dra Claudia Barreto, pelo estímulo ao auto-conhecimento e à auto-crítica, por proporcionar boas reflexões sobre o processo de ensino e aprendizagem, e ainda pela tolerância e equilíbrio com que lidou com situações críticas, passando a ser referência de postura em sala de aula;

À Profa Dra Lúcia Lehmann, pela flexibilidade, boa vontade e principalmente boas dicas de leitura, que hoje são referências no meu trabalho;

À Profa. Dra Isabel Cafezeiro, grande incentivadora para que ingressasse no curso de mestrado e persistisse após a primeira tentativa infrutífera.

À Profa. Dra. Cristina Monteiro, por ter aceitado com tanta prontidão a fazer parte dessa banca como membro externo.

Agradeço ainda à Secretaria Municipal de Educação de Cachoeiras de Macacu e à rede de ensino, como um todo, que acolheu o projeto e deu o apoio necessário.

Em especial, agradeço a minha família e amigos que estiveram sempre ao meu lado, ajudando e torcendo pelo meu sucesso nessa empreitada.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas, siglas e símbolos..... X

Lista de ilustrações..... XI

Resumo..... XII

Abstract..... XIII

1 Introdução..... 14

1.1 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)..... 15

1.1.1 Histórico..... 15

1.1.2 Características do TDAH..... 20

1.1.2.1 Conceituação..... 20

1.1.2.2 O comportamento da pessoa com TDAH..... 23

1.1.3 O TDAH nos últimos 10 anos..... 29

1.1.4 Escola e TDAH..... 36

1.1.5 Legislação e TDAH..... 44

2 Objetivos..... 47

2.1 Geral..... 47

2.2 Específicos..... 47

3 Material e Métodos..... 47

3.1 Lócus e Sujeitos da Pesquisa..... 48

3.2 Método e Instrumentos de Pesquisa..... 48

3.3 O produto – Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): um guia para professores..... 50

4 Resultados e Discussão..... 51

4.1 Resultados..... 51

4.1.1 Perfil dos Pesquisados..... 52

4.1.2 Conhecimentos sobre TDAH..... 55

4.1.2.1 Percepção dos professores sobre os sintomas do TDAH..... 55

4.1.2.2 Como os professores entendem o TDAH..... 57
4.1.2.3 A visão do professor nas situações cotidianas..... 59
4.1.2.4 O GUIA..... 68

4.2 Discussão..... 71
5. Considerações finais..... 77
5.1 Conclusões..... 77
5.2 Perspectivas..... 81
6. Referências Bibliográficas..... 82
7. Apêndices e Anexos..... 90
7.1 Apêndices..... 90
7.1.1 Declaração de Anuência..... 90
7.1.2 Questionário..... 91
7.1.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)..... 95
7.1.4 Termo de Uso de Imagem..... 96
7.1.5 Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)..... 98
7.2 Anexos..... 99
7.2.1 Critérios DSM V..... 99
7.2.2 SNAP IV..... 102
7.2.3 Parecer Consubstanciado de Aprovação..... 103
7.2.4 Parecer Consubstanciado de Conclusão..... 109

LISTA DE ABREVIATURAS

ABDA	Associação Brasileira de Déficit de Atenção
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AEE	Atendimento Educacional Especializado
CEB	Câmara de Educação Básica
CID 10	Classificação Internacional de Doenças 10ª edição
CNE	Conselho Nacional de Educação
CREEM	Centro de Recurso Educacional Especializado Municipal
DA	Dificuldades de Aprendizagem
DDA	Déficit Disorder Attention
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual de Estatística e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria)
EE	Educação Especial
EI	Educação Infantil
FUNDEB	Fundo de Desenvolvimento da Educação Básica
NEE	Necessidades Educacionais Especiais
SME	Secretaria Municipal de Educação
SNAP IV	Swanson, Nolan e Pelham-IV
TA	Transtorno de Aprendizagem
TC	Transtorno de Conduta
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade
TGD	Transtorno Global do Desenvolvimento
TOD	Transtorno Opositor Desafiador
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
WISC	Escala Weschler de Inteligência para Crianças

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Estratificação da Faixa Etária da Amostra	53
FIGURA 2	Estratificação por Formação da Amostra	53
FIGURA 3	Estratificação por Segmento de Atuação da Amostra	54
FIGURA 4	Estratificação por Rede de Atuação da Amostra	55
TABELA 1	Sintomas que os professores acreditam corresponderem ao TDAH	56
FIGURA 5	Demonstração sobre o entendimento do conceito de TDAH pela amostra	59
FIGURA 6	Visão da amostra sobre um caso de conduta agressiva	60
FIGURA 7	Visão da amostra sobre um caso de predominância hiperativa	62
FIGURA 8	Visão da amostra sobre um caso típico de comorbidade de TDAH com AHSD	64
FIGURA 9	Visão da amostra sobre ter tido ou suspeitado ter tido aluno com TDAH	65
FIGURA 10	Descrição dos professores para alunos com TDAH ou suspeitos de terem o transtorno	67
FIGURA 11	Capa do GUIA	68
FIGURA 12	Sumário do GUIA	69
FIGURA 13	Parte do GUIA: TDAH e escola	70
FIGURA 14	Parte do Guia: Dicas para o professor	70

RESUMO

O Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH) é referendado no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) há décadas, mas ainda assim persistem algumas controvérsias sobre causas, consequências e tratamentos, alimentando mitos que vem contribuindo para a estigmatização do transtorno junto a sociedade. Esse estudo objetiva identificar o conhecimento do professor sobre o TDAH e compilar a respectiva produção acadêmica, nos últimos 10 anos, de modo a possibilitar a produção de um GUIA Informativo, que oriente o professor quanto à suspeição do TDAH e devidos encaminhamentos e ainda para o desenvolvimento de uma prática condizente com as necessidades especiais desse aluno. A revisão bibliográfica foi realizada em artigos científicos na base de dados da Scielo e Pepsic, assim como em livros e sites oficiais, priorizando as produções dos últimos 10 anos, e os clássicos sobre TDAH, abarcando ainda a legislação referente a Educação Especial e Inclusão no sentido de situar o transtorno nesse contexto. De acordo com a revisão bibliográfica, confirma-se que o TDAH não é um transtorno originário da contemporaneidade, não se relaciona a culturas ou classes socioeconômicas específicas, derrubando mitos que circulam entre a população geral e também no meio educacional. A pesquisa de campo foi realizada entre professores da Educação Infantil (EI) e Anos Iniciais do Ensino Fundamental da rede pública do município de Cachoeiras de Macacu, no Estado do Rio de Janeiro, nas zonas rurais e urbanas. Um questionário on-line, baseado na plataforma Survey Monkey foi encaminhado por mensagem de texto após devidos esclarecimentos sobre a pesquisa e concordância com os termos propostos, conforme manifestação de desejo e disponibilidade dos participantes. Os resultados confirmam a hipótese de que o conhecimento sobre o TDAH entre os professores é superficial, ainda que 75% tenham uma formação entre a graduação e a especialização. Revelou-se que 52% dos professores identificam os sintomas clássicos (déficit de atenção, hiperatividade, impulsividade), mas nem sempre identificam sintomas que tem origem nessa tríade como sendo inerentes ao transtorno, especialmente quando estão relacionados a desatenção. Comportamentos inadequados e dificuldades escolares, são creditados por 23% dos professores à falta de educação e 41,24% deles admitem ter muitas dúvidas sobre o tema. Esse desconhecimento gera prejuízo para o aluno que, ao não ter o transtorno identificado não tem seus direitos a uma educação inclusiva garantidos.

Produto: Guia Eletrônico – Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): da suspeição à inclusão. Um Guia para professores.

Palavras-chave: TDAH; educação; aluno; professor; intervenção.

ABSTRACT

Although Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD has been endorsed by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMD) for decades, there are still some controversies about causes, consequences and treatments, strengthening myths that have been contributing to the stigmatization of the disorder in the society. This study aims to identify the teacher's knowledge about ADHD and to gather the respective academic production of the last 10 years, in order to enable the production of an informative MANUAL that guides the teacher with regard to the observation of the suspicion of the ADHD and due referrals besides developing a practice in accordance to the special needs of that student. The literature review was carried out through scientific articles in the Scielo and Pepsic database, as well as in books and official websites, prioritizing the productions of the last 10 years, and the classic studies about ADHD, also covering the legislation referring to Special Education and Inclusion in order to situate the disorder in this context. As it was demonstrated by the literature review, it has been confirmed that ADHD is not a disorder that originates from contemporaneity, is not related to specific cultures or socioeconomic classes, overthrowing myths that circulate among general population and also in the educational environment. The field research was carried out between teachers of Early Childhood Education and Early Years of Elementary School of the public network of the municipality of Cachoeiras de Macacu, in the state of Rio de Janeiro, in rural and urban areas. An online questionnaire, based on the Survey Monkey platform, was sent by text message after due clarification of the research and agreement with the proposed terms, according to the participants' desire and availability. The results confirm the hypothesis that the knowledge about ADHD among teachers is superficial, although 75% are University graduated and specialized. It was revealed that 52% of teachers identify classic symptoms (attention deficit, hyperactivity, impulsivity), but not always are successful in identifying as symptoms that are brought about by these three aspects inherent to the disorder. Specifically when related to inattentive posture, inappropriate behavior and school difficulties 23% of teachers credit it to lack of education and 41.24% admit having many doubts about the subject. This lack of knowledge generates a loss to the student who is not identified as he doesn`t have his rights of an inclusive education guaranteed.

Product: Eletronic Guide - Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) from the suspicion to the inclusion. A guide to teachers.

Keywords: ADHD; education; student; teacher; intervention.

.

1 INTRODUÇÃO

No contexto contemporâneo, o tema Educação para Todos tem sido recorrente em congressos, encontros pedagógicos e em pesquisas científicas. Porém, o entendimento do real significado de “para todos”, passa pela interpretação e interesses específicos de determinados grupos/segmentos, de acordo com as fragilidades de cada sociedade.

De acordo com essa perspectiva para a educação, percebe-se que há ainda muitos aspectos a serem tratados, especialmente em relação à Educação Especial (EE) e ao atendimento de Necessidades Educacionais Especiais (NEEs), que ainda são negligenciadas na prática e até mesmo em termos de legislação.

Ainda que reconhecidos tratados e convenções ressaltem a importância da atenção à diversidade em questões educacionais, os sistemas de ensino tendem a restringir seu olhar à deficiências e síndromes claramente observáveis, minimizando a visibilidade sobre os prejuízos acadêmicos e sociais que envolvem as pessoas com determinados transtornos.

Nesse sentido, tem-se abordado o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) por diferentes perspectivas, ora com foco no contexto das tendências pedagógicas no tempo histórico, ora voltando-se para um determinado segmento ou aspecto da aprendizagem (LIMA, 2008; 2012), entre outros, no intuito de aprofundar o tema em toda a sua dimensão, desvelando nuances das dificuldades e possibilidades na evidência do transtorno. Esses estudos, que deram início a presente pesquisa, fundamentaram-se basicamente em Barkley (2002); Hallowell e Ratey (1999); Mattos (2003) nas questões relativas ao histórico e conceitos do TDAH até o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) -IV. Porém, uma revisão faz-se sempre necessária em razão da continuidade das pesquisas. O histórico do transtorno também não é estático. Entre um estudo e outro aparecem novos relatos que colocam o TDAH em pontos cada vez mais longínquos na linha do tempo, contribuindo para um melhor entendimento do mesmo.

O TDAH, é um transtorno que vem sendo descrito com foco nos sintomas motores inicialmente e na desatenção a partir *do* DSM III. Algumas atualizações

foram realizadas na edição do DSM IV, que prevaleceram entre 1994 e 2013 e no CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) mantendo-se no DSM V com poucas alterações, mas relevantes para o entendimento das especificidades com relação à comorbidades. Ainda que estudado desde o séc. XIX, não há unanimidade sobre o TDAH, especialmente a respeito das suas causas, consequências e tratamento, levando a controvérsias sobre o diagnóstico (BARKLEY, 2002; ROHDE et al, 2000).

Podemos inferir a partir de diversos estudos que o TDAH, longe de se caracterizar como um transtorno surgido na contemporaneidade, já havia sido referenciado por vários autores desde o início do séc. XIX e em diferentes espaços geográficos e culturais. Nesse sentido, argumentos de que o TDAH seria fruto da expansão tecnológica ou de um sistema educacional defasado, perdem um pouco o sentido (AZEVEDO et al, 2010; BARKLEY, 2008; POLNCKZINKY; ROHDE, 2007).

O TDAH, incide em 3 a 7% da população (BARKLEY, 2008; GOMES et al, 2007). Suas características podem contribuir com o fracasso escolar e problemas que ultrapassam esse universo. Nesse sentido a intervenção precoce é muito importante para minimizar os prejuízos subjacentes ao transtorno. A escola e especialmente o professor, têm relevante papel no que diz respeito a um melhor prognóstico para essa criança, uma vez que constitui um *lócus* privilegiado para observação, suspeição e encaminhamento aos serviços necessários.

Até o momento, podemos constatar que se mantem as divergências em relação ao transtorno, tanto entre alguns teóricos quanto na comunidade escolar. Ainda há, por parte dos professores e do sistema educacional, uma rejeição ao diagnóstico e/ou um entendimento mistificado em relação ao TDAH. Prevalece a responsabilização da família e do aluno pelos fracassos escolares e comportamentos disruptivos.

1.1 O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

1.1.1 HISTÓRICO

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade vem sendo estudado há muitos anos e passou por diferentes denominações e tratamentos, principalmente em função da inquietude, que é a característica mais evidente, inclusive do ponto de vista da justificativa para o fraco desempenho escolar na criança. Porém, ao longo da história da educação, em consonância com diferentes visões de mundo, de homem e de futuro que pautaram várias correntes pedagógicas e consequentemente o relacionamento professor/aluno, o transtorno foi mais ou menos evidenciado em diferentes épocas.

O TDAH chegou a ser considerado proveniente de dietas inadequadas, ambientes sócio-econômicos e culturais desprivilegiados, excesso de liberdade no lar, entre outras (BARKLEY, 2002; SENNA, 2007). Em 1904 o jornal inglês Lancet, prestigioso periódico médico, publicou um poema cômico, que poderia ser considerado o primeiro relato do TDAH na literatura médica, intitulado "Philip das mãozinhas sem paz", onde os autores descrevem além da inquietude da criança, as dificuldades porque passa em relação aos sentimentos que causa nos outros (HALLOWELL; RATEY, 1999).

No século XIX, e antes disso, predominava uma visão que considerava "problemas de comportamento" como defeito moral e, a culpa, dos pais e filhos. O tratamento moral eram comumente castigos físicos, inclusive previstos em livros de pediatria da época. Em 1902, o pediatra George Frederick Still, em palestras realizadas no *Royal College of Physicians* relatou sobre um estudo que realizou com um grupo de 20 crianças "problemáticas", cujos sintomas haviam surgido antes dos 8 anos de idade. Eram crianças desafiadoras, resistentes a disciplina, extremamente emotivas e passionais, com pouca inibição a sua própria vontade, desatentas, hiperativas, propensas a acidentes, embora tenham sido criadas em um ambiente benigno e com cuidados parentais considerados adequados. Assim, especulou-se sobre a possibilidade de uma base biológica para o comportamento inadequado fomentando estudos nesse sentido, por décadas (HALLOWELL; RATEY, 1999).

As observações de Still, corroboraram a teoria de William James, pai da psicologia americana. James acreditava que as deficiências no "controle moral, volição inibitória e atenção sustentada" tinham relação com um problema neurológico, que poderia ser um "decréscimo no limiar cerebral para a inibição da resposta a vários estímulos, ou uma síndrome de desconexão no córtex cerebral,

onde o intelecto se dissociaria da vontade ou das condutas sociais" (HALLOWELL; RATEY, 1999, P.321). Em 1934, Eugene Kahn e Louis H. Cohen, publicaram no *New England Journal of Medicine* uma obra sob o título *"Organic Driveness*", afirmando que havia uma causa biológica para o comportamento hiperativo, impulsivo e imaturo, com base em estudos envolvendo vítimas de uma epidemia de encefalite ocorrida entre 1917 e 1918 (HALLOWEELL; RATEY, 1999; BARKLEY, 2008). A referida epidemia provocou uma série de distúrbios, entre eles, prejuízos no nível da atenção, regulação de atividades e controle insatisfatório dos impulsos, o que acabou por estabelecer, na época, um fundamento de caráter generalista para explicar o TDAH como "Distúrbio de Comportamento Pós-Encefalite" ou "Cérebro Danificado ou Lesionado", em crianças que apresentavam os mesmos sintomas, mas não haviam sido acometidas pela doença. Mais tarde, optou-se pelo termo "Lesão Cerebral Mínima" para explicar esses mesmos sintomas em crianças tão espertas e inteligentes que era difícil admitir que tivessem o cérebro danificado severamente. Posteriormente, adotou-se o termo "Disfunção Cerebral Mínima", por falta de evidências que constatassem a presença de lesões cerebrais de qualquer ordem, nesses casos (BARKLEI, 2002; ROHDE et al, 2000).

Charles Bradley (1937 apud HALLOWELL; RATEY, 1999), também relacionou os sintomas do TDAH a problemas biológicos, quando, acidentalmente, descobriu a influência de um estimulante (benzedrina) na mudança de atitude de crianças com distúrbios comportamentais. Em pouco tempo, essas crianças passaram a receber o diagnóstico de "disfunção cerebral mínima" sendo tratadas com Ritalina e o Cylert (estimulantes), com bastante sucesso na alteração dos sintomas comportamentais e sociais apresentados na incidência da síndrome.

Muitas outras hipóteses apareceram na década de 1960. Conforme Hallowell e Ratey (1999) e Barkley (2002), parecia claro que a síndrome era causada por um mau funcionamento de base genética dos sistemas biológicos e não por problemas com os cuidados familiares e má conduta pessoal, isentando pais e filhos da culpa pelo "problema".

Stella Chess, citada por Hallowell e Ratey (1999), desvinculou a hiperatividade da idéia de lesão cerebral, na década de 1960, entendendo que os sintomas seriam parte de uma hiperatividade fisiológica. Assim como outros

autores dessa época, acreditava que as causas se relacionariam mais a genética individual do que ao meio ambiente, surgindo então o termo: Síndrome da Criança Hiperativa.

Em 1968, a Associação Psiquiátrica Americana (APA), publicou o termo Reação Hipercinética da Infância no Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (DSM-II), sugerindo uma concordância com os pesquisadores Laufer e Denhoff (1957) e Solomons (1965) (apud BARKLEY et al, 2008), dispôs sobre a hiperatividade, com a crença, entre outras, de que haveria uma remissão do distúrbio, com o crescimento natural do indivíduo, crença comum entre os clínicos, até a década de 80.

Em 1976, Gabriel Weiss percebe em suas pesquisas que a hiperatividade pode diminuir com a chegada da adolescência, embora sintomas como a desatenção e a impulsividade permaneçam, o que derrubaria a teoria de que o TDAH desaparece na adolescência e na vida adulta, tendo sido essa proposta (TDAH adulto) reconhecida oficialmente no DSM-III em 1980 (BARKLEY, 2002).

Em 1990, Alan Zametkin e colaboradores do *Nathional Institute of Mental Health*, (apud HALLOWELL; RATEY, 1999), pesquisaram a atividade cerebral em adultos com história de hiperatividade na infância diagnosticados como portadores de TDAH, usando tecnologia avançada (PET-SCAN), tendo descoberto um déficit no uso de energia nos cérebros de indivíduos com TDAH, comparativamente a outros sem transtorno. Observou-se também, que a atividade metabólica era reduzida na região pré-frontal e pré-motora do cérebro, principal reguladora do comportamento. Essa área controla os impulsos e permite planejamento. Recebe *input* da parte inferior do cérebro, que regula a vigília, seleciona estímulos, entre outras funções, sendo ainda, provavelmente, a sede da memória operante, da combinação da experiência momento-a-momento e da memória de longo prazo. Desse modo, os lobos frontais são responsáveis pela sintetização de informações sensoriais e cognitivas, regulam a atenção e as ações.

Esses resultados confirmam o que outros pesquisadores vinham suspeitando em relação a neuroanatomia funcional do TDAH, como J.A.Mattes e C.P.Gualtieri (apud HALLOWELL; RATEY, 1999), ao especularem que os lobos frontais estariam envolvidos no TDAH devido a semelhança de seus sintomas com os de outras síndromes de lobo frontal que resultaram de traumatismos ou

lesões nas áreas frontais. Essa observação foi denominada pelo trabalho de G.S. Chelune (l986, apud HALLOWELL; RATEY, l999, p.326), como a “hipótese do lobo frontal”, a qual defendia que a hiperatividade e a impulsividade se relacionavam a uma perda da capacidade do cérebro de “pisar no freio”. Consistiria em um mau funcionamento nos processos inibitórios do córtex, não sendo, o cérebro, capaz de bloquear as respostas inadequadas. Se a inibição fracassa, “a impulsividade e a hiperatividade emergem”.

Essa teoria, também se coaduna com os trabalhos de H.C.Lou e colaboradores (l984, apud HALLOWELL; RATEY,1999) que identificaram uma diminuição no fluxo sanguíneo nas regiões frontais do cérebro em pessoas com TDAH, principalmente no hemisfério direito, que geralmente controla nossas capacidades executivas e de tomada de decisão, as habilidades viso-espaciais e de processamentos simultâneos de informações. Outros estudos (HUNT et al, 1988; RAPOPORT; ZAMETKIN, 1988 e outros, apud BARKLEY, 2008), concluem que a deficiência de dopamina e norepinefrina, podem estar envolvidas nos padrões de baixa atividade cerebral e consequentemente na inibição de resposta, aprendizagem motivacional e resposta ao reforço, que dependem desses neurotransmissores.

Na década seguinte, outras pesquisas demonstraram o tamanho reduzido da rede pré-frontal-caudado em crianças com o transtorno (CASTELLANOS, et al 1996; FILIPEK et al, 1997 apud BARKLEY et al, 2008), ao mesmo tempo que teorias sobre TDAH defendiam que os déficits neuropsicológicos associados a ela, relacionavam-se a funções executivas, como planejamento, controle comportamental, fluência e flexibilidade da resposta (BARKLEY et al, 2008). Assim, foram ocorrendo avanços na área da avaliação e ampliaram-se os estudos no sentido de diferenciar os sintomas de TDAH de outros transtornos psiquiátricos da infância (transtorno de humor e ansiedade, transtornos de aprendizagem, e especialmente de conduta), conforme Rutter (1983, 1989), citado por Barkley (2008). Estudos comparativos indicaram que a hiperatividade situacional não era adequada para discriminar populações psiquiátricas, como as dificuldades com a atenção e hiperatividade global (casa/escola) e geralmente se associavam a padrões de imaturidade neuropsicológica (GITTELMAN, 1988; RUTTER,1989; WERRY, 1988 e outros, apud BARKLEY, 2008). Reforçando a idéia da base biológica, provavelmente genética para o TDAH, em 1990, Hauser e Zametkin

(apud HALLOWELL; RATEY, 1999) encontram relação entre disfunção da tireóide e o TDAH.

Estudos genéticos clássicos demonstram a recorrência significativa no ambiente familiar para o transtorno, porém “as evidências obtidas não excluem a possibilidade de que a transmissão familial do TDAH tenha origem ambiental” conforme Rohde e Halpern (2004, p. 62). Estudos com gêmeos e adotados sugerem uma forte influência genética, com forte prevalência entre parentes biológicos e maior incidência entre gêmeos monozigóticos (SPRICH et al 2000; THAPAR, 1999 apud ROHDE; HALPERN, 2004).

A medida que se entende a base biológica do transtorno, começa-se a compreender também como influencia a vida das pessoas nessa condição, que contornos adquire, como pode atrapalhar ou ajudar, como bem administrar, já que não há cura, mas tratamento e controle que melhoram a qualidade de vida do indivíduo.

1.1.2 Características do TDA/H

1.1.2.1 Conceituação

Segundo os estudos mais tradicionais, o TDAH se caracteriza por uma deficiência de dois neurotransmissores (dopamina e noradrenalina), que, deixando de atuar satisfatoriamente no lobo frontal e suas conexões, afeta a capacidade de atenção, de auto-estimulação, de planejamento, de foco/ filtragem de estímulos, do controle de impulsos entre outras. Nesse sentido, as pessoas com este transtorno apresentam sintomas como hiperatividade, baixa capacidade de atenção e impulsividade, como características marcantes de acordo com os subtipos (conforme DSM IV) relacionados mais adiante (MATOS, 2003; ROHDE; BENCKZIK, 1999). Mattos (2003) afirma:

> São indivíduos com um determinado histórico pessoal, personalidades diferentes, estilos de vidas particulares, idiossincrasias, outros problemas associados, contextos familiares, etc. Os sintomas podem ser sempre os mesmos, mas a sua expressão vai depender de quem é o indivíduo que tem esse transtorno[...] (MATTOS, 2003, p.19).

Barkley (2002) credita todos esses sintomas a um problema de atraso no desenvolvimento da inibição do comportamento que resultam numa dificuldade de auto-controle na criança. Assim, torna-a mais propensa a responder ao que lhe dá mais prazer imediato, ao que lhe desperta o interesse, a curiosidade, tendo pouca habilidade para pensar e agir em relação aos "prêmios futuros". Consideremos as palavras do autor:

> Encaro o TDAH como um transtorno do desenvolvimento da capacidade de regular o comportamento com um olho voltado para o futuro. Acredito que o transtorno tenha sua base numa área do cérebro com subatividade que, enquanto amadurece, fornece meios crescentes de inibição comportamental, de auto-organização, auto-regulação e previdência[...] (BARCKLEY, 2002, p.40).

Por outro lado, Hallowell e Ratey (1999, p.15) que utilizam o termo Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA), afirmam que "a melhor maneira de se compreender o que é - e o que não é – DDA, consiste em ver como esse distúrbio afeta a vida das pessoas". Ao relatar casos de adultos e suas histórias de vida, desde a infância, ainda que tenham alcançado algum sucesso, que tenham conquistado seu espaço, estão envoltos em uma série de problemas que trazem bastante sofrimento emocional.

O *Diagnostc and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM) elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association*), que lista todos os sintomas de todas as enfermidades psiquiátricas existentes - lançou sua 5ª edição, em 2013, trazendo algumas mudanças em relação ao TDAH.

O transtorno se caracteriza por uma combinação de dois grupos de sintomas: desatenção e hiperatividade/impulsividade, dividindo-o em predominantemente hiperativo, predominantemente desatento ou combinado. No DSM IV, os grupos de sintomas constavam como subtipos, o que dava uma impressão de ser uma subcategoria estável e fixa. O DSM V insere a expressão "apresentação", conforme a predominância dos sintomas, no sentido de denotar que esses sintomas de hiperatividade/impulsividade e desatenção podem se modificar com o tempo (MATTOS, 2013).

A sintomatologia em relação ao diagnóstico, obedece a alguns critérios, elencados de A a E e sintomas (Anexo 1). São listados 18 sintomas: nove de

desatenção, seis de hiperatividade e três de impulsividade. No caso de crianças e jovens, devem estar presentes pelo menos seis sintomas de desatenção e/ou seis de hiperatividade/impulsividade (computados juntos). O DSM V estabeleceu um novo critério para adultos e adolescentes com mais de 17 anos, onde o ponto de corte são cinco sintomas. Além disso, precisam estar presentes por pelo menos seis meses e serem incompatíveis com a idade do indivíduo. Esses aspectos compõe o critério A.

O critério B foi modificado. Os sintomas passam a ter que estar presentes antes dos 12 anos, que já vinha sendo a práxis em grupos de pesquisa. Até o DSM IV, a idade de referência era 7 anos, mas constatou-se a dificuldade de adultos se lembrarem de seu comportamento nessa idade e muitos já não poderem contar com a colaboração de seus pais nesse sentido.

Os critérios C e D, não foram alterados. O primeiro refere-se a necessidade de haver comprometimento de pelo menos duas áreas (casa, escola, trabalho, vida social). O segundo, observa a necessidade de haver claro e clinicamente significativo prejuízo na vida acadêmica, social, profissional, ocupacional.

No último critério, o E, houve também modificação a partir do DSM V. Antes, no DSM IV, o quadro de autismo invalidava o diagnóstico de TDAH. Agora, considera-se a comorbidade, mas, prevalecem as exigências de que os sintomas não ocorram exclusivamente em outro quadro, como esquizofrenia, por exemplo, e não sejam mais bem explicados por outro transtorno (MATTOS, 2013).

Passa-se a admitir também o TDA/H com Remissão Parcial. É o caso em situações onde houve diagnóstico conclusivo para o transtorno, e mais tarde, apresentou-se menor número de sintomas. Da mesma forma, introduz-se no diagnóstico a classificação em: leve, moderado e grave, conforme o grau de comprometimento do indivíduo.

Tanto Mattos (2003), quanto Barkley (2002) alertam para a tenuidade da separação entre as características do transtorno e os comportamentos próprios de desenvolvimento infantil, que podem, inclusive, apresentar dificuldades de aprendizagem temporárias e transitórias em função de diferentes fatores. Um instrumento que auxilia na avaliação, pela família e escola, utiliza os sintomas em uma escala de intensidade, baseada no DSM-IV, o formulário Swanson, Nolan e Pelhan (SNAP)-IV (anexo 2). O SNAP-IV (Anexo 2) é um questionário de domínio público que sucedeu o SNAP-III e SNAP-IIIR, formulados a partir do DSM III e de

sua revisão e sua revisão. Todos utilizam uma escala de quatro níveis de gravidade. (MATTOS et al 2006, on-line).

1.1.2.2 O comportamento da pessoa com TDA/H

Segundo Silva (2003), a *Children and Adults with Attention Déficit Disorder (CHADD)*, uma associação americana voltada para DDAs e simpatizantes, sugeriu em sua revista americana, a *Attention!*, que fosse utilizada a sigla DA/HI para referência ao Distúrbio de Déficit de Atenção com hiperatividade-impulsividade e, DDA para o distúrbio com características predominantemente de desatenção. Para a mesma, isso demonstraria o quanto são imprecisas as rotulações para designar alterações comportamentais, levando ao entendimento de que refletem o nível de conhecimento sobre o assunto até um dado momento.

Da mesma forma, o olhar de cada profissional e sua bagagem, fazem-no perceber ou destacar os desdobramentos das características do transtorno, com algumas diferenças, mas, não perdem a coerência com a base do mesmo – hiperatividade, impulsividade e desatenção.

Essa discordância em relação a denominações do transtorno, também é compartilhada por Barkley (2002), que considera imprecisa a manutenção do que ele chama de TDA (Transtorno de Déficit de Atenção sem hiperatividade/impulsividade), como subtipo do que é descrito como TDAH pelo DSM-IV. Segundo ele, pesquisas demonstram que TDA e TDAH seriam duas variedades de transtornos. Assim, prefere usar o termo TDA para as crianças que apresentam os sintomas de desatenção, que o DSM-IV chama de TDAH do tipo desatento, as quais são descritas frequentemente como mais passivas, mais medrosas e apreensivas do que outras crianças da sua idade. Também são vistas como mais sonhadoras e “espaçosas” que outras, não parecendo perceber bem o que está a sua volta. Ao contrário do traço da hiperatividade, apresentam uma certa letargia, parecem estar fora de sintonia. Estas crianças cometem erros ao seguir instruções orais ou escritas, não pela impetuosidade ou obstinação que levam a erros impulsivos, como as crianças com o que chama de TDAH (do tipo predominantemente hiperativo/impulsivo, conforme o DSM-IV), mas sim por problemas de filtragem de informações, sendo-lhes difícil separar o relevante do irrelevante.

Ainda segundo Barkley (2002), quando comparadas às crianças com TDAH, as crianças sem a hiperatividade (TDA), apresentam consideravelmente menos problemas de relacionamento em casa e na escola, porém, revelam maiores dificuldades em atividades que envolvem velocidade perceptivo-motora ou coordenação mão-olho e velocidade. Apresentam mais erros em testes de memória e tem dificuldade de recordar consistentemente informações aprendidas com o passar do tempo. São menos sensíveis ao tratamento medicamentoso e terapêutico.

Outros sintomas do TDAH descritos por Mattos (2003), não figuram na lista dos critérios tradicionais para o diagnóstico. Podem ser considerados como "prejuízos" por alguns pesquisadores e leigos. Observadas as três apresentações do TDAH, alguns remetem às características específicas da apresentação desatenta, como por exemplo, sonolência diurna e dificuldade de acordar de manhã e se ativar (letargia), dificuldade de fixar o que lê. Outros podem evidenciar-se mais na hiperatividade/impulsividade, como: baixa auto-estima, "pavio curto", adiamento crônico das coisas, mudanças constantes de interesse, intolerância a situações monótonas ou repetitivas, variações frequentes de humor. Porém, apresentam também algumas características consideradas "atraentes" para muitas pessoas, como a capacidade intuitiva, o senso de humor e a criatividade.

Silva, que adota o termo DDA, afirma que a alteração de atenção é condição "*sine qua non"* para se efetuar o diagnóstico e ainda, que "uma pessoa com DDA, pode ou não apresentar hiperatividade física, mas jamais deixará de apresentar forte tendência à dispersão", devido a ter um cérebro "envolto em uma tempestade de pensamentos que se sucedem incessantemente" (SILVA, 2003 p.22) Assim, apresentam lapsos de atenção por terem seus pensamentos desviados por inúmeros estímulos, externos ou internos, como uma borboleta que passa, um barulho, o jogo do seu time no dia seguinte. Esses lapsos geram ainda, grande dificuldade de organização em todos os setores da vida de um DDA, fazendo-o gastar mais tempo e esforço para realizar suas tarefas, provocando, muitas vezes, a sensação de que seus resultados são ruins, o que o leva a uma fraca avaliação de si mesmo (baixa auto-estima).

Porém, os pesquisadores do transtorno admitem que uma pessoa com TDAH, assim como as demais, também terá a possibilidade de se manter

concentrada em atividades que lhe despertem grande interesse. Jogos eletrônicos (vídeogames, especialmente os de ação e aventura), determinado tipo de leitura, esportes, filmes/séries/desenhos, entre outros, são exemplos de atividades que podem levar a criança, adolescente ou mesmo o adulto com este transtorno a terem dificuldade de se desligar ou desviar sua atenção para outra atividade, se estiverem extremamente estimulados pela mesma.

Paulo de Mattos, ao falar do TDAH adulto e sua capacidade de realizar tarefas com atenção se essas lhe forem interessantes, aborda a dificuldade dos pais e professores de acreditarem em um diagnóstico de TDAH quando a criança ou adolescente se mostra bem menos inquieto e mais concentrado ao jogar videogame.

> A explicação é a mesma: a região cerebral denominada "centro de prazer", quando muito ativada, consegue mandar estímulos fortes para o centro que controla a atenção e atenuar o seu mau desempenho. (MATTOS, 2015, p.181)

Da mesma forma, Barkley sinaliza que as "crianças com TDAH parecem atraídas pelos aspectos mais recompensadores, divertidos e reforçativos em qualquer situação" e ao contrário do que muitos pensam, são capazes de se concentrar em tarefas pelas quais tenham grande interesse, "tornando-se ainda mais excitados durante jogos" (BARKLEY, 2008, p.42). Essa idéia é ratificada pelo mesmo ao entender que a atenção prejudicada no TDAH é a orientada por fatores internos, voltada para objetivos, e não a atenção sustentada regulada por fatores externos e moldadas pelas contingências. Assim, explica-se também a "capacidade de manter a atenção por longos períodos em jogos ou coisas bastante estimulantes e não conseguirem prestar atenção por mais de alguns minutos nas tarefas de casa" (BARKLEY, 2008, p.327).

Porém, vale ressaltar que Barkley (informação verbal)[1] contrapõe-se a qualquer referência ao transtorno como um "dom" ou a benefícios que possam advir do mesmo. Declara que as pessoas tem talentos e habilidades e podem ser bem sucedidas em diversos aspectos, "apesar" do TDAH mas não "por causa do" TDAH.

---

[1] Comunicação oral feita por Russell Barkley publicado em 2013. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=TaOBHVlepl0

Há um consenso entre os pesquisadores do assunto de que, as meninas apresentam mais o transtorno na forma sem hiperatividade. Nesse caso, por não incomodarem muito na escola ou não aterrorizarem seus pais com ações arriscadas, provavelmente o TDAH é sub-diagnosticado no sexo feminino. Porém, é possível observar que a hiperatividade está lá, nas mãos e pés que não ficam parados, na inquietude na cadeira, no enrolar do cabelo, no abre e fecha estojo, mochila... (LIMA, 2005; MADUREIRA et al 2007). Nas palavras de Silva,

> Embora o tipo hiperativo seja menos freqüente na população feminina, as meninas mais travessas dificilmente passam sem ser notadas.[...] Precocemente diagnosticas, elas são poupadas. Garotas com o transtorno mas sem hiperatividade, sofrem com sua desorganização, esquecimentos, sensação de abandono [...] dificuldade de cumprimento de horário [...]. O preço a ser pago quando o diagnóstico de TDAH não é feito, é bastante alto para mulheres [...]. (SILVA, 2010, on-line).

Na infância e adolescência, essas meninas sofrem com as críticas por suas letras não tão “caprichadas”, seu caderno incompleto, sua mochila cheia de papeis diversos, cascas de lápis, canetas e tampas desencontradas. Com o passar do tempo, ficam mais marcantes a falta de habilidade com o planejamento e administração de tarefas, além da falta de concentração que é notada desde a infância e costuma ser a maior razão das dificuldades escolares nesse contexto. Por razões culturais, ainda se espera da mulher essa capacidade de organização, planejamento e administração, combinados com um corpo e uma mente mais calmas. A sensação de não corresponder as expectativas, costuma gerar ansiedade e pode levar a depressão (SILVA, 2010).

Fala-se ainda em "meninas sonhadoras″ e "mentes divagantes em corpos silenciosos" (SILVA, 2003, p.41), muitas vezes imperceptíveis socialmente, podendo ser, erroneamente, consideradas menos inteligentes. Entretanto, essas características não se restringem a meninas. São típicas do transtorno do tipo desatento, que também pode acometer meninos, ainda que mais raramente (RALLOWELL; RATEY, 1999; MATTOS, 2003).

Outro comportamento observado em pessoas com DDA, nas palavras de Silva (2003) é a hiper-reatividade, o que permite comparar a mente DDA a uma “antena parabólica, captando os mais diversos estímulos do mundo externo”

(SILVA, 2003, p.93), influenciando na sua capacidade de sustentar a atenção sem que haja um estímulo muito relevante.

Porém, considerando essa dificuldade de manter a atenção, típica do transtorno, essas pessoas podem ter “habilidade de realizar várias tarefas, independentes, em série, sem perder de vista as suas metas”. Esse recurso mental é uma “valiosa habilidade das dificuldades de manter a concentração”[...] (HARTMANN, 1997 apud BASTOS, 2005, p.69).

Muitas pessoas com TDAH, especialmente na predominância hiperativa, são impetuosas e vivem em busca de emoções. Têm dificuldade de concluir, possuem humor instável, divagam muito e suas lembranças são cheias de lacunas. Algumas são hipoativas (geralmente meninas), na predominância desatenta. Conforme depoimentos, a vida dessas pessoas, é repleta de histórias de incompreensão, comunicação deficiente, auto-reprovação, baixo rendimento, comportamento arriscado... mas, também de simpatia, intuição, solidariedade intensa, uma capacidade especial de ver o interior das pessoas e das situações (HALLOWELL; RATEY, 1999; VICTOR, 2009).

Porém, também é comum encontrar pessoas que, devido a fraca capacidade atentiva, do tipo sustentada, tenham problemas no manejo social, uma vez que não percebem os sinais sutis que determinam o quanto está ou não agradando, sendo inconveniente ou transgredindo regras convencionais (SILVA, 2003).

Um esforço de especialistas de diferentes países, no sentido de desfazer mal entendidos que cercam o conhecimento sobre o TDAH, resultou em um documento. Em janeiro de 2002, a “Declaração Internacional de Consenso sobre o TDAH” foi encabeçada por Russell A. Barkley, professor de psiquiatria e neurologia da Universidade *Massachussetts Medical School,* EUA, seguido de 80 profissionais, apresentando, entre outros, os seguintes pontos (BARKLEY, 2008, p.65):

1. Não existe dúvida que o TDAH é um transtorno genuíno.
2. Existe suficiente evidência científica que esse transtorno compromete mecanismos físicos e psicológicos que são comuns a todas as pessoas.
3. As deficiências ocasionadas pelo TDAH podem acarretar sérios prejuízos na vida da pessoa.
4. Existe comprovação que o TDAH pode ser responsável por maior mortalidade, maior morbidade, prejuízos na vida social, no funcionamento

familiar, nos estudos, e na aquisição de uma vida independente.
5. As pessoas com TDAH estão mais sujeitas a acidentes.
6. A contribuição maior para a ocorrência desse transtorno se deve a fatores genéticos e neurológicos, sendo que o ambiente familiar contribui pouco para isso.
7. O TDAH não é um problema benigno. Pode trazer problemas muito sérios.
8.Quem tem o transtorno apresenta uma chance maior de abandonar os estudos.
9. A pessoa com TDAH está mais sujeita a ter um rendimento baixo no trabalho.
10. Gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis, multas de trânsito, conflitos matrimoniais e depressão são mais comuns nessas pessoas.
11. Menos da metade das pessoas com esse transtorno estão em tratamento.

Assim, diante de sintomas como a dificuldade para manter a atenção, controlar impulsos, seguir instruções, entre tantas outras características peculiares abordadas, não é de se admirar que as crianças com TDAH, vivenciem problemas na escola, desde a Educação Infantil. As dificuldades aparecem tanto em relação ao aprendizado quanto às relações sociais e "demandam uma abordagem realista e objetiva" (SENA; NETO, 2007, p.24).

Muitos problemas relacionados às fragilidades de quem tem TDAH, especialmente o fracasso escolar, estão frequentemente ligados à fraca capacidade atentiva, que perpassa em maior ou menor grau, por todas as apresentações do transtorno.

É certo que a sociedade contemporânea demanda cada vez mais atenção, memória, foco, objetividade, entre outras habilidades, em razão do dinamismo da informação e volatilidade do conhecimento. Nesse sentido, um indivíduo com TDAH, pode ficar em desvantagem em relação a outro que não tenha o transtorno, caso não desenvolva estratégias para superar suas dificuldades.

A capacidade atentiva é um fator de bastante relevância nas questões de aprendizagem. De acordo com Bastos (2005), a atenção tem profunda relação com a afetividade e a vontade, podendo ser voluntária ou involuntária. A atenção, operacionaliza a sensopercepção e a cognição, influenciando a seleção de

elementos perceptivos e os registros na memória. Assim, “o processo de registro só pode ser iniciado com a focalização da consciência no objeto. Sem isso, não há produção de memória, nem aprendizado” (BASTOS, 2005, p.74).

Ser identificado e ter um tratamento adequado, clinicamente e/ou no âmbito escolar, pode ser a diferença entre o fracasso e o sucesso para além da escola, no indivíduo com TDAH.

1.1.3 O TDAH nos últimos 10 anos

Os estudos sobre TDAH avançam, trazendo novas perspectivas, sem refutar os clássicos. Nesse sentido e reafirmando a hipótese de que o TDAH não é um transtorno fundamentalmente contemporâneo, ligado as pressões da sociedade do conhecimento e da tecnologia, em estudo mais recente, Barkley e Helmuth (2012) referenciam o achado de um livro de 1775, intitulado Der Philosophische Arzt, do médico alemão, Melchior Adam Weikart, onde há um capítulo sobre déficit de atenção, chamado pelo autor de *attentio volubilis*. A descrição aponta para a dificuldade de concentração, demandando um esforço maior do indivíduo em relação aos outros; a distrabilidade provocada por coisas como inseto, sombra, som, e até mesmo os próprios pensamentos; pessoas que ouvem a metade do que é falado, memorizam ou repassam informação da metade do que ouviram e de forma pouco clara; inconstantes na execução de tarefas, descuidadas e imprudentes.

Um estudo de Azevedo et al. (2010), também corrobora a ideia de que o TDAH não é um transtorno relacionado a grandes centros e a uma vida atribulada. Demonstram a existência do transtorno em tribos indígenas da Amazonia Brasileira, da etnia Karajá. O estudo apresentou uma prevalência de 24,5% entre crianças e jovens de 7 a 16 anos, sendo a percepção dos pais o fator predominante para seleção dos avaliados. A alta taxa de prevalência encontrada, bem acima da média mundial, é explicada pela metodologia da pesquisa, que partiu de uma pré-seleção, delimitando o universo pesquisado a uma parte do todo.

Posterior a esse estudo com colaboradores, Azevedo (2012) encontrou resultados diferentes para uma amostra aleatória, com estratificação de acordo

com faixa etária e sexo proporcional ao tamanho das aldeias pesquisadas. Quando os respondentes foram os pais ou cuidadores, obteve-se uma taxa de prevalência de 10,4%. Quando os respondentes foram os professores, essa taxa caiu para 2,8%. Registrou-se também uma alta taxa de prevalência de comorbidades, com uma taxa de 60% para Transtornos Afetivos; 86,7% para Transtorno de Conduta (TC) e Transtorno Opositor Desafiador (TOD) e 83,3% para Transtorno de Ansiedade. Esses resultados, somados à informação sobre o alto índice do abuso de álcool e drogas por parte dos jovens Karajás, corrobora estudos que associam o abuso de substâncias ao TDAH não tratado, especialmente no caso de comorbidade com Transtornos de Conduta (ROHDE et al, 1999; 2000). A diferença cultural também corrobora o viés biológico do transtorno.

Diferentes estudos acatados por pesquisadores portugueses, confirmam a prevalência de comorbidade do TDAH com pelo menos mais um transtorno, entre 50 a 87% dos casos. Lopes et al (2007, p.20), divide as condições associadas ao TDAH em *"Perturbações Psicológicas/ Psiquiátricas"*, *"Perturbações do Desenvolvimento*" e *Patologias Médicas*", cujas características comportamentais incluem com freqüência sintomas de hiperatividade e déficit de atenção. A primeira, engloba Transtorno Opositor, de Conduta, do Humor, de Ansiedade, Tiques e Abuso de Substâncias. Já a segunda condição associada, abarcam Transtornos do Desenvolvimento da Coordenação Motora, Dificuldades Específicas de Aprendizagem, de Linguagem, Deficiência Mental e Autismo. Na última condição citada, encontra-se a Síndrome do X-Frágil, Alcoólico Fetal, Déficits Sensoriais, Epilepsia e Lesão Cerebral pós-Traumatismo Cranioencefálico (TCE).

Ainda assim, há controvérsias sobre o TDAH. Signor (2013) aponta uma grande preocupação com o que chama de "processo de patologização" da educação, responsabilizando o discurso do TDAH como propulsor das características que levam ao prejuízo social e acadêmico. Nesse sentido, em pesquisa bibliográfica e um estudo de caso, aponta para a construção social do transtorno, especialmente relativo ao discurso escolar, que chamou de "discursivização negativa". Nas palavras de Signor, constrói-se o diagnóstico, para justificar o desajuste de alunos que não se alinham com a proposta pedagógica de uma escola despreparada para lidar com a subjetividade e a

vontade dos indivíduos (SIGNOR, 2013). O caso relatado pela pesquisadora expõe a situação de uma criança que entra na escola aos dois anos e, ano após ano, tem relatórios negativos em relação aos comportamentos que essa instituição entende serem próprios da idade e condizentes com a diversidade entre as crianças, induzindo a família a acreditar que haveria algo fora da escola a ser investigado. Foi sugerido que haveria algo patológico já que "também" não haviam problemas no ambiente familiar. Assim, aos 6 anos a criança foi levada ao psiquiatra, avaliada e diagnosticada com TDAH. Medicada e acompanhada por psiquiatra, ainda assim não conseguiu ser alfabetizada antes do terceiro ano, entendendo, a pesquisadora, ter sido um caso de mau diagnóstico, onde se culpabiliza a criança por problemas de natureza didático-pedagógica relacionadas a contemporaneidade.

Há uma linha tênue entre o que se pode esperar da capacidade atentiva e o que a sociedade demanda da mesma (CALIMAN, 2008). Essa percepção sobre a atenção influencia o olhar médico e escolar, e consequentemente, a medicalização juvenil. Segundo o autor:

> O diagnóstico do TDAH foi legitimado nos campos educacional e legal, mas ao mesmo tempo o uso abusivo de tais ferramentas também alimentam o clima de suspeita em torno do diagnóstico, tornando ainda mais frágeis as linhas que separam a condição mórbida que ele descreve do desempenho normal da atenção e das tentativas de superação de seus limites[...] (CALIMAN, 2008, p.564).

Alguns dos argumentos usados para questionar o diagnóstico do transtorno, passam pelas características que são comuns a todas as pessoas, como a oscilação atentiva, a impulsividade e a hiperatividade, em algum momento da vida. Esse questionamento é refutado pelos teóricos do TDAH que esclarecem sobre a importância do tempo e intensidade dos sintomas. "Todo mundo tem um pouco de desatenção, inquietude e impulsividade [...]. Mas quem tem TDA/H, tem muito, muito mesmo", comprometendo alguns setores da vida do indivíduo (MATTOS, 2003, p.30).

Nem tão descrente do TDAH, nem tão favorável à medicalização, Serralha (2010) - apoiada nas idéias de Winnicott - questiona os excessos no tratamento farmacológico em detrimento de melhores cuidados parentais, mudanças de atitude e mudanças no ambiente do entorno da criança/jovem que apresentam

comportamentos que trazem desconforto para a família e para si mesmas. Alerta para os mecanismos de defesa da criança quando lhe faltam o atendimento às suas necessidades (complexo de privação), que gera ansiedade e comportamentos idênticos aos listados nos critérios diagnóstico do TDAH. Assim, embora não rejeite a existência do transtorno e os prejuízos que causa, pondera quanto à importância de uma avaliação precisa que considere todo o contexto e, ainda que se confirme o diagnóstico, o momento de se utilizar a medicação, que no seu entendimento, não deve ser o primeiro recurso a se lançar mão. Muitas vezes a medicação pode eliminar os sintomas que perturbam a família, a escola e até a própria criança, mas eliminam também "a possibilidade de uma compreensão das necessidades de algum cuidado específico que a criança possa estar apresentando e que, por ausência ou insuficiência deste, ela reage" (SERRALHA, 2010, on-line).

Em caminho análogo, Pereira e Silva (2011) tendem a uma visão mais sociointeracionista sobre as bases da atenção. Questionam a biologização dos sintomas atribuídos ao transtorno e, consequentemente, a medicalização. Nesse sentido, apóiam seu discurso nas idéias de Vigotsky (1998), para quem as funções psicológicas superiores, entre elas a atenção, antes de serem internalizadas pela criança, consistem em atividades interpsicológicas ancoradas nas relações entre os sujeitos. Assim, a atenção não deveria ser vista como "uma capacidade meramente inata e cerebral, mas sim muito mais como fruto da relação dialética entre um organismo biológico e o seu meio histórico cultural" (PEREIRA; SILVA, 2011, on-line). Nesse sentido, a escola tem grande influência na questão da aquisição da atenção por parte da criança, mas conforme Eidt e Tuleski (2007 apud PEREIRA; SILVA, 2011), tem justificado o fracasso escolar com transtornos como o TDAH, eximindo a escola e o contexto social no qual a criança está inserida, da responsabilidade pelo mesmo.

Porém, em relação a todas as questões apontadas como base das controvérsias, mais uma vez a grande questão são os excessos. É possível, no caso referido anteriormente por Signor, que tenha havido uma inconsistência no diagnóstico e também nos relatórios das professoras. Mas apenas se pode dizer que "é possível". São muitas variáveis a serem observadas e o fato é que a criança, em meio a outras na mesma escola, na mesma sala, apresentou uma dificuldade importante (dificuldade de aprendizagem de leitura) além da questão

comportamental. Foi alfabetizada apenas no terceiro ano de escolarização, o que poderia ser justificado por várias patologias, inclusive o TDAH. Mas na avaliação da autora, o atraso se deu “por questões delegadas à esfera afetiva/educacional”. (SIGNOR, 2013, on-line).

Não se descarta que em muitas escolas há problemas de diversas naturezas que influenciam no comportamento dos alunos, seja na parte didático/pedagógica/relacional ou na estrutura física. Existem ainda diversos fatores externos ao ambiente escolar que influenciam a relação aluno/aprendizagem, além de outros transtornos e dificuldades de aprendizagem. **É certo que nem tudo é TDAH**.

Uma avaliação bem feita é fundamental em qualquer diagnóstico, tanto de confirmação quanto de descarte. Reafirmando uma das prerrogativas da presente pesquisa, conforme Domingues, Zancanella e Baseggio (2013), o papel do professor é fundamental nesse processo. Também são essenciais profissionais como psicólogos, pedagogos e outros que auxiliem no processo de compreender o comportamento e distinguir o normal do patológico.

Bastos (2011) alerta para o fato de que a maior parte dos transtornos psiquiátricos apresenta alterações na atenção. O foco no comportamento, e não nas funções neuropsicológicas essenciais como a memória e a afetividade, entre outros, além contexto, pode levar a erros no diagnóstico. O autor considera que o diagnóstico deve ser fundamentalmente clínico. Escalas e testes dão subsídios para essa avaliação, mas não resultados definitivos. A deficiência atencional, por exemplo, pode se manifestar como um quadro primário ou como um sintoma secundário a diferentes transtornos ou distúrbio e também a diferentes circunstâncias. O mesmo se pode esperar para a impulsividade e a hiperatividade, que fecham a tríade de sintomas básicos do TDAH. O autor ressalta que uma criança com síndrome de Down ainda que apresente atenção deficitária ainda assim não será considerada uma criança com TDAH.

Vale ainda lembrar que muitas crianças aos olhos dos especialistas e professores se enquadram nos critérios de TDAH em dado momento, mas em outro posterior, já não apresentam mais os mesmos comportamentos que levaram a essa conclusão. Isto pode ser atribuído a um amadurecimento cortical mais tardio, ou ainda a fenômenos temporários relacionados aos diferentes contextos sociais nas quais se insere. Porém, o erro diagnóstico, apenas remete a

importância de se fazer uma avaliação criteriosa quando há suspeição do transtorno, não confirma sua inexistência.

Em suma, ao realizar as avaliações os profissionais da educação e da saúde precisam ter em mente todas estas situações que podem mascarar ou induzir a um diagnóstico errôneo.

Assim, coadunando com o entendimento de que o TDAH não é um transtorno inventado, boa parte dos artigos encontrados nas bases de dados pesquisadas, trata das especificidades do mesmo em diferentes aspectos. Afunilam o tema focando em comportamentos sociais e acadêmicos, além da relação entre eles na questão do fracasso/sucesso do aluno.

Nesse sentido, Messina e Tiedemann (2009) realizaram um estudo aprofundado sobre a memória de trabalho em crianças com TDA/H, entre 7 e 15 anos. Confirmam a alta probabilidade de ligação entre a baixa memória de trabalho e o baixo desempenho atencional. Porém, foi constatado na sua amostra, que não houve evidência de dificuldade de aprendizagem nas áreas estudadas, de modo geral, assim como não encontraram discrepâncias na capacidade cognitiva em relação ao grupo de controle. Constataram ainda que as crianças com TDA/H estabelecem menos associações, dificultando a integração de informações. Beneficiam-se menos de recursos verbais e mais de recursos visuais, o que pode acarretar dificuldades na habilidade de leitura, entre outras (MESSINA; TIEMANN, 2009).

Nem sempre um transtorno ou deficiência, define por completo as especificidades de um indivíduo. Dificuldades de Aprendizagem como discalculia (dificuldades com matemática) e dislexia (dificuldades com a leitura e escrita) são relatadas em casos de TDAH, da mesma forma que há relatos de autismo, transtorno comportamentais, AH/SD, entre outros.

Grevet et al. (2007) referenciam a relação com transtornos de oposição e desafio (TOD), de conduta (TC) e de personalidade anti-social (TPAS) a um prognóstico de dificuldades na vida adulta de uma pessoa com TDAH. Passos e Lopez (2010) identificam a comorbidade com a Síndrome de Gilles de La Tourette, com efeitos positivos relativos ao tratamento do TDAH nos sintomas da síndrome, com significativa redução dos tiques.

Conforme Feigin et al. (2008 apud ALVES et al., 2014), há uma prevalência entre 25-40% de associação entre TDAH e TA (Transtorno de Aprendizagem).

Assim, é muito relevante a investigação da comorbidade com TDAH quando se identifica um TA na criança ou jovem com dificuldades escolares. Distúrbios no Processamento Fonológico (DPF) e Processamento Auditivo Central (PAC), também podem estar relacionados ao TDAH e TAs comprometendo a percepção das experiências cotidianas, que constituem conhecimentos de base para demais aprendizagens (CAVADAS; PEREIRA; MATTOS, 2007).

Transtornos Específicos de Aprendizagem (TA) como: dislexia, discalculia, disgrafia, disortografia, entre outros, agravam muito os problemas gerados pelo TDAH. (BARKLEY, 2002; DORNELES et al., 2014; SEGENREICH; MATTOS, 2007; RODRIGUES; SOUZA, 2010).

A comorbidade com Altas Habilidades/Superdotação (AH/SD), é referenciada por Minahim e Rohde (2015), entre outros. Segundo Piechowski:

> indivíduos com altas habilidades frequentemente demonstram extrema facilidade para se expressar nas áreas psicomotora, intelectual, imaginativa, emocional e dos sentidos, como por exemplo, rapidez na fala, ações impulsivas, agitação motora e dificuldade em permanecer parado, por intensa visualização e devaneios[...] (PIECHOWSKI, 1986, apud FLEITH, 2007 p. 43,44).

Nesse sentido, a agitação motora, que muitas vezes pesa no diagnóstico de TDAH, é explicada como derivada da "superexcitabilidade psicomotora" que, no caso do indivíduo com AH/SD, é dirigida a uma meta. Os devaneios, geralmente atribuídos ao indivíduo com TDAH na predominância desatenta, podem estar relacionados a "superexcitabilidade imaginativa" que não deveria ser vista como falta de atenção, mas como um "tempo ininterrupto de processamento criativo" (RAMOND, 1984 apud FLEITH, 2007, p.44). Sabatella (2005, apud FLEITH, 2007) e Ourofino (2005 apud FLEITH, 2007) destacam o potencial que indivíduos com AH/SD tem para serem, equivocadamente, avaliados como TDAH, devido a esse alto nível de energia, menor necessidade de sono, devaneio criativo e excitabilidade.

Assim, vale ressaltar a importância de uma avaliação cuidadosa, multiprofissional, levando-se em conta as observações da família, da escola, da própria criança e de seus pares, conforme o caso, sem perder de vista, que os sintomas, nas palavras de Madureira et al (2007),

> [...]pioram em situações em que é necessário (SIC)manter a atenção ou em situações não apelativas ou sem carácter de novidade (como por exemplo ouvir o professor durante a aula). Podem, pelo contrário, ser mínimos em actividades que a criança considera interessantes, quando há perspectivas de recompensa se o comportamento for adequado ou numa situação face a face (como por exemplo numa consulta médica). (MADUREIRA et al, 2007, p.11)

Ainda conforme Madureira et al (2007), corroborando outras pesquisas e entendimentos relativos ao TDAH, que na escola portuguesa é chamado de PHDA, a maioria das crianças com esse transtorno sofre com a dificuldade de controlar seus impulsos, de prestar atenção, apresentando dificuldades escolares, "são culpabilizados pelos pais e professores e rejeitados pelos pares. Tudo isso contribui para a abaixa auto-estima e a tendência ao isolamento social" MADUREIRA, et al, 2007, p.11).

O diagnóstico do TDAH é clínico e depende que os profissionais envolvidos tenham um conhecimento profundo sobre os sintomas, a evolução da síndrome, os padrões normais do desenvolvimento humano e a diferença entre outros transtornos, para cruzar com as referidas informações. Os sintomas clássicos do TDAH, que geralmente despertam a atenção para a investigação do transtorno, podem estar relacionados a outros problemas e síndromes. Bastos (2011) destaca a "essencialidade" da avaliação neuropsicológica adequada, para o diagnóstico do TDAH.

Corroborando com esse entendimento de que o déficit de atenção cursa com outros transtornos e a avaliação clínica é fundamental no diagnóstico de TDAH, destacam-se as palavras de Coelho e Bastos (2011):

> [...] o diagnóstico deve ser essencialmente clínico, o que significa que não pode ser feito isoladamente por nenhuma escala ou teste. Somente uma avaliação adequada, juntamente com os exames complementares e os demais dados colhidos com o paciente pode constatar a existência ou não do transtorno. Mesmo sendo inegável que muitas crianças apresentam esse quadro – quando apropriadamente diagnosticado – devemos levar em conta que, numa visão psicopatológica mais ampla, o processo de atenção envolve uma interação complexa de funções, e que o déficit consiste num quadro sindrômico, e não em uma doença específica. Assim o déficit de atenção pode se manifestar como um sintoma secundário à vários distúrbios e circunstâncias, e não apenas como um transtorno primário [...] (COELHO; BASTOS, 2011, on-line)

1.1.4 A Escola e o TDAH

A medida que se entende a forma de pensar da pessoa com TDAH, bem como seus pontos fortes e fragilidades, e se individualiza esse entendimento, chega-se mais perto das possíveis estratégias que favoreçam o desempenho acadêmico da pessoa (indivíduo) com o transtorno.

A criança ou jovem com TDAH passa por diferentes situações na escola, conforme a predominância das apresentações do transtorno. Pode ficar esquecida em um canto da sala acumulando dificuldades que só aparecem nas avaliações, ou pode ser o centro das atenções, na maioria das vezes despertando reações desfavoráveis a sua imagem, seja por manter-se em movimento em demasia, incomodando colegas e professores, por esquecer-se das tarefas escolares, entre outros aspectos (SENA; NETO, 2007).

O olhar atento do professor, comprometido com a educação como um todo, para além do currículo, faz uma grande diferença na efetivação da inclusão, que é também a efetivação da cidadania. Nesse sentido, a educação não pode prescindir de ser para todos, mas não igual para todos.

A escola tem um papel fundamental na mudança de paradigmas, que contribuam para um melhor acolhimento do aluno, para um atendimento mais efetivo das NEEs de cada um e para que as intervenções ocorram com a precocidade necessária ao melhor resultado possível no seu desenvolvimento global.

É preciso conhecer para poder entender e agir em consonância com o que é produtivo para essa criança, ao invés de ficar insistindo em atitudes tradicionalmente consideradas corretas mas infrutíferas nesses casos.

A criança com TDAH, geralmente tem dificuldade de seguir uma sequência de instruções. Se o professor der três ordens, por exemplo, provavelmente a criança só cumprirá a primeira e esquecerá as outras. Ainda assim, poderá perder a atenção por alguns segundos com algum estímulo externo ou com seus próprios pensamentos e perder parte da informação. Nesse caso, vale o professor ter uma atitude diferenciada com esse aluno e dar uma ordem de cada vez, além de verificar se houve a compreensão da ordem, ao invés de esperar o fracasso na execução da tarefa para depois punir (MATTOS, 2003; BARKLEY, 2008).

Outra característica que costuma comprometer o desempenho escolar e provocar situações de estresse entre criança, professor e família é a dificuldade

para fazer anotações, e acompanhá-las. A coordenação mão/olho, costuma ser prejudicada na criança com TDAH, o que faz com que consuma muito mais tempo para copiar do quadro e até mesmo acabe desistindo, com a ideia de pegar com o colega posteriormente. Porém, com sua distração e/ou agitação, acaba por não pegar. Assim, somando-se a isso a dificuldade de organização, não cumpre algumas tarefas, passando por displicente e desinteressado, e criando conflitos que se estendem ao cotidiano familiar, minando as relações (BRAKLEY, 2008; SENA; NETO, 2007).

Nos anos iniciais do ensino fundamental, por exemplo, pode ser imprescindível que o professor auxilie a criança nas anotações de tarefas, por exemplo, ditando para ele anotar. Olhar para o quadro e o caderno pode ser bastante sacrificante para essa criança pois, se perde com facilidade e assim, se atrasa muito, além de errar mais. Recursos como fotografar ou gravar também podem ser utilizados, especialmente quando a anotação manual for causar um constrangimento para a criança ou jovem, como ficar depois da hora. Ainda assim o professor deve auxiliar no desenvolvimento da habilidade com a escrita e coordenação mão/olho com atividades diversas, com jogos e brincadeiras além da escrita propriamente dita.

Algumas atividades que exigem mais atenção e foco do aluno, podem ser beneficiadas por uma disposição tradicional das mesas e cadeiras, enfileirada, no lugar de agrupadas. O formato de grupo ou círculo, facilita a dispersão (BARKLEY, 2008).

O TDAH e transtornos de aprendizagem, conforme diversos estudos, tem relação com déficits na coordenação motora fina, especialmente. Inclui-se aí a coordenação mão-olho, relacionada a capacidade de copiar do quadro, entre outras, que podem ser avaliadas a partir de testes com atividades envolvendo cubos em torre, labirinto, lançamento de bola, e outros. Assim, jogos que envolvem essas habilidades, como tiro ao alvo, boliche, basquete, dardo e jogos de tabuleiro, ajudam na superação dessa dificuldade. Livros de colorir, com ou sem modelo para cópia, assim como desenhos para serem completados ou copiados, quebras-cabeças, jogos de encaixe, empilhamento, alinhavo e uma infinidade de variações dentro desses conceitos também são recursos que podem ser explorados com sucesso, sem se tornarem entediantes para a criança (OLIVEIRA, 2014; OKUDA et al 2010).

Quando a escola, o professor, os pais, insistem em tratar a todos igualmente, não estão sendo inclusivos. Cada um tem demandas diferentes e precisa ser atendido em suas necessidades. Escolas mais focadas na formação global do aluno, que valorizam as diferenças individuais além das habilidades acadêmicas, "enfatizando o lado humano das relações em um contexto biopsicossocial, são mais indicadas para portadores de TDAH do que as escolas que priorizam a competitividade e os resultados quantitativos" (SENA; NETO, 2007, p.73).

O aspecto físico da escola, também influencia na forma como esse aluno com TDAH vai responder as interações no espaço/tempo escolar. Para que as chances de que os objetivos acadêmicos dentro da perspectiva da inclusão sejam atendidos, alguns aspectos devem ser observados. O ambiente deve ser, antes de tudo, agradável e motivador, de acordo com a faixa etária da criança, sem exageros de informações, que acabam se configurando em distratores.

A criança com TDAH, precisa de um apoio psicopedagógico mais intenso e demanda mais atenção do professor. Para tanto, é importante que a sala tenha um número reduzido de alunos, um ambiente tranqüilo, com poucos distratores, na medida do possível, de forma que permita ao professor uma melhor gerência da turma, e ainda tenha condições de perceber as emoções envolvidas no processo de aprendizagem de todos, mas especialmente dessa criança com TDAH. Não raro, ela já chega à escola com uma carga negativa de emoções devido a frustrações e uma visão negativa de si mesma reforçada pelas demonstrações explícitas de descontentamento com suas atitudes e resultados. Assim, também é importante que essa criança tenha apoio educativo individualizado ou eventual apoio da Educação Especial, conforme o caso, rotinas consistentes, acesso a recursos que explore os diferentes sentidos. O professor deve considerar trabalhar com tarefas que impliquem alguma atividade motora, dar instruções curtas e freqüentes, sempre certificando-se da compreensão por parte do aluno e evitar ao máximo situações que exponham a criança em suas fragilidades. (MATTOS, 2013; SENA; NETO, 2007; CORDINHÃ; BOAVIDA, 2008).

Na Educação Infantil (EI), atitudes por parte do professor, como por exemplo, lembrar a criança, calmamente, da rotina que deve seguir, através de imagens e marcadores como uma determinada música, por exemplo, que

antecede uma determinada atividade, ajuda a manter a ordem e a tranquilidade da criança. No caso de crianças muito agitadas e impulsivas, além de uma ajuda extra, o professor precisa envolvê-las nas atividades. Segurar o livro para os amigos verem a ilustração enquanto o professor conta uma história, pode manter a criança mais concentrada/focada por algum tempo. No caso de crianças muito dispersas, esse tipo de atitude também funciona, assim como envolvê-las com uma criança mais falante e ativa. É importante que se explore ao máximo o brinquedo e a brincadeira, tanto no desenvolvimento de habilidades psicomotoras quanto relacionais (KISHIMOTO, 2010).

O TDAH não está relacionado a uma determinada faixa de inteligência. Porém, vale registrar que alunos com deficiência intelectual, invariavelmente terão déficit atentivo, ainda que não sejam primariamente TDAH. Ainda assim o transtorno pode ocorrer em alunos com inteligência limítrofe, normal e acima da média. Qualquer resultado pode ser esperado em termos de desempenho acadêmico por esses alunos. As repetências não são raras, mesmo em crianças com inteligência acima da média. Porém, a inteligência é provavelmente um fator determinante nos casos de sucesso da pessoa com o transtorno (MATTOS, 2003).

Estratégias de ensino, baseadas na compreensão de como o cérebro funciona, vem sendo cada vez mais difundidas. A neurociência comprova que o aprendizado depende de pelo menos 3 fatores: a repetição (é a base das mudanças sinápticas que implementam a nova maneira de agir, pensar ou sentir); retorno negativo (informa quando se erra e é preciso tentar novamente) e retorno positivo (quando se sinaliza que foi feita a coisa certa, o que deve ser repetido). Tanto em questões comportamentais como em aprendizagens formais, de conteúdos escolares, é preciso que se dê oportunidade a criança/jovem, de repetir as experiências e reformular as ações, quando for o caso (RELVAS, 2015).

É possível ainda que as dificuldades tanto no âmbito relacional como no desempenho acadêmico, sejam agravadas pelas possíveis comorbidades com outros transtornos, conforme já explicitado. Certamente o professor vai precisar contar com a ajuda de uma equipe multidisciplinar. Conforme Barkley (2002) uma rotina bem organizada e um contato familiar respeitoso é o primeiro passo para superar as dificuldades.

São muitas as nuances do TDAH conforme as particularidades de cada criança e os fatores ambientais que a cercam. Assim, pode-se depreender que há uma gama enorme de estratégias que podem funcionar com determinada criança, em dado momento e não funcionar com outra criança ou até com a mesma em outro contexto. Porém, há algumas situações e estratégias que são predominantemente positivas na lida com a criança com TDAH. Estabeleça um bom vínculo com a criança, repita as regras com clareza e objetividade, evitando o "discurso". Também é aconselhável permitir que a criança se movimente, se levante de tempos em tempos, mesmo durante uma tarefa. Elogie os avanços, incentive e auxilie quando houver dispersão e procrastinação. Usar marcadores de textos, gráficos, gravuras, listas de lembretes e também a tecnologia disponível, também contribui na superação das dificuldades desse aluno (BARKLEY, 2002; SENA; NETO, 2007; MATTOS, 2002).

Cada vez mais as escolas, inclusive públicas, vem tendo acesso a tecnologia computacional. Os resultados desse aporte dependem de diversos fatores, porém, estudos indicam a possibilidade de desenvolvimentos de novas competências cognitivas como: “maior responsabilidade dos alunos pelo trabalho, novos laços de entre-ajuda e novas relações professor-aluno”. Assim, nas palavras de Tarouco et al,

> O computador vem se constituindo numa ferramenta valiosa, “que pode (e deve) ter todas as suas potencialidades utilizadas com propósitos educacionais, proporcionando ao professor a possibilidade de enriquecer sua prática pedagógica com recursos multimídia, tais como jogos educacionais, vídeos, animações, gráficos e outros materiais que possibilitem ao aluno aprender de forma prazerosa, cativante, divertida e motivadora (TAROUCO et al 2004, p.1).

Tudo isso, só favorece o processo de aprendizagem, especialmente de crianças com uma dificuldade real de manter a atenção sustentada ainda que em condições favoráveis. Os recursos multimídia geralmente são atraentes para os alunos e podem contribuir para uma aprendizagem significativa se forem bem explorados. Assim, contribuem para o “processo de resgate do interesse do aprendiz, na tentativa de melhorar sua vinculação afetiva com as situações de aprendizagem” (BARBOSA, 1998, apud TAROUCO, 2004, p. 25).

Crianças e jovens com TDAH, através do jogo, podem superar dificuldades de reconhecimento e entendimento de regras, de identificação dos contextos do uso dessas regras, sendo estimulada a enfrentar desafios e usar a criatividade em situações similares ou não ao cotidiano, conforme o tipo de jogo.

São muitas possibilidades de jogos (ação, aventura, cassino, lógicos, estratégicos, esportivos, *role-playing games* (RPG) e outros) e não necessariamente educativos em essência, que podem promover o desenvolvimento de habilidades que auxiliam no processo de aprendizagem. Os jogos de ação, aventura e esportes, por exemplo, como *vídeo-games* de corrida, *skate*, *bike,* lutas, futebol, entre outros, contribuem para melhorar a coordenação mão-olho, que tanto traz dificuldades ao aluno com TDAH e outros transtornos de aprendizagem. Esses jogos também contribuem para o desenvolvimento de hábitos de persistência no cumprimento de desafios e tarefas e melhoram a flexibilidade cognitiva, funcionando como uma "ginástica mental" aumentando a rede de conexões neurais e alterando o fluxo sanguíneo do cérebro, devido a concentração extrema que muitas vezes provocam. Há ainda a possibilidade do professor desenvolver jogos, conforme seu interesse e necessidade dos alunos, com o uso de programas especiais, entre eles, o *Macromedia Flash MX e o Microsoft PowerPoint*, com vários recursos facilmente utilizáveis a partir de uma interface simples e intuitiva (TAROUCO et al, 2004).

Outro exemplo de jogo que pode contribuir bastante com o desenvolvimento de habilidades sociais e acadêmicas, especialmente na questão lógico-visuo-espacial, é a Torre de Hanói (ToH). Trata-se de um jogo eletrônico que tanto pode ser usado na avaliação quanto para desenvolver habilidades. Em estudo com crianças com déficit intelectual, utilizando o jogo ToH, identificou-se que o mesmo "contribuiu para a plasticidade cognitiva, a transcendência da aprendizagem, a auto-regulação e a mediação de sentimentos de competência entre os alunos com deficiência intelectual" (COELHO; BASTOS, 2013, p.237).

Conforme Botelho (2004) diferentes tipos de jogos podem ser usados de diferentes formas:

> [...] para treinamento de habilidades operacionais, conscientização e reforço motivacional, desenvolvimento de insight e percepção, treinamento de comunicação e cooperação, integração e aplicação prática de conceitos aprendidos e até mesmo *assessment* (avaliação de aprendizagem) (BOTELHO, 2004 apud TAROUCO et al, 2004).

A criança ou jovem com TDAH, ainda que não tenha déficit intelectual, pode se beneficiar das possibilidades de aprendizagem que esse jogo proporciona, especialmente quando tem déficits relacionados a competências lógico-visuo-espacial e dificuldades com a auto-regulação. Especialmente se advindas de um contexto sócio-econômico e cultural desprivilegiado, essas crianças, assim como as com outras deficiências e transtornos, sofrem com a dupla exclusão. Conforme Coelho e Bastos (2013), a cultura midiática e o espaço lúdico, via jogos eletrônicos, "tem importante papel no processo de subjetivação e inclusão social." Concluem assim, que "as experiências com jogos eletrônicos parecem afinadas com as práticas contemporâneas usadas por jovens no seu cotidiano" beneficiando qualquer criança ou jovem, estando ou não dentro de um processo normal de desenvolvimento, treinando e ampliando possibilidades de forma lúdica com efetividade (COELHO; BASTOS, 2013).

Para Barkley os professores tendem a responder negativamente quando os alunos não correspondem as suas expectativas, principalmente se forem opositores e/ou perturbadores da ordem em sala, tornando-se mais rigorosos e autoritários e, com isso, podem "piorar suas já tão pobres conquistas sociais e acadêmicas reduzindo sua motivação para aprender [...]diminuindo sua auto-estima[...]" (BARKLEY, 2002, p.234).

Nesse sentido, Hallowell e Ratey, exaltam o aspecto emocional do aprendizado e afirmam:

> [...] "essas crianças precisam de ajuda especial para encontrar prazer em sala de aula, conhecimento em vez de fracasso e frustrações, estímulo em vez de tédio ou medo", e concluem: "é fundamental prestar atenção as emoções envolvidas no processo de aprendizagem" (HALLOWEL; RATEY, 1999, p.205).

A afetividade e a vontade, por exemplo, são funções psíquicas que operacionalizam a atenção. Assim, esta deve ser observada e avaliada na inter-relação com as funções psíquicas (COELHO; BASTOS, 2011).

As crianças ou jovens com TDAH, podem se tornar vulneráveis afetivamente, a medida que aumentam as pressões e cobranças. As dificuldades, assim, tornam-se mais aparentes e o círculo vicioso se reforça: o stress implica na capacidade de resposta do indivíduo, que reage mais impulsivamente,

provocando situações mais difíceis. Tanto as relações sociais quanto o processo de aprendizagem, costumam ser prejudicados diante dessa realidade (SENA; NETO, 2007).

Dessa forma, confirma-se a importância do olhar sobre o TDAH como gerador de Necessidades Educacionais Especiais que precisam ser atendidas, na perspectiva da inclusão, e conforme considera Mantoan (2006):

> [...] implica uma mudança de perspectiva educacional, porque não atinge apenas os alunos com deficiências e os que apresentam dificuldades de aprender, mas todos os demais, para que obtenham sucesso na corrente educativa geral [...] (MANTOAN, 2009, p.19).

1.1.5 A Legislação e o TDAH

A Constituição da República Federativa do Brasil (1988) é o ponto de partida para se pensar a Educação Especial (EE). No Capítulo II, Art.23, informa-se sobre a competência comum entre União, Estados, DF e Municípios, nos cuidados que garantem proteção à pessoa com deficiência. Quem, exatamente, são essas pessoas, observa-se na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência:

> Àquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual, ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (LBI, art. 1º, 2015)

No Capítulo III, art.205, explicita-se o fato da educação ser um direito de todos e dever do estado, objetivando o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho. Esse princípio foi ratificado pelo Plano Nacional de Educação (2014) e seus desdobramentos, responsabilizando os Estados e Municípios pelo compromisso com a equidade na educação, com apoio federal. Embora a meta 4, específica da Educação Especial, se reporte ao atendimento de pessoas com deficiência, TGD e AHSD e a LBI faz referência a deficiência de longo prazo. Entre os princípios que norteiam a EE, e consequentemente a inclusão, está o princípio da efetividade, que diz respeito a qualidades das ações educativas, envolvendo,

entre outras coisas, a infra-estrutura (administrativa, recursos humanos e materiais), em atenção aos acordos internacionais.

As Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (2001), ainda em vigor, em relação ao atendimento em EE, esclarecem que o aluno pode apresentar uma NEE temporária ou permanente, ao longo de seu processo de escolarização. Assim, as ações da Educação Especial abrangem também dificuldades de aprendizagem não relacionadas a uma causa orgânica específica, podendo ser também de ordem cognitiva, psicomotora ou de comportamento (CORRÊA, 2005).

No decorrer da pesquisa, em relação aos direitos da pessoa com NEEs, observou-se que não há uma unanimidade quanto ao determinado na Resolução CNE/CEB 04/2009, que institui as diretrizes operacionais para o Atendimento Educacional Especializado (AEE), definindo o público alvo do AEE como: pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação. Tramita no Senado Federal pela Comissão de Educação e Cultura, um projeto de lei (PL nº 7.081, de 2010), que determina ao Poder Público manter programa de diagnóstico e tratamento de estudantes da educação básica com dislexia e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) por intermédio de equipe multidisciplinar, com a participação de educadores, psicólogos, psicopedagogos, médicos e fonoaudiólogos, entre outros. A última tramitação, após pareceres e emendas em várias comissões, foi a devolução da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), sem manifestação, em maio de 2016.

O Ministério da Educação (MEC) no documento Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008) reconhece o TDA/H e outros transtornos e dificuldades de aprendizagem, incluídos na nomenclatura Transtornos Funcionais Específicos (TFEs), como passíveis de uma política pública específica para diagnóstico e tratamento. Assegura a importância do acesso a recursos didáticos e formação para o professor, de modo a garantir "identificação e abordagem pedagógica" que contribuam para a efetividade do trabalho realizado pela escola e equipe multidisciplinar que deve fazer parte do atendimento a essa criança ou jovem. E esclarece:

> Na perspectiva da educação inclusiva, a educação especial passa a constituir a proposta pedagógica da escola, definindo como seu público-alvo os alunos com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e altas habilidades/superdotação. Nestes casos **e outros**, que implicam em transtornos funcionais específicos, a educação especial atua de forma articulada com o ensino comum, orientando para o atendimento às necessidades educacionais especiais desses alunos (BRASIL, 2008, p.15 grifo nosso).

Nesse sentido, reforça uma visão ampliada sobre o atendimento da Educação Especial, mas deixa margem para essa divisão entre público alvo do AEE, que tem atendimento especializado no contra-turno, e público alvo da EE, que teria, no âmbito da escola, os recursos e orientações para o atendimento das NEEs, assim como também o público alvo do AEE no período que está na escola, conforme a Resolução CNE/CEB 04/2009, citada anteriormente. Mas ainda assim ressalta:

> As definições do público alvo devem ser contextualizadas e não se esgotam na mera categorização e especificações atribuídas a um quadro de deficiência, transtornos, distúrbios e aptidões. 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, enfatizando a importância de ambientes heterogêneos que promovam a aprendizagem de todos os alunos. (BRASIL, 2008, p.15)

Dessa forma, considerando essas diretrizes da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008), a flexibilização do público alvo definido na Resolução CNE/CEB 04/2009, passa pela conceituação que se adota em relação ao termo “deficiência”. À luz dos conceitos da LBI (2015), que tem como referência a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e afasia (CIF), dos princípios das Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (2001) além da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008), é possível se reivindicar um atendimento no AEE, para alunos com qualquer tipo de transtorno mental. Essa possibilidade fica ainda mais clara quando se entende que um transtorno mental, em razão de suas características específicas, pode produzir diversas dificuldades, temporárias e permanentes, no processo de escolarização.

Assim, a presente pesquisa busca resposta para as seguintes questões: Como os professores, percebem o TDAH? Como fazer uma abordagem

pedagógica eficaz para que o aluno com TDAH possa obter melhores resultados acadêmicos? Qual a importância do AEE no processo de inclusão efetiva do aluno com TDAH e sua viabilidade à luz da legislação vigente?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um guia eletrônico visando o esclarecimento dos professores da rede municipal de educação de Cachoeiras de Macacu/RJ quanto às principais dúvidas sobre TDAH favorecendo o desenvolvimento de uma prática docente condizente com as necessidades especiais dos alunos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o conhecimento sobre TDAH por professores da rede municipal de educação de Cachoeiras de Macacu/RJ;
- Possibilitar a suspeição do transtorno no caso de comportamentos típicos, de modo que aluno tenha uma oportunidade de ser avaliado e tratado adequadamente, conforme as suas necessidades educacionais especiais.

3 MATERIAL E MÉTODO

Para realização da presente pesquisa, recorremos a uma abordagem qualitativa e quantitativa. A abordagem qualitativa se fez necessária, uma vez que os objetivos da pesquisa implicam uma análise contextual da situação problema – **possivelmente os professores têm conhecimento superficial e equivocado sobre o TDAH**. Dessa forma, demandam informações adequadas que possibilitem a suspeição precoce e devidos encaminhamentos, possibilitando a minimização dos prejuízos que marcam a escolarização e a vida da pessoa com o

transtorno. A abordagem quantitativa abarca a pesquisa de campo, objetivando identificar o nível de conhecimento do professor da Educação Infantil e Anos Iniciais do Ensino Fundamental sobre o transtorno, sendo realizada a partir de visitas nas escolas da rede municipal.

A pesquisa, em observância aos princípios e procedimentos propostos pelo Comitê de Ética, aprovada pela Plataforma Brasil conforme parecer nº: 1.799.634 (Anexo 7.2.3), foi autorizada pela Secretaria Municipal de Educação, de acordo com a Declaração de Anuência (Apêndice 7.1.1), assinada pela Secretária dessa pasta. Ao término da mesma, o relatório final foi enviado ao Conselho de Ética, por meio de Notificação. A mesma foi aceita sob o Parecer Consubstanciado nº 2.013.937 (Anexo 7.2.4), sendo assim encerrado o trâmite na Plataforma Brasil.

3.1 LÓCUS E SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa de campo foi realizada no município de Cachoeiras de Macacu, cidade do Norte Fluminense, com uma população de aproximadamente 57.000 habitantes, distribuídos em um território de 953.801Km². A cidade compreende três grandes áreas urbanas, que eram distritos até recentemente, e uma vasta área rural. São, ao todo, 46 escolas de Ensino Fundamental, sendo 25 municipais e 27 Pré-Escolas, sendo 17 municipais. A rede municipal conta com 4.808 alunos do Ensino Fundamental (EF) e 1.125 da Educação Infantil (EI), incluindo creche. Atuam na rede, somando-se EF e EI, 350 professores (IBGE, 2015).

Participaram da pesquisa, 54 professores da rede pública municipal.

3.2 MÉTODO E INSTRUMENTO DE PESQUISA

A coleta de dados na pesquisa de campo, foi feita a partir de entrevista semi-estruturada, disponibilizada em uma plataforma na web - Survey Monkey - pela qual os entrevistados responderam a um questionário on-line, sobre o tema (Apêndice 7.1.2).

Em visita às escolas, a direção foi procurada e esclarecida sobre a pesquisa e anuência da Secretaria de Educação, através de acesso a Declaração de

Anuência assinada. A direção de cada escola visitada também assinou uma Declaração de Anuência e convidou os professores que poderiam participar, conforme a disponibilidade no momento.

Os professores foram esclarecidos sobre o objeto da pesquisa e sobre o fato de os questionários não serem identificados. Os que concordaram, forneceram seu número de celular para receber o link da pesquisa por mensagem de texto. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 7.1.3). A princípio, devido à rapidez do processo, a ideia era de que os professores respondessem ao questionário, na hora do recebimento do link, mas foi necessário flexibilizar essa proposta devido a problemas de acesso a internet em alguns locais.

O questionário e os casos a serem analisados

O questionário contou com 10 perguntas objetivas incluindo a opção de comentários em algumas delas. As perguntas iniciais referiram-se ao perfil dos entrevistados, como faixa etária, rede em que trabalha (poderia haver concomitância com a rede particular), formação, segmento (poderia haver concomitância), conforme figuras 1 a 4. Em seguida buscou-se identificar que sintomas o professor associa ao TDAH. Assim, apresentou-se uma lista de características que poderiam ou não ser do TDAH, considerando a possibilidade de comorbidades com outros transtornos e síndromes, para que o professor marcasse as que achasse possível estarem relacionadas ao TDAH, conforme seu conhecimento atual.

Também foram apresentados três casos que descreveram situações observadas em sala de aula, baseadas na experiência da pesquisadora como professora e orientadora e na literatura pesquisada, para que o professor indicasse as possíveis razões para determinados comportamentos, em uma lista de opções, que incluiu a possibilidade do TDAH ou outro transtorno, assim como visões observadas nos relatos dos professores em seu cotidiano e nas reuniões pedagógicas, como a falta de limites dados em casa e outros.

Outra pergunta buscou identificar qual o entendimento que o professor tem sobre as bases do transtorno, a partir de opções que consideraram desde o

completo desconhecimento do transtorno, passando pela rejeição ao diagnóstico e pela construção de mitos, até o conceito científico do mesmo.

A última pergunta teve como objetivo identificar se os professores já tiveram alunos com TDAH, diagnosticado ou que suspeitassem ter o transtorno.

A análise das respostas foi pautada nos sintomas descritos no DSM V e nas observações relativas aos casos clínicos apresentados por Barkley(2002; 2008), Mattos (2003; 2015) e Hallowell e Ratey (1999). Também levou-se em consideração a vivência da pesquisadora no ambiente escolar, no contato com os professores e nos relatos dos mesmos sobre seus sentimentos e posicionamentos frente aos comportamentos considerados inadequados e/ou disruptivos dos alunos, tanto nas conversas do dia a dia, quanto nas reuniões pedagógicas.

3.3 O PRODUTO - TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: DA SUSPEIÇÃO À INCLUSÃO. UM GUIA PARA PROFESSORES.

A análise dos dados da pesquisa de campo, a partir da identificação do quanto o professor é influenciado por um conhecimento científico ou por mitos que circulam na sociedade sobre o TDAH, somando-se às informações que vem sendo compiladas relativas ao transtorno, como características enumeradas no DSM V e outras observadas por autores como Mattos (2003/2015); Silva (2003); Barkley (2002/2008); Rohde (2000); Sena e Neto (2007); Souza (2007), Relvas (2015), entre outros, contribuíram para definição das informações que compuseram o GUIA ELETRÔNICO.

Esse material será disponibilizado em formato e.book através do BLOG Professoras em Ação (https://professorasemacao.wordpress.com/) criado pela pesquisadora com objetivo informativo, com temas relativos ao Ensino Fundamental, tendo foco na Educação Infantil, devido a ser o segmento de atuação da mesma, mas não limitado a esse segmento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Resultados

No primeiro momento da pesquisa de campo, foram visitadas duas escolas, uma do centro urbano e outra da periferia. Todos os professores convidados pela direção, de acordo com a disponibilidade no momento, aceitaram participar e responderam ao questionário na hora, após receber o link da pesquisa em seus celulares por mensagem de texto. Porém, no segundo momento, em três escolas da zona urbana, embora todos tenham concordado em participar e receber o link, a maioria não respondeu na hora. Alegaram não ter acesso ao wi-fi da escola e/ou não ter crédito ou dados disponíveis. Comprometeram-se em responder de casa, mas nem todos o fizeram.

Houve então um terceiro momento, com visita às escolas das localidades denominadas Papucaia e Japuíba, no intuito de cumprir-se o objetivo inicial de ter uma amostra ampliada em termos do espaço geográfico do município. Também houve dificuldade com disponibilidade de internet. Todos os participantes se comprometeram a enviar de casa, porém, mais uma vez nem todos responderam no prazo combinado.

Em um quarto momento, foram revisitadas escolas já participantes, com o objetivo de sensibilizar as pessoas da importância de responder ao questionário, uma vez que poucos retornaram aos lembretes de respostas disparados para todos os participantes. No geral, os retornos se deram pelos que já haviam respondido, informando a situação. Do total de 64 questionários, 10 não foram respondidos, mas obteve-se o número necessário para atender ao número de amostras lançado na Plataforma Brasil: 50 participantes.

Durante o processo de coleta de dados, não houve manifestação de interesse, por parte dos professores entrevistados, em fazer depoimento que necessitasse de gravação em áudio ou vídeo. Assim, não houve necessidade de assinatura do Termo de Uso de Imagem (Apêndice 7.1.4) um dos documentos exigidos pela Plataforma Brasil diante da possibilidade de depoimentos. Também não houve necessidade de assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice 7.1.5), termo apropriado para menores de idade,

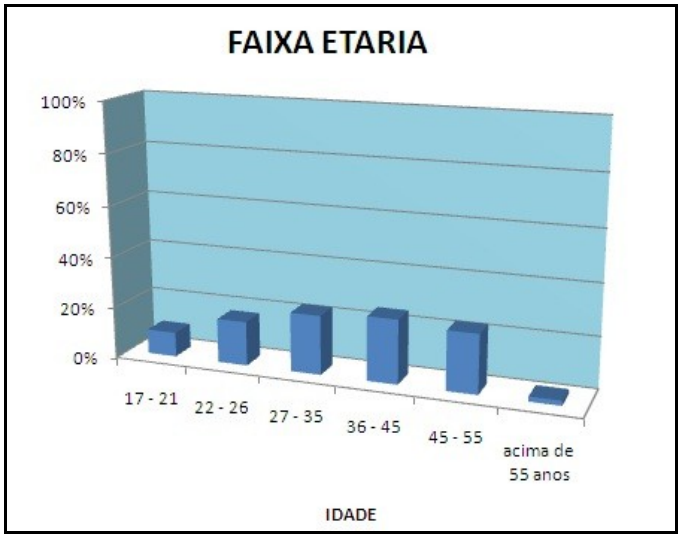
exigido pela Plataforma Brasil. Essa exigência se deu em razão da idade inicial sinalizada nas possibilidades de resposta para a faixa etária, ter sido 17 anos.

Quanto ao tratamento de dados, a plataforma Survey Monkey já apresenta as planilhas, tabelas e gráficos, imediatamente após o preenchimento do questionário, permitindo uma avaliação quantitativa e também qualitativa, tanto pelos percentuais apresentados em relação as perguntas, quanto pelas observações dos entrevistados nos comentários opcionais, mas essas foram poucas.

4.1.1 Perfil dos pesquisados

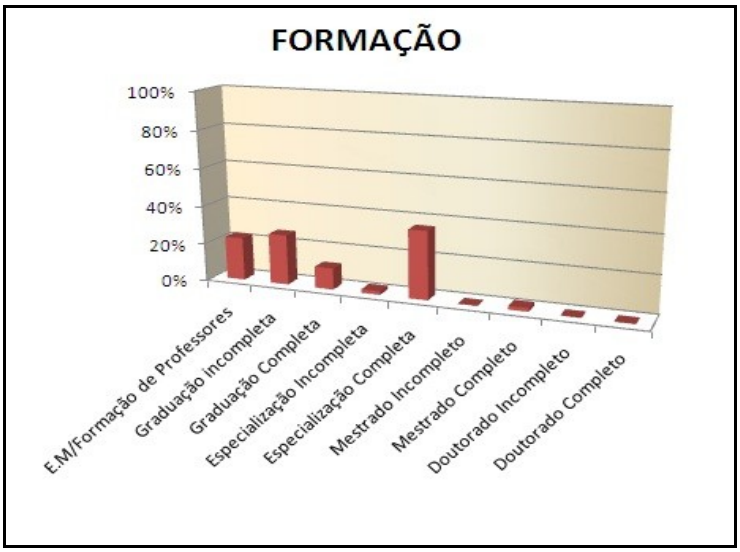
No questionário, obteve-se a participação de 54 professores da Educação Infantil e Anos Iniciais do Ensino Fundamental, consistindo em uma amostra de 15,42% dessa população. Quanto ao perfil etário (Figura 1), observou-se que não há muita discrepância entre as faixas investigadas, excetuando-se a faixa acima de 55 anos, que é bem menor (1,92% dos pesquisados), devido a ser uma idade em que muitos professores já estão em condição de aposentaria. Na faixa entre 17 e 21 anos, identificou-se 9,62% dos professores, mas não houve incidência de professores menores de 18 anos. Entre 22 e 26 anos, elevou-se o percentual para 17,31%. As demais faixas etárias delimitadas, 27 a 35 anos, 36 a 45 anos e 45 a 55 anos, revelaram um percentual de 23, 08%, 25% e 23, 08%, respectivamente, demonstrando um equilíbrio no quantitativo de professores nas mesmas.

Figura 1- Estratificação por faixa etária da amostra



Quanto a formação acadêmica (Figura 2), o perfil da amostra apresenta 22,64% dos professores com Ensino Médio- Formação de Professores; 26,42% com graduação incompleta, 11,32% com graduação completa; apenas 1,89% com especialização incompleta, o mesmo percentual relativo ao mestrado completo, e um grande contingente de professores com especialização completa, 35,85%. Um professor usou as observações do questionário para declarar que está em curso mestrado na área de pedagogia.

Figura 2 - Estratificação por formação da amostra



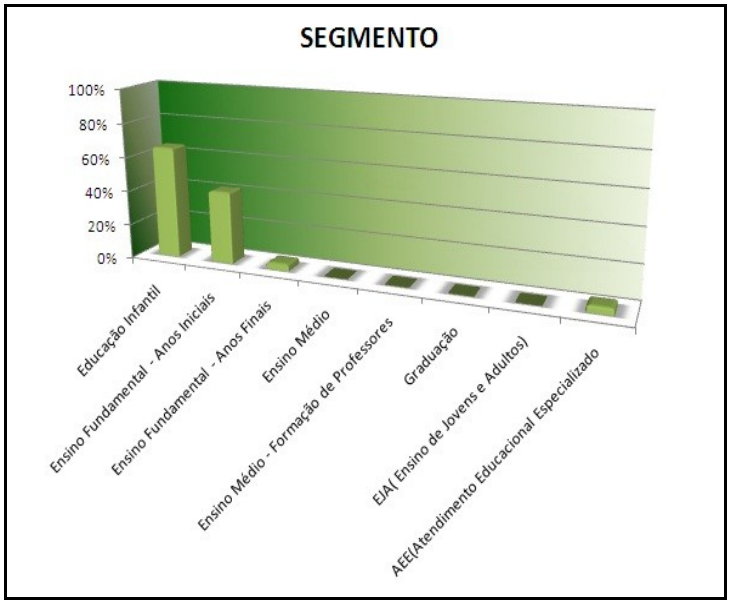
O foco da pesquisa foi com o profissional que atua na Educação Básica, mais especificamente os professores da Educação Infantil e Anos Iniciais do

Ensino Fundamental. Porém, como é possível que os professores acumulem carga horária em segmentos diferentes, as opções contemplaram todos os segmentos. Assim, foi possível identificar no grupo pesquisado, 65,38% dos professores atuando na Educação Infantil; 42,31% atuando nos Anos Iniciais do Ensino Fundamental; 3,85% com atuação nos Anos Finais do Ensino Fundamental e 3,84% atuando no Atendimento Educacional Especializado (AEE) (Figura 3).

Ainda que não tenha sido sinalizado no formulário, a observação *in loco* permite afirmar que o segmento Educação Infantil contemplou também uma faixa etária de crianças incluída no segmento creche uma vez que algumas escolas de Educação Infantil atendem crianças a partir de 2 anos.

Conforme declaração no campo de observações, os profissionais que sinalizaram AEE, trabalham em sala de recurso. Um dos professores pesquisados declarou ser extra-classe, embora não tenha informado com qual segmento trabalha.

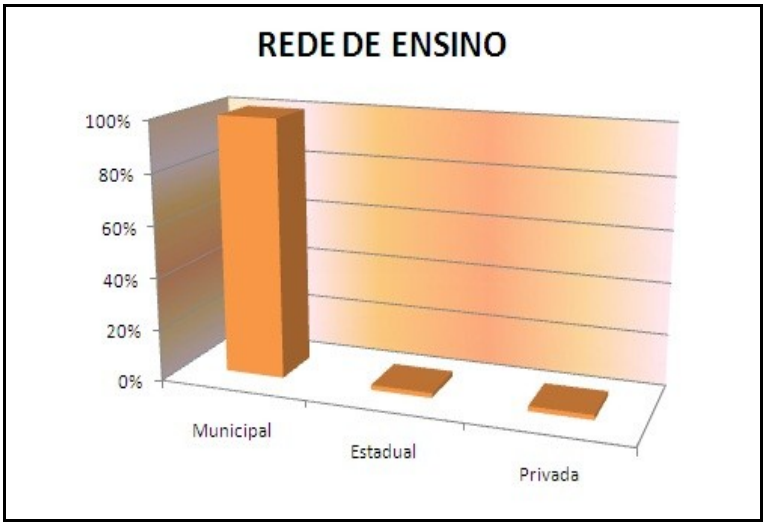
Figura 3 - Estratificação por segmento de atuação da amostra



A pesquisa concentrou-se na rede pública municipal, justificando-se assim o índice de 100% de professores atuando na mesma (Figura 4). Porém, alguns professores também pertencem a rede pública estadual e a rede particular de ensino. Assim, mesmo sem visitas a escolas dessas outras redes, é possível

observar que 1,89% dos professores pesquisados também leciona cumulativamente na rede estadual e privada.

Figura 4- Estratificação por rede de atuação da amostra.



4.1.2 Conhecimentos sobre o TDAH

4.1.2.1Percepção dos professores sobre os sintomas do TDAH

No tocante ao objetivo de identificar o conhecimento dos professores sobre o TDAH, os resultados da pesquisa de campo demonstram que a tríade de sintomas mais evidentes no transtorno (hiperatividade, desatenção e impulsividade) e outros claramente relacionados a eles, como a dificuldade de esperar e a dificuldade de terminar o que começa, são conhecidos de um percentual entre 50% e 61,11% dos professores. Da mesma forma, a inconstância nas tarefas, que também se relaciona fortemente ao transtorno, foi reconhecida como tal por 38,89% e a hiperatividade mental, não tão claramente relacionada ao TDAH, foi assinalada por 29,63% dos entrevistados (Tabela 1).

Tabela 1 - Sintomas creditados ao TDAH pelos professores.

SINTOMAS DO TDAH	% RESPOSTA
Hiperfoco em alguns assuntos/coisas	20,37
Hiperatividade física	59,26
Dificuldade de se relacionar	27,78
Desatenção	61,11
Agressividade	22,22
Hiperatividade mental	29,63
Dificuldade de esperar	61,11
Pouca iniciativa	9,26
Impulsividade	61,11
Dificuldade de comunicação	14,81
Apatia	3,70
Dificuldade com conceitos matemáticos	11,11
Facilidade de comunicação	5,56
Atraso no controle motor	12,96
Sonolência diurna	1,85
Fala muito e rápido	31,48
Facilidade de concatenar idéias	7,41
Dificuldade na percepção do tempo	18,52
Isolamento	7,41
Dificuldade de terminar o que começa	50,00
Inconstância em tarefas	38,89
Fraca capacidade de organização	27,78
Criatividade	14,81
Desobediência	27,78
Não conheço TDAH	0,00
Já ouvi falar mas sei muito pouco sobre TDAH	11,11
Sei alguma coisa sobre TDAH mas tenho muitas dúvidas	40,74

De acordo com os dados revelados na pesquisa, constantes na tabela 1, foi possível inferir também, que os sintomas secundários, relacionados ou não à comorbidades com outros transtornos, e que estão em alguma instância relacionados a atenção, são pouco identificados como pertinentes ao TDAH. Mas esses sintomas podem ser um grande diferencial em relação aos processos de aprendizagem, sucesso acadêmico, comportamento social equilibrado. Entre eles, o hiperfoco foi identificado como uma possibilidade no espectro do transtorno por 20,37% dos professores; a dificuldade com a percepção do tempo por 18,52% e a fraca capacidade de organização por 27,78%.

Sintomas secundários específicos da apresentação desatenta, como a sonolência diurna, atraso motor, apatia e pouca iniciativa, passaram praticamente despercebidos em relação ao TDAH, sendo assinalados por um percentual de professores entre 1,85% e 12,96% (Tabela 1). Normalmente crianças e jovens com esses sintomas são vistos como preguiçosos, desinteressados e desastrados. Tanto os sintomas em si, quanto a imagem social que tem (como são vistos pelos outros) e percebem ter (como acham que são vistos pelos outros), implicam no rendimento escolar e na imagem que fazem de si mesmos.

Aspectos positivos como a criatividade, a facilidade de concatenar ideias e de se comunicar, ainda de acordo com os dados apresentados (Tabela 1), também são pouco percebidos com parte do conjunto de características que podem estar associadas ao TDAH. Dificilmente são vistas como algo que compõe esse sujeito único, com todas as nuances possíveis dentro de um transtorno, que pode, inclusive, estar associado a Alta Habilidade/Superdotação (AHSD).

Nesse sentido, sintomas creditados a outros transtornos ou síndromes conhecidas, como por exemplo a dificuldade de comunicação, no autismo, também não são percebidos como possíveis em um quadro de TDAH. Por outro lado, características que predominam em uma ou outra apresentação (desatenta, hiperativa/impulsiva ou ambas), não são identificadas ou são generalizadas para todo TDAH, como é o caso da fala exagerada e rápida, que aparece na apresentação hiperativa/impulsiva.

Entre os professores entrevistados, 40,74% dizem conhecer o transtorno mas terem muitas dúvidas. Apenas 11,11% dizem que já ouviram falar ainda que saibam muito pouco sobre TDA/H. Mas todos conhecem o TDA/H de alguma forma (Tabela 1).

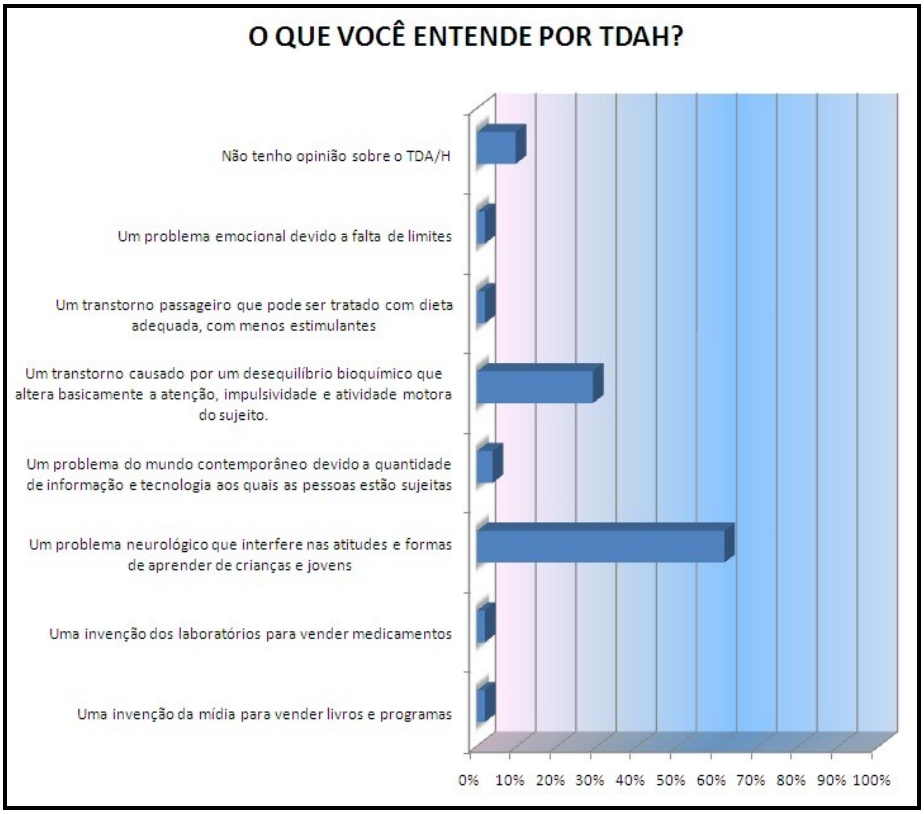
4.1.2.2 COMO OS PROFESSORES ENTENDEM O TDAH

Em relação ao conceito, relativo ao item nove da pesquisa, 61,54% dos professores entrevistados identificaram o TDAH como um transtorno real, de base neurobiológica, que interfere nas atitudes e formas de aprender de adultos e crianças. Apenas 25% assinalou ser um transtorno causado por um desequilíbrio bioquímico que altera basicamente a atenção, a impulsividade e a atividade motora do indivíduo (Figura 5), uma das respostas aceitáveis como corretas,

ainda que essa tríade de sintomas tenha sido apontada pela maioria dos entrevistados como sintomas do TDAH (Tabela 1). Esse dado pode sinalizar o quanto é difícil para a população, compreender termos técnico/científicos, como neurobiológico e bioquímico, bem como a relação entre eles. Também é possível interpretar que há uma tendência a generalização sem base concreta e associações com base em informações superficiais, a "impressão primeira", conforme Bachelar (apud Dominguini; Silva, 2010). Possivelmente essa tendência tenha levado o pesquisado a interpretar a frase "interfere na atitude e forma de aprender [...]" pelo lado do prejuízo, fazendo uma associação mais imediata com o TDAH já que são os problemas que chamam mais a atenção.

Os resultados também indicam que 1,92% dos professores acredita que o transtorno é inventado por laboratórios. O mesmo percentual de professores acredita na manipulação da mídia com interesses financeiros e 3,85% acredita ser um problema do mundo contemporâneo devido a quantidade de informação a ser processada e ao excesso de acesso a tecnologias digitais. Um número não tão diminuto de professores, 9,62%, não tem opinião sobre o assunto e apenas 1,92% sinalizou que seria um transtorno passageiro e tratável com alimentação equilibrada ou um problema emocional devido a falta de limites. Configura-se assim uma situação de conhecimento parcial sobre o transtorno, com prevalência de alguns mitos e muitas incertezas (Figura 5).

Figura 5 – Demonstração sobre o entendimento do conceito de TDAH pela amostra.



4.1.2.3 A visão do professor nas situações cotidianas

Os casos apresentados a seguir, ilustram situações do cotidiano escolar que, a princípio, não são vistas pelo prisma patológico, com o objetivo de verificar como o professor declara seu entendimento sobre as mesmas.

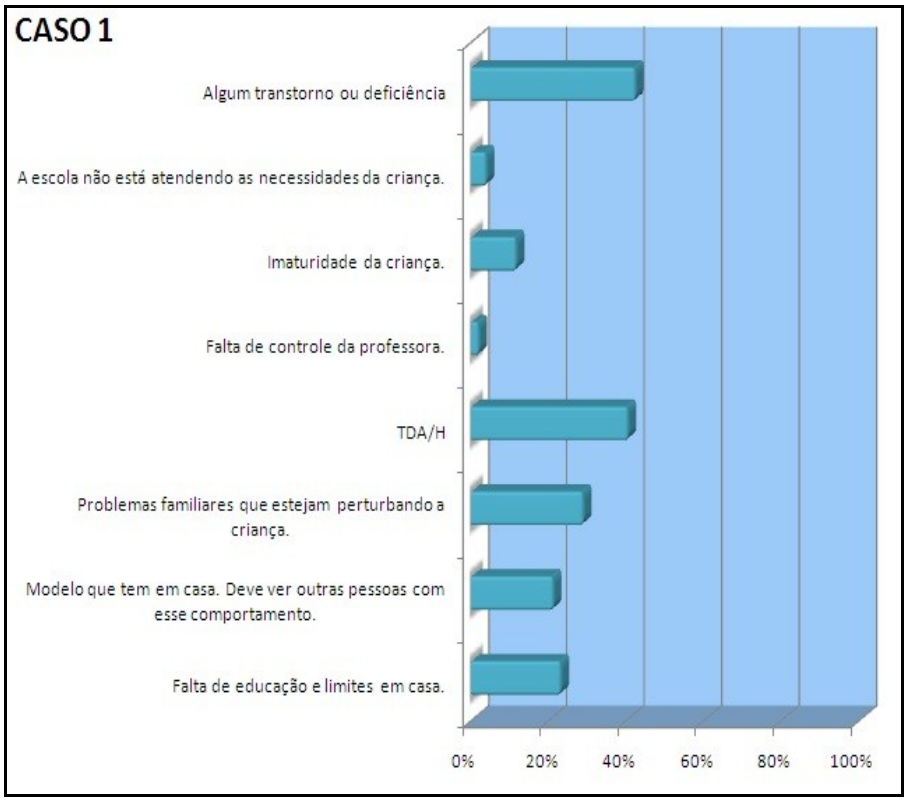
No **Caso 1** a situação apresentada ilustra um caso de TDAH com Transtorno Opositor Desafiador (TOD), que passou pela educação infantil sem diagnóstico, sendo tratado como problema familiar, de cuidados parentais inadequados, e só mais tarde diagnosticado.

> **O aluno x apresenta um comportamento diferente da maioria dos colegas de turma. É difícil de lidar, briga com os colegas por banalidades, não aceita perder no jogo, tem dificuldade de esperar a sua vez. Você acredita que esse comportamento decorre de:**
>
> - Algum transtorno ou deficiência

- A escola não está atendendo as necessidades da criança
- Imaturidade da criança
- Falta de controle da professora
- TDAH
- Problemas familiares que estejam perturbando a criança
- Modelo que tem em casa. Deve ver outras pessoas com esse comportamento
- Falta de Educação e limites em casa

Conforme foi possível observar, houve uma tendência maior a creditar o problema a um transtorno. As opções TDAH e outro transtorno, que seriam realmente as opções adequadas, tiveram um escore bem aproximado (Figura 6).

Figura 6 – Visão da amostra sobre um caso de conduta agressiva



Assim, em termos percentuais, considerando a possibilidade de concomitância de respostas, 40,38% sinalizou a possibilidade de TDAH e 42,32% algum transtorno ou deficiência (que pode incluir TDAH). Um índice menor responsabilizou a família, sendo 23,08% apostando na falta de limites, 21,15% creditando o problema ao modelo que a criança tem em casa e 28,85% a

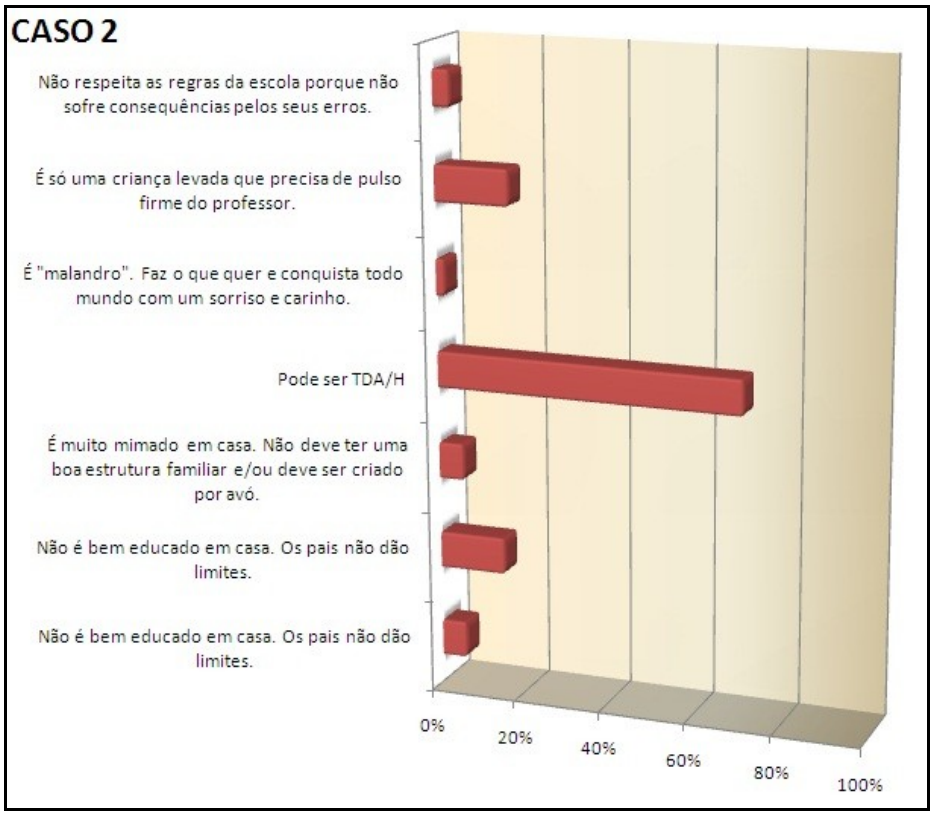
problemas familiares, ou seja, causas comportamentais envolvendo cuidados parentais. A criança foi menos responsabilizada, tendo 11,54% dos entrevistados creditado o comportamento à imaturidade da mesma. Na visão de 3,85% dos respondentes, a escola e sua inadequação é responsável pelo comportamento desequilibrado do aluno. Apenas 1,92% acredita que o problema é por falta de controle do professor.

No **Caso 2** apresentou-se uma situação típica de TDAH predominantemente hiperativo, sem TOD:

> **O aluno Y é extremamente agitado e desastrado, fala muito e quer ser sempre o primeiro, provocando grande tumulto na sala de aula. Porém, é muito simpático e carinhoso com todos, bem comunicativo e atende a professora, embora repita frequentemente os mesmos comportamentos inadequados. Você acha que esse aluno**:
>
> - Não é bem educado em casa. Os pais não dão limites
> - Não é bem educado em casa. Os pais não lhe dão atenção e ele quer chamar atenção na escola
> - É muito mimado em casa. Não deve ter uma boa estrutura familiar e/ou é criado por avó
> - Pode ser TDAH
> - É malandro. Faz o que quer e conquista todo mundo com um sorriso e carinho
> - É só uma criança levada que precisa de pulso firme do professor
> - Não respeita as regras da escola porque não sofre consequência pelos seus erros

Manteve-se a tendência de crédito ao transtorno, com 71,15% das respostas indicando o TDAH, culpabilizando menos a criança e a família, o que seria a resposta adequada uma vez que os comportamentos relacionados são facilmente associáveis a hiperatividade, parte da tríade de sintomas clássicos do TDAH , bastante conhecido da comunidade escolar (figura 7).

Figura 7 – Visão da amostra sobre um caso de predominância hiperativa



Porém, algumas hipóteses relacionadas, que foram inspiradas na fala dos professores no dia-a-dia das escolas quando os mesmos se referem à crianças com comportamentos que trazem algum desconforto mas não um grande prejuízo nas relações escolares, tiveram uma incidência significativa. É possível observar uma visão diferenciada entre o que os professores consideram "falta de educação" por questões de limites não dados em casa, conforme sinalizaram 5,77% dos pesquisados e por falta de atenção/cuidados parentais adequados, levando a criança a querer chamar a atenção comportando-se inadequadamente, na opinião de 15,38% dos professores. Também foi significativo o número de professores que acreditam que o aluno é levado, precisando de mais firmeza do professor (17,31%). A desestrutura familiar e a criação pela avó, uma realidade latente nas comunidades escolares desse município, apareçam nas falas informais dos professores como responsáveis por comportamentos displicentes e 5,77% consideraram essa possibilidade, sendo um percentual igual ao creditado a

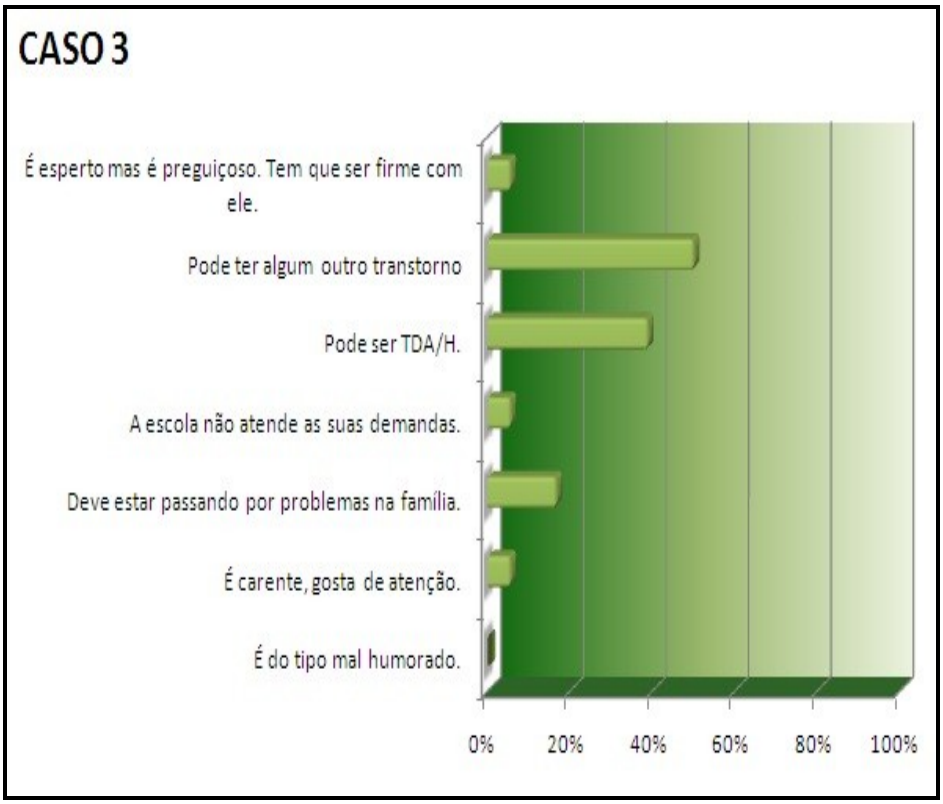
falta de educação por questão de limites não impostos. A falta de consequências para comportamentos inadequados foi assinalada por 3,85% dos professores e menor incidência ainda coube a “malandragem” da criança, com somente 1,92% dos professores assinalando essa opção.

No **Caso 3** a questão reporta uma situação típica de AHSD (Altas Habilidades e Superdotação) com possível comorbidade com TDAH, em grau moderado, ainda sem diagnóstico conclusivo:

> **O aluno Z é muito criativo, parece bem esperto e até mais adiantado que os outros porém, nem sempre quer fazer as tarefas, seu humor varia muito, muitas vezes prefere ficar sozinho. Como você avalia esse aluno?**
>
> - É do tipo mal humorado
> - É carente, gosta de chamar a atenção
> - Deve estar passando por problemas na família
> - A escola não atende as suas demandas
> - Pode ser TDAH
> - Pode ser algum outro transtorno
> - É esperto mas é preguiçoso. Tem que ser firmecom ele

Novamente houve uma tendência por parte dos professores a creditar a um trantorno, o comportamento. Mas claramente observa-se a dúvida em relação a acharem ser TDAH ou outro transtorno (Figura 8), já que na situação descrita, não foi explicitado nenhum comportamento diretamente relacionado a tríade déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade.

Figura 8 – Visão da amostra sobre um típico caso de comorbidade de TDAH com AHSD



Como é possível observar, ao se falar de comportamentos que não são apenas inadequados, remetendo à características que poderiam ser consideradas qualidades, ainda que prevalesça a ideia do transtorno, um percentual maior apostou em outro transtorno que não o TDAH (50%) enquando 38, 89% consideraram essa possibilidade. Essas seriam respostas adequadas a situação apresentada. Os problemas familiares foram a opção de 16, 67%, não surpreendendo ainda que não fosse uma opção desejada. Porém, somente 5,56% de professores creditar o comportamento à escola que não atende as demandas, mediante uma situação indicativa de que a criança tinha um desenvolvimento acima da média, foi bem abaixo do desejado, assim como, inversamente, o alto percentual de suposição de outro **transtorno** que não TDAH não correspondeu às expectativas uma vez que AHSD não é considerada

transtorno. Nenhum professor considerou a possibilidade de mau humor, um indicativo que aparece eventualmente em relatórios de alunos, mas que realmente não seria uma resposta muito adequada ao caso, considerando-se o todo. A indolência e a carência, também não seriam respostas desejadas mas foi a aposta de 5,56% dos professores.

A última pergunta do questionário indagou se o professor teve ou suspeitou que teve algum aluno com TDAH. O resultado demonstra um equilíbrio entre as respostas, com 50,94% respondendo SIM (27 professores) e 49,06% (26 professores) respondendo NÃO, dos 53 que responderam a essa pergunta.

Figura 9 - Visão da amostra sobre ter tido ou suspeitado de ter tido aluno com TDAH

Foi solicitado aos que responderam sim, uma descrição de aluno. Desses 27 professores que responderam SIM, 20 descreveram os alunos, dois entraram no campo mas não fizeram descrição, 1 declarou não saber informar e 1 iniciou mas abandonou a resposta antes de descrever algum sintoma.

Muitos adjetivos descreveram essas crianças, mas a maior parte das descrições apontou para sintomas de hiperatividade. Um dos professores descreveu um aluno com laudo de TDAH da seguinte forma:

_ [...] era muito difícil de lidar. Eu deixava ir ao banheiro várias vezes e quando era para pegar algo na secretaria colocava o mesmo como ajudante. Sentava ao seu lado para orientar e auxiliá-lo na execução das atividades propostas.

Apenas três professores descreveram sintomas passíveis de serem associados ao TDAH na apresentação desatenta, com ressalvas, com as seguintes falas:

_Parace ser uma criança dispersa, em algum momento "viaja" nas tarefas. Não consegue concluir as atividades.

_Tive dois. Um era extremamente agitado, não terminava as tarefas e era muito mimado pela mãe. **O outro era calmo, terminava as atividades e em certas ocasiões aparentava sonolência.**

_ Impulsivo, imaturo, interesses específicos, agitados, **porém também tive tímidos, inseguros e anciosos.**

Algumas declarações reportam mais a outros transtornos ou deficiência, possivelmente com alguma comorbidade:

_ Apesar de muito inteligente, não interagia com os colegas, tinha pavor de muito barulho e as vezes agressivo.

_Tinha espasmos musculares, coordenação motora descontrolada, dificuldade de aprendizagem e muito impulsivo, poucas coisas prendiam sua atenção.

_ Muito inteligente, comunicativo, porém sem a medicação correta torna-se muito agressivo.

_Impulsivo, inteligente, intolerante, carinhoso, pavio curto, desorganizado, não possui autocontrole, dotado de muitas habilidades.

Algumas descrições contemplam muitas características, concernentes com o TDAH predominantememnte hiperativo, como as seguintes:

_Impulsivo, inquieto, desatenção, não conclui atividades, muito falante, sem paciência.

_ Muito agitado, sem paciência de esperar a sua vez para falar ou executar as tarefas, fala rápida, por vezes agressivo.

Outras foram mais suscintas mas também remeteram a hiperatividade:

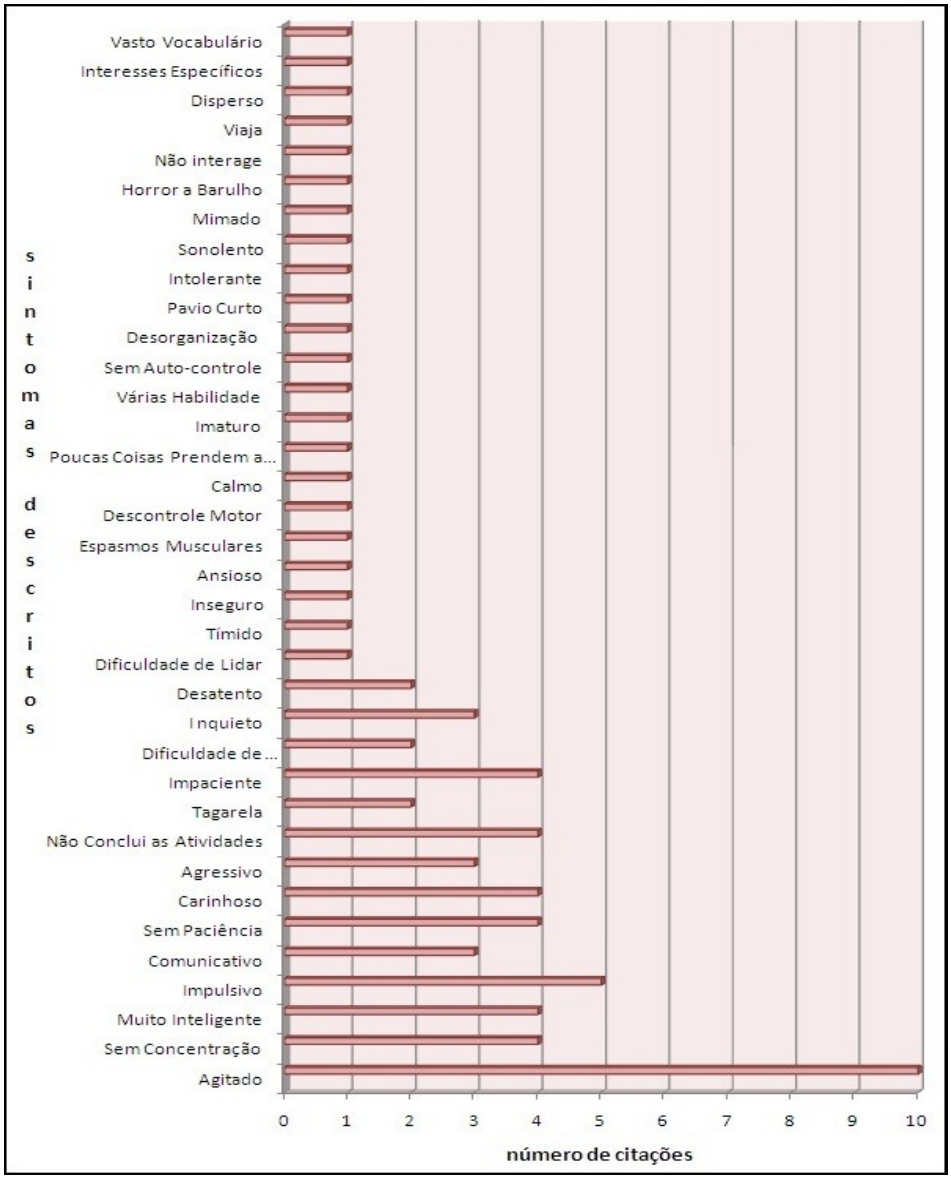
_ Extremamente agitado.

_Agitado, pouca concentração, carinhoso.

_ Uma criança que apresentou muita dificuldade para realizar as atividades, que mesmo sentada ficava agitada.

Na maior parte dos comentários, foram mais expressivos os adjetivos ligados a apresentação hierativa/impulsiva (Figura 10).

Figura 10 – Descrição dos professores para alunos com TDAH ou suspeitos de terem o transtorno.



4.1.2.4 O GUIA

O GUIA para professores, sob o título Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH): da suspeição a inclusão, contemplou as informações que, a partir da análise dos resultados da pesquisa de campo, concluiu-se que seriam fundamentais para o entendimento mais realista sobre o transtorno, indo além da lista de sintomas do DSM V, de modo que o professor dos anos iniciais da educação básica seja capaz de suspeitar da incidência do mesmo em situações típicas mas que no entendimento comum, estão mais relacionadas a problemas familiares, a personalidade da criança e outros que não um transtorno que precisa de tratamento e atendimento especializado.

O material foi construído em um TEMPLATE gratuito do PowerPoint, utilizando fotos do acervo pessoal, meramente ilustrativas do contexto escolar e das relações que se estabelecem, sem que haja relação direta das crianças com o transtorno. Ainda assim, foram usados filtros diversos para não expor as crianças. Outras três imagens utilizadas foram baixadas com filtro de disponibilidade para utilização e foram referenciadas.

Figura 11 – Capa do GUIA

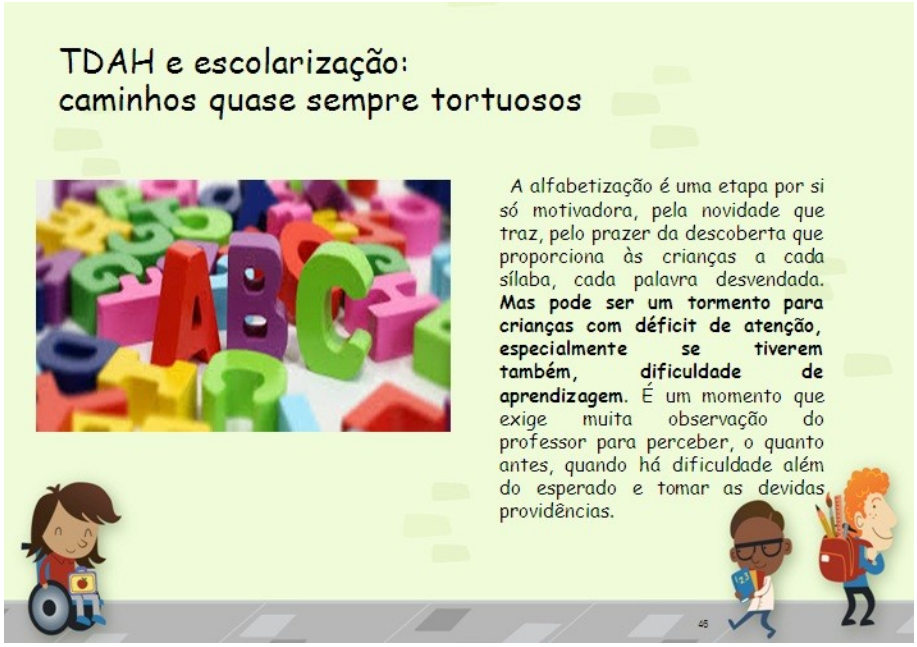
Optou-se por privilegiar informações gerais sobre TDAH e particularidades sobre a atenção, um dos pilares do transtorno e que gera controvérsias na suspeição e avaliação. Incluiu-se ainda breve histórico e argumentos que refutam

alguns mitos que permeiam o imaginário popular, prejudicando o entendimento sobre o transtorno e, em conseqüência, as relações sociais do indivíduo com TDAH. Três casos ilustrativos complementam as informações e permitem uma visão real sobre as dificuldades inerentes ao transtorno e a própria identificação do mesmo.

Figura 12 – Sumário do GUIA

Também compuseram o GUIA, estratégias pedagógicas e orientações gerais para que o professor otimize seu trabalho com esse aluno, a partir dos preceitos de uma educação humanista, holística e inclusiva, no intuito de minimizar os prejuízos que podem ocorrer em razão do transtorno, não apenas no âmbito acadêmico. Como anexo, foi incluído a ficha de avaliação SNAP IV, versão em português (MATTOS et al, 2005), que consiste em um guia para observação baseado nos 18 sintomas do TDAH conforme o DSM IV, que prevalecem os mesmos no DSM V, com foco na indicação de intensidade e freqüência com que se apresentam no aluno.

Figura 13- capítulo do GUIA sobre TDAH e escola



Além de considerações gerais sobre as dificuldades inerentes ao transtorno, também foram propostas algumas estratégias já consagradas para reduzir os impactos negativos de determinados comportamentos geralmente encarados equivocadamente como afrontosos para com o professor, seja pela impaciência ou desatenção do aluno.

Figura 14 – parte do Guia: dicas para o professor

4.2 Discussão

A análise qualitativa levou em consideração pressupostos da análise de conteúdo (BARDIN, 1995), a qual permite que se estabeleça uma relação entre diferentes fontes, no caso um questionário e as próprias observações pessoais da pesquisadora sobre suas vivências além dos relatos ouvidos no contexto escolar, compondo sua interpretação, que poderá ir além do que está explícito tacitamente nas respostas (MORAES, 1999).

Há que se considerar que além do conhecimento, ainda que superficial, que circula no ambiente pedagógico sobre síndromes e transtornos, ao responder a pesquisa o professor também sofre influência por sugestão do título da mesma. Assim, pode-se depreender que ao responder algumas questões, o professor faz analogias com o que acredita que seja a resposta certa, a esperada, ainda que na prática, fora do contexto da pesquisa, pudesse ter outro entendimento.

Analisando os resultados da pesquisa em relação ao perfil dos pesquisados, foi possível verificar que a maioria dos professores (77,36%) tem formação bem acima da mínima exigida para atuar no ensino fundamental. Como o município tem Plano de Carreira prevendo enquadramento por formação, pode haver uma relação estreita entre os fatos. Porém, fica evidente que há uma defasagem nessa formação em relação à educação especial e à inclusão que claramente não está restrita a formação mínima. Conforme Saviane (2011) o problema da formação de professores deve ser enfrentado junto com os problemas referentes às condições de exercício do trabalho docente, porque há uma ação recíproca entre esses dois aspectos. Isso implica no valor social da profissão que, sendo precário, com baixos salários, poucos recursos materiais e humanos que auxiliem a práxis, não há incentivo para a formação continuada e o engajamento necessário.

No cotidiano escolar, nos encontros pedagógicos, é possível observar claramente a tendência a se analisar os comportamentos disruptivos e/ou inadequados, assim como o fracasso escolar, pelo prisma das relações e organizações familiares, com forte influência de posicionamentos religiosos que primam pela preservação da tradição, assim como pelas condições socioeconômicas. Nesse contexto, há uma forte tendência à culpabilização da família ou da desestrutura familiar, por qualquer problema de ordem

comportamental que acometa a criança ou jovem e pelo fracasso escolar (AQUINO apud RIBEIRO, 2006; PATTO, 1992; RIBEIRO; ANDRADE, 2006).

Por outro lado, o sexismo ainda interfere nos modos de ver e avaliar comportamentos de meninas e meninos na escola. Assim, meninas "comportadas", como costumam ser quando tem TDAH com predominância desatenta, não chamam muito a atenção dos professores nem mesmo dos pais (RALLOWELL; RATEY, 1999; MATTOS, 2015). Conforme Sena e Neto (2007) corroborado por outros autores, na prática clínica observa-se com frequência casos de meninas e mulheres com TDAH não diagnosticado, que passam boa parte da vida com "dificuldades desnecessárias e com desastrosas conseqüências tanto para sua auto-estima como para uma vida acadêmica e profissional."

Da mesma forma, meninos com uma hiperatividade exacerbada e até mesmo um comportamento agressivo, são vistos com muita freqüência na comunidade escolar, como apenas sem limites na esfera familiar. Considera-se que é o comportamento natural dos meninos que não foi "podado" com a devida eficiência. De modo geral, a escola vem culpabilizando à família pelos problemas disciplinares e de aprendizagem das crianças (ANDRADE, 1986).

Nas palavras de Sena e Neto (2007),

> A dificuldade de diagnóstico de TDAH em meninas se deve tanto à característica que o transtorno assume no caso do sexo feminino como aos padrões socioculturais que tendem a mascarar seus sintomas [...] nossa cultura convida as mulheres a assumir um papel pouco ativo[...] mais retraído nos contatos sociais. E, se a mudança cultural as tem convocado a uma posição mais ativa na vida sociocultural e econômica, seu papel passivo ainda é visto com naturalidade e até com aprovação em certos meios [...]. As do tipo hiperativo parecem sofrer uma discriminação maior por exibir um tipo de comportamento impulsivo e excessivamente ativo para uma menina ou mulher [...]. (SENA; NETO, 2007, p. 40-41).

É importante observar que os estereótipos relacionados ao sexismo velado (às vezes nem tão velado assim) que ainda norteiam o currículo, circundam as salas de aula, as atividades propostas, os brinquedos distribuídos e a forma como as crianças são vistas, também são observados "do outro lado da mesa". Embora a pesquisa não tenha contemplado no formulário opção para definição de gênero entre os participantes, a observação direta da pesquisadora, nas escolas, permitiu

constatar a predominância quase absoluta de profissionais do sexo feminino nesses segmentos (EI/ Anos Iniciais do Ensino Fundamental). O mesmo já não se observa nas etapas mais adiantadas, onde os professores vêm das licenciaturas de disciplinas específicas. Conforme Viana:

> [...]nossa socialização interfere na forma como nós – homens e mulheres – nos relacionamos, interfere nas profissões que escolhemos e na maneira como atuamos. Não se trata de afirmar que sempre foi assim ou que é inerente à nossa 'natureza'. Para a autora, trata-se de dizer que tanto as feminilidades quanto as masculinidades são historicamente construídas. Tem-se, portanto, uma referência aos símbolos culturalmente disponíveis em uma dada organização social, às normas expressas em suas doutrinas e instituições, à subjetividade e às relações de poder estabelecidas nesse contexto. [...] o sexo da docência se articula com a reprodução de preconceitos que perpetuam práticas sexistas. O processo de feminização do magistério associa-se às péssimas condições de trabalho, ao rebaixamento salarial e à estratificação sexual da carreira docente, assim como à reprodução de estereótipos por parte da escola (VIANA, 2001, p.90)

As descrições feitas pelos professores sobre alunos que tenham tido com TDAH ou dos quais suspeitavam ter o transtorno, pelo gênero adotado nos adjetivos, denota a predominância masculina entre os sintomas de hiperatividade, confirmando a hipótese dominante no meio acadêmico de que o TDAH, com predominancia hiperativa, chama mais a atenção dos professores. Por isso, como o TDAH com predominância na hiperatividade é mais típico nos meninos, eles são mais encaminhados aos concultórios para avaliação e muitas suspeitas se confirmam. Importantante salientar que isso não siginifica que o TDAH acomete mais meninos, e sim que as meninas, nas quais prevalece o TDAH com a predominância desatenta, são mais invisíveis porque não costumam provocar desconforto em sala de aula, a não ser que seja uma menina hiperativa, que acontece com menor Frequência (MATTOS, 2015). Nas palavras de Mattos,

> Quando são feitas pesquisas na população geral (numa escola por exemplo) [todo o grupo definido para a pesquisa, sem pré-seleção por indicação de pais ou professores], parece existir o mesmo número de meninos e meninas [...] estudos mais recentes e com metodologia melhor, mostraram que os perfis de comorbidade são semelhantes em ambos os gêneros. Entretanto, como meninas habitualmente diferem no padrão de relacionamento interpessoal, com maior nível de vinculação e

> intimidade, além de uma sensibilidade maior para os problemas nos relacionamentos, o TDAH (e os problemas que os sintomas causam na vida social) terá um impacto diferente no sexo feminino (MATTOS, 2015, p.61-62).

. Os resultados da pesquisa de campo confirmam a hipótese levantada e reforçam a ideia da necessidade de proporcionar aos profissionais da educação, acesso a informação sobre o TDAH de forma objetiva e clara, no sentido de desvendar mitos que se replicam, em relação ao transtorno e afetam o olhar do professor sobre a criança com comportamentos inadequados, mal interpretados.

O fato de a maioria dos professores pesquisados ter demonstrado compreender que o TDAH é um transtorno real, de base biológica, e não um problema gerado por falta de limites, alimentação inadequada ou uma invenção de laboratório, não significa que na sua *práxis* consigam perceber adequadamente questões que deveriam ter um olhar especial por parte do sistema de ensino, levando a suspeição e devidos encaminhamentos para uma avaliação multiprofissional.

Observa-se nas respostas aos três casos apresentados, que um percentual importante de professores percebe os comportamentos fora dos "padrões desejados" para um bom andamento da aula, mesmo na EI, como falta de cuidados parentais adequados (falta de educação e de limites no ambiente familiar), algum problema na família ou ao "temperamento" da criança. Ao mesmo tempo, uma parte significativa dos pesquisados identifica os sintomas principais dos transtornos e reconhece que se trata de um transtorno real, de base neurobiológica. Essa situação pode indicar que há mais uma descrença no diagnóstico do que no transtorno em si, remetendo a uma fala recorrente, tanto no meio acadêmico quanto na população em geral, de que há hiperdiagnóstico/banalização do TDAH. Essa proposição, porém, se caracteriza como mais um mito baseado em generalizações apressadas e inconsistentes com as pesquisas científicas, já referenciadas nesse trabalho.

Esses resultados convergem para as conclusões de Gomes et al. (2007), que após pesquisa em âmbito nacional, detecta que tanto no meio acadêmico e profissional quanto na população em geral, além de pouco conhecimento sobre características e implicações do TDA/H na vida escolar e social, disseminam-se

crenças não respaldadas cientificamente, contribuindo para diagnóstico e tratamento inadequados.

Conforme Rodhe (informação verbal)[2], a gama de trabalhos publicados sobre TDAH não deixa dúvidas sobre a existência e consistência do transtorno. Condições médicas podem ser categóricas, como uma infecção, ou dimensionais, como a diabetes, por exemplo. No caso das condições dimensionais, aonde se situam as condições médicas psiquiátricas, observa-se o que está fora da condição considerada ideal, normal, de modo que traga prejuízo para o indivíduo. É inegável que há um percentual da população situada no extremo dessa dimensão, que tem graves prejuízos. "Na minha opinião, essa discussão de que o TDAH não existe, está fora de foco [...], **a grande questão é a banalização de onde tu colocas o ponto de corte** [...]" (ROHDE, 2015. Grifo nosso).

Essa reflexão é importante porque a suspeição do transtorno, por parte da família e da escola, é o indicativo para a avaliação. O diagnóstico, depende de uma série de avaliações multiprofissionais, por pessoas competentes, comprometidas com o seu trabalho e com o outro a quem atende. O fato de haver maus profissionais receitando medicação ou terapia indiscriminadamente, não refuta a existência do TDAH e não elimina os prejuízos daqueles que estão entre os 3-5% da população, nas análises mais conservadoras, que tem o transtorno, muitos deles sem qualquer identificação ou tratamento, essenciais para um melhor prognóstico escolar e social.

A família, especialmente nas classes menos favorecidas, geralmente não tem conhecimentos específicos sobre transtornos e síndromes, e até mesmo sobre o desenvolvimento esperado para as diferentes faixas etárias da criança. Assim, a escola tem um papel fundamental nesse prognóstico para a criança com TDA/H. Havendo a suspeição, o encaminhamento e a avaliação por profissionais adequados em conjunto com a escola, as perspectivas para uma educação inclusiva e igualdade de oportunidades, começam a ser favoráveis.

Embora teoricamente haja um acompanhamento da evolução do desenvolvimento da criança nos Postos de Saúde, inúmeros fatores distanciam as famílias desse atendimento regular. É comum ver crianças chegarem na

[2] Comunicação feita por Luis Rohde no TED x UFRGS (2015), sob o título TDAH: Mitos, Verdades e Impacto. Disponível em <https://youtu.be/6Xzha28mfV0> Acesso em 17 out. 2016.

Educação Infantil e até mesmo nos anos iniciais do ensino fundamental, nas escolas públicas especialmente, sem qualquer suspeita de problemas diversos, como baixa visão, estrabismo, surdez, autismo e outros transtornos que podem, inclusive, ter sintomas do TDA/H como secundários.

A atenção, por exemplo, sendo fator relevante para o diagnóstico, requer muito cuidado na avaliação do comportamento do indivíduo em questão. Conforme exposto anteriormente, dificuldade nesse aspecto pode ser um sintoma secundário. Só uma avaliação muito criteriosa, por profissionais adequados, poderá confirmar ou descartar a hipótese do TDAH (BASTOS, 2005; GOMES et al. 2007).

As pesquisas teóricas e o conhecimento empírico, demonstram a importância da inclusão no sentido do acesso as terapias fundamentais ao tratamento e, consequentemente, melhor qualidade de vida para os alunos com TDA/H, suas famílias e demais conviventes, seja no âmbito escolar ou fora dele. Porém, como o transtorno não figura entre o público alvo do Atendimento Educacional Especializado (AEE), conforme a Resolução CNE/CEB 04/2009, que institui as diretrizes operacionais para o AEE, definindo o público alvo como: pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, atender ou não esse aluno, conforme a dificuldade apresentada, em sala de recurso ou centro especializado, fica a critério de cada rede, conforme a disponibilidade após o atendimento do público alvo.

A política de educação, na perspectiva da inclusão, contempla o TDAH e outros transtornos e dificuldades de aprendizagem enquanto Transtornos Funcionais Específicos (TFEs), com uma política específica para diagnóstico e tratamento. Porém, excluí-lo do público alvo do AEE, que tem a prerrogativa de um trabalho especializado no contra-turno, em sala de recurso e/ou nos centros de atendimento especializados, significou o aumento do abismo entre quem tem TDAH e uma condição socioeconômica desprivilegiada e quem não tem o transtorno e dificuldades inerentes a ele ou não dependem de políticas públicas para ter suas NEEs atendidas.

Faz-se premente observar que diante das dificuldades que resultam das especificidades do TDAH (incluindo-se aí as comorbidades com outros transtornos e dificuldades de aprendizagem), especialmente no âmbito da escola pública, estar fora do público alvo do AEE significa estar cada vez mais distante

de um atendimento que oportunize a superação das dificuldades que levam ao fracasso escolar.

Vale destacar que o fato de não ser público alvo do AEE (considerando-se o que está explícito na resolução, sem os questionamentos possíveis quanto aos demais documentos relativos a inclusão), e não obter as vantagens dessa designação, conforme a política de inclusão expressa na legislação vigente, a escola, o professor, a comunidade escolar, precisam estar preparadas para atender a toda e qualquer NEEs que o aluno tenha, ainda que sejam temporárias, por questões pontuais. O ensino tem que alcançar a todos, na sua diversidade de ser e estar no mundo, para cumprir o seu papel de formar cidadãos, no mais amplo sentido da palavra.

Nesse sentido, o GUIA foi desenvolvido com o propósito de auxiliar o professor com informação qualificada e objetiva. Buscou-se uma linguagem clara e acessível, com um formato leve, com ilustrações que remetem a diversidade do contexto escolar, expressas nas fotos do cotidiano, com alunos, e do próprio *template* utilizado, que remete a inclusão e também a um dos pontos abordados: qualquer um, ainda que tenha outros transtornos ou deficiências, pode ter TDAH, mas sem deixar em segundo plano a importância do cuidado com esse olhar para o aluno. A informação tem que servir para que haja uma possibilidade de mudança e principalmente melhora na vida da criança ou jovem, e não para rotulá-lo e tirar da escola, do professor, da família, a responsabilidade pelo melhor desenvolvimento possível com o menor sofrimento possível para o aluno.

5 Considerações Finais

5.1 Conclusões

A pesquisa de campo para investigar o entendimento do professor sobre TDAH revelou que há um conhecimento significativo quanto ao conceito do transtorno e as características principais. Porém, ainda prevalecem alguns mitos e preconceitos, que restringem o acesso ao tratamento adequado a quem precisa, considerando que o professor e peça fundamental na suspeição do transtorno.

Ainda que os sintomas possam estar presentes desde muito cedo, como é de se esperar para um transtorno de base genética, “antes de entrar para a escola, pode ser difícil comparar a atenção e o comportamento com aquela de outras crianças na mesma idade” (MATTOS, 2015, p. 62). Ainda assim, na pré-escola os sintomas de hiperatividade e desatenção podem não ser tão evidentes, em razão da dinâmica da proposta de trabalho. Mas na alfabetização e anos posteriores, quando se exige mais da atenção e concentração da criança, menos movimento corporal na sala de aula e mais responsabilidade com tarefas de casa, fica bastante evidente a dificuldade da criança com TDAH em relação às demais crianças. Assim, ainda que os pais percebam, o posicionamento da escola em relação a essa criança pode fazer toda a diferença na questão do encaminhamento para uma avaliação adequada.

Embora o TDA/H seja um transtorno estudado há décadas, ainda há uma grande dificuldade de convergência entre as opiniões sobre o mesmo, no meio acadêmico e nas comunidades escolares, refletidas nas políticas públicas e na forma como o sistema educacional lida (ou não lida) com a questão.

Ficou evidente pela pesquisa, que o professor conhece os sintomas principais do TDAH, mas não tem informações suficientes e consistentes. Esse conhecimento é o ponto de partida para um olhar diferenciado e atento em relação ao aluno que não corresponde ao esperado no âmbito escolar, acadêmica ou socialmente, respeitando-se as particularidades e a multiplicidade inerente a qualquer grupo social.

Nesse sentido, fica claro, então, a importância da suspeição e devido encaminhamento para avaliação com profissionais adequados, como psiquiatra, psicólogo, psicopedagogo, fonoaudiólogo, compondo uma equipe multidisciplinar. Assim, mediante informações do professor, da família, além da observação direta, com base científica de investigação, entende-se que haverá um diagnóstico mais preciso.

No intuito de contribuir com a inclusão ampla e irrestrita, saindo da esfera das patologias claramente observáveis e contempladas pelo AEE, com todo amparo legal, pedagógico e psicossocial, que, em tese, estaria abarcado no mesmo, essa pesquisa resulta em um GUIA para os professores, no formato e.book, sob o título: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): da suspeição à inclusão.

O GUIA tem como objetivo principal tornar acessível ao professor uma gama de informações científicas que tomem o lugar dos preconceitos e mitos sobre o TDAH, que ainda permeiam o universo pedagógico. Contrariamente a crença popular, essa mistificação, que envolve a questão do tratamento medicamentoso em particular, vem contribuindo com o hipo-diagnóstico do transtorno, inclusive em meninas.

Assim, longe de fazer apologia à medicalização ou à patologização da educação, o que se pretende aqui, com o suporte do GUIA para professores, é propiciar a suspeição do transtorno, a partir de uma série de indicadores cientificamente comprovados. Dessa forma, os julgamentos morais a que são submetidos alunos com TDAH e seus familiares, e consequentemente um leque de problemas escolares e sociais geradores de bastante sofrimento, a curto, médio e longo prazo, poderiam ser substituídos pelo devido tratamento, em parceria do sistema de saúde e a rede de ensino, possibilitando um prognóstico mais promissor para essa criança ou jovem.

Não há apenas um tipo de tratamento ou medicamento para o transtorno. Embora o tratamento de eleição da classe médica privilegie o metilfenidato, cada vez mais se busca um ponto de corte ideal para se evitar um uso indiscriminado de medicação. Esse ponto de corte se reporta aos níveis de prejuízo que o transtorno provoque na pessoa. O DSM V, aponta nessa direção quando possibilita a classificação do TDAH em leve, moderado e grave, conforme esses prejuízos, o que vai influenciar no tipo de tratamento mais eficaz, que pode combinar medicação (não necessariamente o metilfenidato) com terapia.

No atendimento clínico há relato de pacientes adolescentes com alta da medicação após um período de um ano de terapia cognitivo comportamental em uso regular concomitante de metilfenidato[3]

A Terapia Cognitivo-Comportamental vem ganhando espaço no tratamento do TDAH. Às vezes combinada com medicamento, outras vezes como opção ao tratamento medicamentoso, mas sempre visando a possibilidade da pessoa com o transtorno aprender a lidar com suas características peculiares. Assim, utiliza estratégias específicas que proporcionam mudança de comportamento, uma

[3] Informação oral, em palestra do Dr Édison Pimentel Batista, neurologista. Nova Friburgo/RJ (2013)

reorganização no estilo de vida que permita tirar o melhor proveito dos potenciais e superar as dificuldades.

É um grande equívoco deixar de investigar um transtorno com medo da indicação do remédio e não ter medo da criança crescer sob críticas, aos tropeços, sendo alijada pelos colegas de escola e outros grupos sociais, amargando a baixa auto-estima e outros prejuízos que se acumulam, principalmente quando há fracasso escolar.

O diagnóstico definitivo de TDAH, assim como de outros transtornos, costuma demorar. Mas a suspeição já é um indicativo para o professor apropriar-se de estratégias diferenciadas e dar uma oportunidade ao aluno de descobrir caminhos para o sucesso escolar. Se há uma suspeição é porque há um aluno com alguma NEE e um professor observador e com vontade de fazer a diferença na vida desse aluno.

Faz-se necessário ainda observar que um transtorno ou deficiência não define as NEEs por si só. É comum o foco na deficiência ou transtorno mais evidente. Porém, assim como foi visto que o TDAH pode aparecer em comorbidade com outros transtornos, síndromes, alta habilidade/superdotação, é possível que esteja presente também em alunos com deficiência. Um aluno surdo, por exemplo, não necessariamente é só surdo. Da mesma forma, um aluno cego ou com alguma outra deficiência que costuma saltar aos olhos e ter uma política pública especial. É necessário um olhar mais atento nesses casos, uma avaliação cuidadosa, especialmente se dificuldades de aprendizagem ou problemas comportamentais não forem superados com o atendimento às necessidades diretamente relacionadas a deficiência em questão.

Nesse sentido, o GUIA também tem a proposta de auxiliar o professor trazendo conhecimentos pedagógicos e na área da neurociência. Assim, pretende dar subsídio para a busca pelos recursos didáticos mais apropriados para cada caso, e obter do aluno com dificuldades dentro do espectro do TDAH, os melhores resultados possíveis.

5.2 Perspectivas

Espera-se que o GUIA, produto dessa pesquisa, e toda a dissertação, que será compartilhada com a SME de Cachoeiras de Macacu e estará disponível também a toda comunidade em geral, contribua para mudanças significativas tanto em relação ao olhar que o professor dirige àquele aluno que mais traz problemas para a sala de aula e a escola, quanto para mudanças nas políticas públicas do município.

Conforme informações do CREEM, entre os 5.933 alunos da rede municipal de Cachoeiras de Macacu, somente 15 alunos tem laudo de TDAH. Entre eles, apenas 2 estão incluídos no AEE por terem comorbidade com Down e Autismo. Quanto aos demais, não há nenhuma política especial além da orientação ao professor junto ao Orientador Pedagógico. Considerando o índice de prevalência mais conservador [3%], é possível que esteja havendo um subdiagnóstico do transtorno. Certamente o fato de não ser público alvo do AEE e assim, não ter a duplicidade de matrícula prevista pelo FUNDEB, interfere nas condições para esse atendimento em toda a dimensão de suas necessidades.

Essa pesquisa não esgota as discussões sobre TDAH, as necessidades educacionais especiais que desencadeia e o papel da escola e políticas públicas nesse contexto. Deixa um indicativo para que se aprofundem as pesquisas quanto em que medida e em que momento há uma necessidade premente de um apoio especializado, seja no AEE ou em sala de aula, junto ao professor, de modo que a criança com TDAH e também os alunos com desenvolvimento compatível com a idade e etapa de escolarização, não percam as janelas de oportunidade de aprendizado adequado.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Luciana Mendonça et al. Processamento fonológico em indivíduos com transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 874-882, jun. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000300874&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 20 set. 2016.

ARAÚJO, Alberto David. *A proteção constitucional das pessoas com deficiência*. 4ª ed. Revista, ampliada e atualizada. Brasília: 2011. Disponível em:, http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/a-protecao-constitucional-das-pessoas-com-deficiencia_0.pdf>. Acesso em 25 mai 2017.

AZEVÊDO, Paulo Verlaine Borges. *Prevalence of mental health problems in Karajá indigenous population of children and adolescents of the Brazilian Amazon*. 2012. 213 f. Tese (Doutorado em Ciencias da Saude) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tde/1677/1/Tese%20Paulo%20V%20B%20e%20Azevedo.pdf> Acesso em: 07 set. 2016.

AZEVEDO, Paulo Verlaine Borges et al. *Sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças indígenas da Amazônia Brasileira*. Arq. Neuro-Psiquiatr. [on line]. 2010, v.68, n.4, pp.541-544. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2010000400012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso: 10 mar. /2016.

BARDIN, L. *L'analyse de contenu*. Paris: PUF, 1995

BARKLEY, Russel A. *Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH)*. Tradução Luís Sérgio Roizman. Porto Alegre/ RS: Artmed, 2002.

BARKLEY, Russel A. et al. *Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH).* Tradução Ronaldo Cataldo da Costa. 3ª ed. Porto Alegre/ RS: Artmed, 2008.

BARKLEY, Russel; HELMUT, Peters. The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's Description in 1775 of "Attention Deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *Journal of Attention Disorders.* November, 2012, 16: 623-630, first published onFebruary 8, 2012. Disponível em: <http://jad.sagepub.com/content/16/8/623.short> Acesso em: 17 abr. 2016.

BASTOS, Claudio L. Atenção. In: CAMARGO, Walter Jr; HOUNIE, Ana G. *Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Nova Lima/MG: Editora Info, 2005. 1129, cap.2, p.55-98.

BASTOS, Claudio L. Pensando a Psiquiatria Avaliando o TDA/H. *Psychiatry* [on line] Brasil, v.16, n.12, 2011. Disponível em: http://www.polbr.med.br/ano11/clau1211.php Acesso em: 15/03/2016.

BENCZIK, E.B.P. *Manual da Escala de Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade*: versão para professores. São Paulo: Casa do Psicólogo,2000.

BRASIL. Jurisdição. LEI Nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatudo da Pessoa com Deficiência). Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm> Acesso em 15 jan. 2017.

BRASIL. MEC/CNE/CEB. Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Brasília: MEC, 2001. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/seesp/adap.shtm>. Acesso em 15 ago. 2016.

BRASIL, MEC/SEESP. Política Nacional de Educação Especial. Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria Ministerial nº 555, de 5 de junho de 2007, prorrogada pela Portaria nº 948, de 09 de outubro de 2007. Disponível em: <http://peei.mec.gov.br/arquivos/politica_nacional_educacao_especial.pdf>. acesso em: 19 ago 2016.

BRASIL, MEC/CNE. Resolução nº4 de 2 de outubro de 2009. Institui as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. *Diário Oficial da União,* Brasília, 5 out. 2009, Seção 1, p. 17. Disponível em: <http://www.abiee.org.br/doc/Resolu%E7%E3o%204%20DE%2002%20out%2020 09%20EDUCA%C7%C3O%20ESPECIAL%20rceb004_09.pdf>. Acesso em 09 set. 2016.

BRASIL. MEC/CNE. Plano Nacional de Educação. Lei n.10.172 de 9 de janeiro de 2001. Brasília/DF, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/tecnico/legisla_tecnico_lei1 0172.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2016.

CALIMAN, Luciana Vieira. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicol. estud*. [on line]. 2008, vol.13, n.3, pp.559-566. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000300017>. Acesso em out. 2016.

_____, Luciana Vieira. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. *Psicol. cienc*. prof. [on line], 2010, v. 30, n.1, pp. 46-61. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100005>. Acesso em: 10 jul. 2016.

CAVADAS, Marcia; PEREIRA, Liliane Desgualdo; MATTOS, Paulo. Efeito do metilfenidato no processamento auditivo em crianças e adolescentes com transtorno do deficit de atenção/hiperatividade. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*[online].

2007, vol.65, n.1, pp.138-143. ISSN 0004-282X. Disponível em:< http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2007000100028>. Acesso em : 15 set. 2016.

COELHO, Cristina; BASTOS, Claudio Lyra. A Avaliação Neuropsicológica e o Diagnóstico do TDAH. *Psychiatry on line Brasil*. Dezembro de 2011 - Vol.16 - Nº 12. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano11/clau1211.php>. Acesso em 20 mar. 2016.

COELHO, Cristina; BASTOS, Claudio Lyra.Torre de Hanói: o espaço lúdico como intervenção psicopedagógica com alunos com NEEs. *Interacções.* N. 26, pp. 311-328, 2013.

CORDINHÃ, A.; BOAVIDA, J. A criança hiperativa: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Rev Port. Clin. Geral*, 2008 Set-Out; 24 (5): 577-89. Disponível em: < file:///C:/Users/ADM/Downloads/phda.pdf> Acesso em set. 2016.

CORRÊA, Maria Ângela Monteiro. *Educação Especial*. v.1. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2005 . 207p.

DIMINGUES, Leane; ZANCANELLA, Sabrina e BASEGGIO, Denice Bortolin. *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*: um olhar voltado para a escola. Barbaroi, Santa Cruz do Sul, n.39, p. 149-163, dez. 2013. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000200007>. Acesso em: 15 abr. 2016.

DOMINGUINI, Lucas, SILVA, Ilton Benoni. *Obstáculos a construção do espírito científico*: reflexões sobre o livro didático. V CINFE. Caxias do Sul/RS. maio/2010.

DORNELES, Beatriz Vargas et al. Impacto do DSM-5 no diagnóstico de transtornos de aprendizagem em crianças e adolescentes com TDAH: um estudo de prevalência. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2014, vol.27, n.4, pp.759-767. ISSN 0102-7972. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.2014274167>. Acesso em: 20 jan 2016.

FLEITH, Denise de Souza. *A Construção de Práticas Educacionais para Alunos com Altas Habilidade/Superdotação*. v.1. Brasília. ME/SEE: DF, 2007.

FONTANA, Rosiane da Silva et al. Prevalência de tda/h em quatro escolas públicas brasileiras. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. [online] vol.65 no.1 , pp.134-137. São Paulo: Mar. 2007. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2007000100027>. Acesso em: 15 ago. 2016.

GOMES, Marcelo et al. Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. *J. bras. psiquiatr.*, 2007, vol.56, no.2, p.94-101. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a04v56n2.pdf>. Acesso em: 09 jan 2016.

GABRILLI, Mara. Projeto de Lei nº 7.081, de 2010. Dispõe sobre o diagnóstico e tratamento da dislexia e do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade na educação básica. Disponível em: <

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=472404>. Acesso em : 10 nov. 2015.

GREVET, Eugênio Horácio et al. Transtorno de oposição e desafio e transtorno de conduta: os desfechos no TDAH em adultos. *J. bras. psiquiatr.* [online]. vol.56 supl.1, p. 34-38. Rio de Janeiro 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000500008> . Acesso em: 17 mar. 2016.

HALLOWELL, Eduard M.; RATEY John J. *Tendência a Distração: identificação e gerência do distúrbio de déficit de atenção (DDA) da infância a vida adulta*. Tradução de André Carvalho. Rio de Janeiro/ RJ: Rocco, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. Rio de Janeiro. Cachoeiras de Macacu. Informações Estatística. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em:< http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/a-protecao-constitucional-das-pessoas-com-deficiencia_0.pdf>. Acesso em 15 fev 2017.

KISHIMOTO, Tizuko Morchida. Brinquedos e brincadeiras na Educação Infantil. In: SEMINÁRIO NACIONAL: CURRÍCULO EM MOVIMENTO – Perspectivas Atuais. *Anais...* Belo Horizonte: 2010. Disponível em: < http://portal.mec.gov.br/docman/dezembro-2010-pdf/7155-2-3-brinquedos-brincadeiras-tizuko-morchida/file. Acesso em 23 nov. 2016.

LIMA, C.B. *A importância da afetividade no desempenho de alunos com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH*). Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) – curso de Pedagogia – UERJ/CEDER, Rio de Janeiro/RJ, 2008.

_____. *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade(TDAH) em idade pré-escolar*: a importância da afetividade e as práticas pedagógicas necessárias. Monografia (Pós-graduação em Educação Especial), Faculdades Integradas de Jacarepaguá –Rio de Janeiro/RJ, 2012.

LIMA, R.C..*Somos todos desatentos? O TDAH e a construção das bioidentidades*. Rio de Janeiro: Relume. Dumará, 2005.

LOPES, A. et al. Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção na Infância e Adolescência: problemas associados. *Revista Saúde Infantil.* Hospital Pediátrico de Coimbra. Nº29/2 Setembro p.19, 2007. Disponível em:< saudeinfantil.asic.pt/download.php?article_id=44>. Acesso em ago. 2016.

MADUREIRA, N. et al. A perturbação de hiperactividade e défice de atenção. *Revista Saúde Infantil*. Hospital Pediátrico de Coimbra. Nº29/2 setembro p.9 2007. Disponível em: < saudeinfantil.asic.pt/download.php?article_id=44>. Acesso em ago. 2016

MANTOAN, Maria Tereza Eglér. *Inclusão Escolar-Oque é? Por quê?* Como Fazer?-2ª Edição-São Paulo: Moderna, 2006.

MATTOS, Paulo et al. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Rev. Psiquiatr*. RS v.3, n.28, p.290-297, set./dez. Porto Alegre, 2006 Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000300008>. Acesso em: 15 mar. 2016

MATTOS, Paulo. DSM V. In: Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), 2013. Disponível em:< http://www.tdah.org.br/> Acesso em: 13 ago. 2016.

MATTOS, Paulo. *No mundo da lua.* Perguntas e respostas sobre Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em Crianças, Adolescentes e Adultos. 4ª Ed. São Paulo: Lemos Editorial , 2003.

_____, Paulo. *No mundo da lua.* Perguntas e respostas sobre Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em Crianças, Adolescentes e Adultos. 16ª Ed.São Paulo: Lemos Editorial, 2015

MESSINA, Lucinete de Freitas e TIEDEMANN, Klaus Bruno. Avaliação da memória de trabalho em crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Psicol. USP* [online], v.20, n. 2, p. 209-228, 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642009000200005>. Acesso em 05 mar. 2016.

MINAHIM, Daniel e ROHDE, Luis A. Attention deficit hyperactivity disorder and intellectual giftedness: a study of symptom frequency and minor physical anomalies. *Rev. Bras. Psiquiatr*. vol.37 no.4 São Paulo out./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462015000400004&lng=pt&tlng=en> .Acesso em 15 mar. 2016.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/34463/3720>. Acesso em 27 jun 2017.

OKUDA, Paola M.M et al. *Coordenação motora fina de escolares com dislexia e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade*. Ver. CEFAC, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/72-10.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2017.

OLIVEIRA, Carmen Irene C. de e FERNANDES, Cláudia Oliveira. *Pesquisa em Educação e Projeto Político-Pedagógico 4* v.1. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ,2007.

OLIVEIRA, Cristina Camargo. *Perfil motor de escolares com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade*. São Carlos, 2014. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2014. Disponível

em: < https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/6883/5808.pdf?sequence=1>. Acesso em 12 abr. 2017.

PASSOS, Roberta Benitez Freitas; LOPEZ, José Ramón Rodriguez Arras. *Síndrome de Gilles de la Tourette associada ao transtorno de déficit de atenção com hiperatividade*: resposta clínica satisfatória a inibidor seletivo da recaptura de serotonina e metilfenidato. *J. bras. psiquiatr.*[online]. 2010, vol.59, n.2, pp.160-162. ISSN 0047-2085. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000200013>. Acesso em 20 out. 2015.

PATTO, Maria Helena Souza. A família pobre e a escola pública: anotações sobre um desencontro. Psicol. USP. [on line] 1992, v.3, n.1-2, p.107-121. Disponível em: < http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/34463/37201>. Acesso em 27 jun. 2017.

PEREIRA, Isabella da Silva Arantes e SILVA, Janaína Cassiano. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade à luz de uma abordagem crítica:* um estudo de caso.Psicol. rev. [online]. 2011, v. 17, n.1, pp. 117-134. Belo Horizonte abr. 2011. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000100009>. Acesso em 02 ago. 2016.

PINA, Ione Lima, et al. Avaliação de uma intervenção pedagógica na aprendizagem de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH - no âmbito das políticas públicas do Estado do Pará. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ*., Rio de Janeiro, v. 18, n. 66, p. 65-84, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v18n66/a05v1866.pdf > Acesso em: 10 mar. 2016.

POLANCKZIK, Guilherme; ROHDE, Luis Augusto. Epidemiology of attention-deficit/hyperactyve disorder across the lifespan. *Current Opinion in Psychiatry*, 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Guilherme_Polanczyk/publication/6285994_Epidemiology_of_attention deficithyperactivity_disorder_across_the_lifespan/links/0deec521683e2e062e000000/Epidemiology-of-attention-deficit-hyperactivity-disorder-across-the-lifespan.pdf> Acesso em: 28 ago. 2016.

RAMOS, Alice de Moura; Corrêa, Maria Ângela Monteiro; Herculano, Claudia Vieira de Castro. *Tópicos em Educação Especial*. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2007.

RELVAS, Marta Pires. *Neurociência e Transtornos da Aprendizagem*: As Múltiplas Eficiências para uma Educação Inclusiva.-6ª Edição-Rio de Janeiro/RJ: Wak Ed., 2015.

_____, Marta Pires. *Fundamentos Biológicos da Educação*: despertando inteligências e afetividade no processo de aprendizagem.-4ª Edição-Rio de Janeiro: Wak Ed., 2009.

RIBEIRO, Daniela e Figueiredo; ANDRADE, Antônio dos Santos. Assimetria na relação entre família e escola pública. Paideia (Ribeirão Preto) [on line] dez. 2006, v.16, n.35. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000300009>. Acesso em 27 jun. 2017.

ROHDE, L. A.; MATTOS, Paulo e Colaboradores. *Princípios e Práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ROHDE, Luis Augusto et al. Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Rev. Bras. Psiquiatri.* 2000, São Paulo/RJ, vol. 22, s.2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600003>. Acesso em: 23 set. 2016.

ROHDE, Luis Augusto e BENCZIK, Edyleine B.P. *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade - O que é? Como Ajudar?* Porto Alegre/RGS: Artmed, 1999.

ROHDE, L.A.; HALPERN, R.. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria* – Vol. 80, Nº2(supl) by Sociedade Brasileira de Pediatria, 2004.

SAVIANI, Demerval. Formação de Professores no Brasil. *Revista Poiesis Pedagógica* – PPGEDUC, v.9, n.1 jan/jun. 2011; pp 07-19. Disponível em : < file:///C:/Users/ADM/Downloads/15667-63261-1-PB.pdf>. Acesso em 27 jun 2017.

SEGENREICH, Daniel; MATTOS, Paulo. Atualização sobre comorbidade entre transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtornos invasivos do desenvolvimento (TID). *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo , v. 34, n. 4, p. 184-190, 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 25 set. 2016.

SENNA, Simone da Silva; NETO, Orestes Diniz. *Distraído e a 1000 por hora*: guia para familiares, educadores e portadores de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SERRALHA, Conceição Aparecida. Tendência anti social e novos diagnósticos: a medicalização como alternativa as falhas do ambiente. *Winnicott e-prints* [on line]. São Paulo, v.5, n.2, p. 69-86, 2010. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2010000200005>. Acesso em: 09 set. 2016.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. *Mentes Inquietas*. São Paulo/ SP: Ed. Gente, 2003

SILVA, B. B. S. Meninas com TDAH. *Revista Mente e Cérebro*. Fevereiro 2010.

SIGNOR, Rita. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma análise histórica e social. *Rev. bra. linguist. apl.*, Belo Horizonte, v.13, n.4, out./dez. 2013.

Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rbla/v13n4/aop2613.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

SOUSA , A. David. *Attention Disorders* In: How The Special Needs Brain Learn. 2 ed. thousand oaks, ca: corwin press,2007.

TAROUCO, Liane M.R. et al. *Jogos Educacionais*. CINTED/UFRGS. Disponível em http://www.virtual.ufc.br/cursouca/modulo_3/Jogos_Educacionais.pdf. Acesso em 20 jan. 2017

VIANA, Claudia P. O sexo e o gênero da docência. *cadernos pagu* [on-line]; UNICAMP/ Campinas, 2001/02: pp.81-103. Disponível em: , <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n17-18/n17a03>. Acesso em 28 jun 2017.

7. APÊNDICES E ANEXOS

7.1 Apêndices

7.1.1 Declaração de Anuência

Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Cachoeiras de Macacu
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
GABINETE DA SECRETÁRIA

DECLARAÇÃO

Declaramos que esta instituição tem interesse em participar do projeto: ***TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: um olhar sob a perspectiva da Educação Especial Inclusiva***, proposto pela pesquisadora **CRISTINA BRUNO DE LIMA**, autorizando sua execução.

Declaramos ainda, conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa responsável por sua avaliação.

Cachoeiras de Macacu, ____de _____ de 2016

_____

DIREÇÃO

7.1.2 Questionário

- [ ] Ensino Médio - Formação de Professores
- [ ] Graduação
- [ ] EJA(Ensino de Jovens e Adultos)
- [ ] AEE(Atendimento Educacional Especializado)
- [ ] Na caixa abaixo, por favor, especifique qual a sua atuação no AEE, se for o caso

Outro (especifique)

4. Em que rede de ensino você atua?

- [ ] Municipal
- [ ] Estadual
- [ ] Privada

5. Quais sintomas você acredita serem pertinentes ao TDA/H?

- [ ] Hiperfoco em alguns assuntos/coisas
- [ ] Hiperatividade física
- [ ] Dificuldade de se relacionar
- [ ] Desatenção
- [ ] Agressividade
- [ ] Hiperatividade mental
- [ ] Dificuldade de esperar
- [ ] Pouca iniciativa
- [ ] Impulsividade
- [ ] dificuldade de comunicação
- [ ] Apatia
- [ ] Dificuldade com conceitos matemáticos
- [ ] Facilidade de comunicação
- [ ] Atraso no controle motor
- [ ] Sonolência diurna

- [ ] Fala muito e rápido
- [ ] Facilidade de concatenar ideias
- [ ] Dificuldade na percepção do tempo
- [ ] Isolamento
- [ ] Dificuldade de terminar o que começa
- [ ] Inconstância em tarefas
- [ ] Fraca capacidade de organização
- [ ] Criatividade
- [ ] Desobediência
- [ ] Não conheço TDA/H
- [ ] Já ouvi falar mas sei muito pouco sobre TDA/H
- [ ] Sei alguma coisa sobre TDA/H mas ainda tenho dúvidas sobre o transtorno

Outro (comentários, se desejar)

6. O aluno x apresenta um comportamento diferente da maioria dos seus colegas de turma. É difícil de lidar, briga com os colegas por banalidades, não aceita perder no jogo, tem dificuldade de esperar a sua vez. Você acredita que esse comportamento decorre de:

- [ ] Falta de educação e limites em casa.
- [ ] Modelo que tem em casa. Deve ver outras pessoas com esse comportamento.
- [ ] Problemas familiares que estejam perturbando a criança.
- [ ] TDA/H
- [ ] Falta de controle da professora.
- [ ] Imaturidade da criança.
- [ ] A escola não está atendendo as necessidades da criança.
- [ ] Algum transtorno ou deficiência

Outro (especifique)

7. O aluno Y é extremamente agitado e desastrado, fala muito e quer ser sempre o primeiro, provocando grande tumulto na sala de aula. Porém, é muito simpático e carinhoso com todos, bem comunicativo e atende a professora, embora repita frequentemente os mesmos comportamentos inadequados. Você acha que esse aluno:

- [ ] Não é bem educado em casa. Os pais não dão limites.
- [ ] Não é bem educado em casa. Os pais não dão atenção a ele e ele quer chamar atenção na escola.
- [ ] É muito mimado em casa. Não deve ter uma boa estrutura familiar e/ou deve ser criado por avó.
- [ ] Pode ser TDA/H
- [ ] É "malandro". Faz o que quer e conquista todo mundo com um sorriso e carinho.
- [ ] É só uma criança levada que precisa de pulso firme do professor.
- [ ] Não respeita as regras da escola porque não sofre consequências pelos seus erros.

Outro (especifique)

8. O aluno Z é muito criativo, parece bem esperto e até mais adiantado que os outros porém, nem sempre quer fazer as tarefas, seu humor varia muito, muitas vezes prefere ficar sozinho. Como você avalia esse aluno?

- [ ] É do tipo mal humorado.
- [ ] É carente, gosta de atenção.
- [ ] Deve estar passando por problemas na família.
- [ ] A escola não atende as suas demandas.
- [ ] Pode ser TDA/H.
- [ ] Pode ter algum outro transtorno
- [ ] É esperto mas é preguiçoso. Tem que ser firme com ele.

Outro (especifique)

9. O que você entende por TDA/H?

- [ ] Uma invenção da mídia para vender livros e programas
- [ ] Uma invenção dos laboratórios para vender medicamentos
- [ ] Um problema neurológico que interfere nas atitudes e formas de aprender de crianças e jovens

- [ ] Um problema do mundo contemporâneo devido a quantidade de informação e tecnologia aos quais as pessoas estão sujeitas
- [ ] Um transtorno causado por um desequilíbrio bioquímico que altera basicamente a atenção, impulsividade e atividade motora do sujeito.
- [ ] Um transtorno passageiro que pode ser tratado com dieta adequada, com menos estimulantes
- [ ] Um problema emocional devido a falta de limites
- [ ] Não tenho opinião sobre o TDA/H

Outro (especifique)

10. Você já teve algum aluno com TDA/H ou do qual suspeitasse ter o transtorno? Se sim, como o descreveria?

- ( ) Sim
- ( ) Não

Outro (especifique)

Concluído

Desenvolvido pela
SurveyMonkey®
Veja como é fácil criar um questionário.

7.1.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UFF UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE(TDA/H): um olhar sob a perspectiva da Educação Especial Inclusiva

Pesquisador Responsável: CRISTINA BRUNO DE LIMA

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: UFF

Telefones para contato do Pesquisador: (21) 2649 5978 - (21) 98233 9585

Nome do voluntário:

_____

Idade: _____ anos R.G. _____

O(A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa " TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE(TDA/H):um olhar sob a perspectiva da Educação Especial Inclusiva", de responsabilidade da pesquisadora CRISTINA BRUNO DE LIMA. O objetivo dessa pesquisa é identificar se há um conhecimento adequado a respeito do TDA/H entre os professores, equipe de gestão e coordenação dos Anos Iniciais do Ensino Fundamental, uma vez que a escola e os profissionais da educação tem um papel significativo na precocidade da identificação e consequente tratamento dos casos.

Para tanto, serão realizadas entrevistas com perguntas fechadas e abertas, sobre as características e sintomas do TDA/H, bem como sobre as impressões pessoais do participante, a respeito do transtorno. Essas entrevistas serão realizadas por meio de questionário virtual, através do software Survey Monkey, aonde o participante receberá um link, pelo e.mail informado, no momento do encontro com a pesquisadora. A resposta não é identificada, conforme as configurações do sistema. Caso o pesquisado deseje fazer algum relato relativo ao tema em questão, haverá registro de voz e/ou vídeo para perfeita transcrição do mesmo, quando for o caso de usá-lo na pesquisa, sem necessidade de identificação com nome ou imagem frontal.

Todas as informações coletadas ajudarão na composição de um BLOG onde serão disponibilizadas informações atualizadas sobre TDA/H e material de apoio ao professor. As informações contribuirão também com a dissertação de mestrado e elaboração de artigos e/ou trabalhos que - poderão ser publicados em encontros e/ou revistas científicos.

Sua contribuição é fundamental para que a pesquisa contribua com os profissionais das escolas e ajude na estruturação de uma educação inclusiva com qualidade.

Sua participação é **voluntária** e sua identidade não será revelada em nenhum momento de produção ou publicação, sendo garantido o sigilo total sobre sua participação, se for de seu interesse.

Você pode **desistir** de participar do projeto a qualquer momento, contudo os dados fornecidos durante o processo estarão disponíveis para serem analisados pelo estudo, resguardando o seu direito ao sigilo e o nosso de utilização das informações prestadas até o momento em que cessou sua vontade de participação e de contribuir com o estudo. Fica garantido que seu envolvimento em nossa proposta não trará à sua pessoa qualquer vantagem ou prejuízo de qualquer ordem ou tipo.

Em caso de dúvida ou desistência da participação, o pesquisado poderá entrar em contato com a pesquisadora pelos meios disponibilizados ao final do documento.

Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações:
E.mail: etica@vm.uff.br Tel/fax: (21) 26299189

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, _____ de _____ de _____

_____
participante

_____
CRISTINA BRUNO DE LIMA
e.mail: cristinabruno63@yahoo.com.br
cel:(21)982339585

_____
testemunha

_____
testemunha

7.1.4 – Termo de Uso de Imagem

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

INSTITUTO DE BIOLOGIA

CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM DIVERSIDADE E INCLUSÃO

AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Venho por meio deste documento autorizar que Cristina Bruno de Lima, ou o(s) representantes(s) designado(s) por ela, a produzir, reproduzir ou multiplicar fotografias, vídeos ou filmes, podendo ser coloridos ou em preto e branco, em que eu, _____, professor da Rede Municipal de Cachoeiras de Macacu, participe e apareça, sendo estas feitas somente durante as atividades da pesquisa em que estiver sob o meu total conhecimento e consentimento.

Estas fotografias, vídeos ou filmes só poderão ser utilizados para fins de pesquisa, informação ou divulgação, para educação em saúde ou para docência, publicados em periódicos ou em outros meios de divulgação científica, bem como em blog ou site para esse fim. A reprodução e multiplicação dessas imagens podem ser acompanhadas ou não de texto explicativo sem qualquer conceito negativo que possa denegrir a imagem do participante da pesquisa, e abro mão de qualquer direito de pré-inspeção e pré-aprovação do material, assim como de qualquer compensação financeira pelo seu uso, sendo este publicado sempre preservando o meu nome, assim garantindo minha privacidade.

Tenho ciência de que este trabalho faz parte da pesquisa intitulada TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO /HIPERATIVIDADE (TDA/H): um olhar sob a perspectiva Educação Especial Inclusiva, da mestranda Cristina Bruno de Lima, do Programa de Mestrado Profissional em Diversidade e Inclusão, realizado na UFF, visando identificar o conhecimento do professor sobre o transtorno e atualizar informações, com base científica, no sentido de promover uma mudança na forma como se tem lidado com o TDA/H no âmbito escolar.

Entendo que não haverá qualquer despesa para que eu participe desta pesquisa, bem como não haverá qualquer tipo de recompensa para o participante e/ou responsáveis, a não ser aquela de ter contribuído para a busca de melhoria do processo de escolarização da pessoa com TDA/H.

Como participante, sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa, sem quaisquer penalizações ou prejuízos, só bastando comunicar o fato.

Tenho ciência de que os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações:

E.mail: etica@vm.uff.br Tel/fax: (21) 26299189

Deixo expresso, ainda, que esta autorização:

( ) permite que apareça o rosto no material gráfico sem as tarjas ou técnicas usualmente empregadas para dificultar a identificação.

( ) permite que apareça o rosto no material gráfico somente se houver o uso de tarjas ou técnicas usualmente empregadas para dificultar a identificação.

( ) não permite que apareça o rosto no material gráfico final, sendo este totalmente encoberto com a cor preta

( ) permite que apareça de costas, sem que precise manipular a imagem

Declaro estar plenamente ciente do inteiro teor desta autorização.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do docente

_____

Nº de Identidade do docente

_____	_____
Assinatura da testemunha	Assinatura da testemunha
Nome:_____	Nome:_____
CPF:_____	CPF:_____

7.1.5 - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE(TDA/H): um olhar sob a perspectiva da Educação Especial Inclusiva

Pesquisador Responsável: CRISTINA BRUNO DE LIMA

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: UFF

Telefones para contato do Pesquisador: (21) 2649 5978 - (21) 98233 9585

Nome do voluntário:

_____

Idade: _____ anos R.G. _____
(menor de 18 e maior de 16 anos)

O(A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa " TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE(TDA/H):um olhar sob a perspectiva da Educação Especial Inclusiva", de responsabilidade da pesquisadora CRISTINA BRUNO DE LIMA. O objetivo dessa pesquisa é identificar se há um conhecimento adequado a respeito do TDA/H entre os professores da Educação Infantil e Anos Iniciais do Ensino Fundamental, uma vez que a escola e os profissionais da educação tem um papel significativo na precocidade da identificação e consequente tratamento dos casos.

Para tanto, serão realizadas entrevistas com perguntas fechadas e abertas, sobre as características e sintomas do TDA/H, bem como sobre as impressões pessoais do participante, a respeito do transtorno. Essas entrevistas serão realizadas por meio de questionário virtual, através do software Survey Monkey, aonde o participante receberá um link, pelo e.mail informado, no momento do encontro com a pesquisadora. A resposta não é identificada, conforme as configurações do sistema. Caso o pesquisado deseje fazer algum relato relativo ao tema em questão, haverá registro de voz e/ou vídeo para perfeita transcrição do mesmo, quando for o caso de usá-lo na pesquisa, sem necessidade de identificação com nome ou imagem frontal.

Todas as informações coletadas ajudarão na composição de um BLOG onde serão disponibilizadas informações atualizadas sobre TDA/H e material de apoio ao professor. As informações contribuirão também com a dissertação de mestrado e elaboração de artigos e/ou trabalhos que - poderão ser publicados em encontros e/ou revistas científicos.

Sua contribuição é fundamental para que a pesquisa contribua com os profissionais das escolas e ajude na estruturação de uma educação inclusiva com qualidade.

Sua participação é **voluntária** e sua identidade não será revelada em nenhum momento de produção ou publicação, sendo garantido o sigilo total sobre sua participação, se for de seu interesse.

Você pode **desistir** de participar do projeto a qualquer momento, contudo os dados fornecidos durante o processo estarão disponíveis para serem analisados pelo estudo, resguardando o seu direito ao sigilo e o nosso de utilização das informações prestadas até o momento em que cessou sua vontade de participação e de contribuir com o estudo. Fica garantido que seu envolvimento em nossa proposta não trará à sua pessoa qualquer vantagem ou prejuízo de qualquer ordem ou tipo.

Em caso de dúvida ou desistência da participação, o pesquisado poderá entrar em contato com a pesquisadora pelos meios disponibilizados ao final do documento.

Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações:
E.mail: etica@vm.uff.br Tel/fax: (21) 26299189

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, _____ de _____ de _____

_____
participante

_____
CRISTINA BRUNO DE LIMA
e.mail: cristinabruno63@yahoo.com.br
cel:(21)982339585

_____
testemunha

_____
testemunha

7.2 Anexos

7.2.1 Critérios Diagnóstico do TDAH - DSM 5

Critérios Diagnósticos do TDAH - DSM V

Critério A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

1. **Desatenção**: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas[4] persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

a) Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).
b) Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).
c) Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
d) Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).
e) Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas seqüenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).
f) Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).
g) Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).
h) Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).

[4] Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

i) Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

2. Hiperatividade e impulsividade: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas[5] persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nivel do desenvolvimento e tem impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

a) Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
b) Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
c) Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)
d) Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.
e) Com frequência "não para", agindo como se estivesse "com o motor ligado" (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
f) Frequentemente fala demais.
g) Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
h) Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p.ex., aguardar em uma fila).
i) Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

Critério B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.

Critério C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).

---

[5] Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários

Critério D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.

Critério E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

O DSM V indica que se deve :

- determinar o subtipo:

Apresentação combinada: Se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses.
Apresentação predominantemente desatenta: Se o Critério A1 (desatenção) é preenchido, mas o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não é preenchido nos últimos 6 meses.
Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva: Se o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido, e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses.

- especificar se:

Em remissão parcial: Quando todos os critérios foram preenchidos no passado, nem todos os critérios foram preenchidos nos últimos 6 meses, e os sintomas ainda resultam em prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou profissional.

- especificar a gravidade atual:

Leve: Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional.

Moderada: Sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes.

Grave: Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

REFERÊNCIA:
MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM V)/ [American Psychiatnc Association, traduç . Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. - . e . Porto Alegre: Artmed,2014. (948 p.)

7.2.2 – Questionário de Swanson, Nolan e Pelham-IV (SNAP IV)

NOME:				
SÉRIE:	IDADE:			
OBS.: para cada item, escolha a coluna que melhor descreve o(a) aluno(a) e marque um X				
QUESTÕES	RESPOSTAS			
	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1 – Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
2 – Tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer.				
3 – Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.				
4 – Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas e obrigações.				
5 – Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.				
6 – Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7 – Perde coisas necessárias para atividades (por exemplo, brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8 – Distrai-se com estímulos externos.				
9 – É esquecido em atividades do dia a dia.				
10 – Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.				
11 – Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.				
12 – Corre de um lado para outro ou sobe nas mobílias em situações em que isso é inapropriado.				
13 – Tem dificuldade para brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.				
14 – Não para ou costuma estar a "mil por hora".				
15 – Fala em excesso.				
16 – Responde às perguntas de forma precipitada antes que elas tenham sido terminadas.				
17 – Tem dificuldade para esperar sua vez.				
18 – Interrompe ou outros ou se intromete (por exemplo, intromete-se em conversas/jogos)				
COMO AVALIAR 1: havendo pelo menos 6 itens marcados como "BASTANTE" ou "DEMAIS" de 1 a 9 = existem mais sintomas de desatenção que o esperado numa criança ou adolescente.				
COMO AVALIAR 2: havendo pelo menos 6 itens marcados como "BASTANTE" ou "DEMAIS" de 10 a 18 = existem mais sintomas de hiperatividade e impulsividade que o esperado numa criança ou adolescente.				

FONTE: adaptado de Bordini *et al.* (2010) (segundo os autores: versão em português validada por Mattos *et al.*, 2005)

7.2.3 - Parecer Consubstanciado Aprovação

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE(TDA/H): UM OLHAR SOB A PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL INCLUSIVA

Pesquisador: CRISTINA BRUNO DE LIMA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59605616.3.0000.5243

Instituição Proponente: Curso Mestrado Profissional em Diversidade e Inclusão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.799.634

Apresentação do Projeto:

Introdução:

Projeto de Pesquisa do Curso de Mestrado Profissional em Diversidade e Inclusão da UFF que pretende identificar qual o conhecimento dos professores dos anos iniciais do Ensino Fundamental, em Cachoeiras de Macacu, sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDA/H) e a partir daí, desenvolver um Blog com informações atualizadas das pesquisas sobre TDA/H nos últimos 10 anos e um Guia para professores com orientações para suspeição, encaminhamento para avaliação e sugestões de manejo com crianças e jovens com TDA/H.

Este estudo pretende realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema fazendo uma releitura em relação as necessidades educacionais especiais e aos direitos de quem tem esse transtorno. O objetivo é facilitar o acesso para o professor a uma base teórica que o instrumentalize no sentido de otimizar os resultados de seu trabalho, em articulação com o sistema de ensino, minimizando os prejuízos acadêmicos e outros subjacentes, que marcam a escolarização e a vida desse aluno. Para tanto, pretende-se verificar o entendimento que vem norteando a ação dos professores e sistema de ensino, em relação ao TDA/H, com uma pesquisa de campo na cidade de Cachoeiras de Macacu. Os dados serão coletados a partir de um questionário e relatos de experiências dos

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br

profissionais.

Hipótese:
Há pouco entendimento por parte dos professores, de maneira geral, sobre o TDA/H, o que prejudica o desempenho do aluno e até mesmo o diagnóstico já que este, muitas vezes, depende do encaminhamento e da avaliação escolar.

Metodologia Proposta:
Será feito uma abordagem qualitativa uma vez que os objetivos da pesquisa implicam em uma análise contextual da situação problema-necessidade de suporte pedagógico ao professor da Educação Infantil e séries inicias do Ensino Fundamental, de modo a otimizar o desenvolvimento global das crianças com necessidades educacionais especiais como ocorre com as crianças com TDA/H – o que envolve percepção de valores, comportamentos e ideologias dos sujeitos envolvidos. Assim, será realizada uma pesquisa bibliográfica com objetivo de fundamentar teoricamente, a partir de estudiosos no assunto, conceitos e práticas docentes, que contribuam para o melhor desempenho possível da criança nesse período de sua formação acadêmica, social, afetiva, cognitiva e expressiva, de uma forma democrática, respeitando a diversidade e as necessidades especiais. Pretende-se ainda, lançar mão da observação e de entrevista estruturada com professores e demais membros da comunidade escolar do Centro de Educação Infantil Municipal Barãozinho e escolas que atendam as Séries Iniciais do Ensino Fundamental, ainda não definidas, no sentido de constituir uma imagem realista da inclusão nesses espaços. Por fim, interpretar e julgar os dados obtidos a fim de testar a validade das informações em função dos objetivos dessa pesquisa, visando a solução da problemática apresentada através de um produto, objeto final dessa pesquisa: blog, disponibilizado através de provedor gratuito. A coleta e análise de dados com relação a Educação Infantil, será fundamentada na legislação pertinente como as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil; o Referencial Nacional para a Educação Infantil, os Parâmetros Nacionais de Qualidade para a Educação Infantil, Estatuto da Criança e do Adolescente. Relativamente as Séries Iniciais será fonte de pesquisa o Currículo Mínimo e demais documentos em vigor.

Critérios de Inclusão:
Ser professor da Rede Municipal na Educação Infantil e/ou anos iniciais do Ensino Fundamental;
- Estar disponível no momento da visita, para responder ao questionário;
- Ter telefone celular com acesso a internet;

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br

- Estar de acordo com o TCLE e assiná-lo.

Critério de Exclusão:

- Não concordar com o termo de Autorização de imagem, quando for o caso;

Nº de participantes: 50

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados coletados através de observação e questionários terão análise qualitativa sobre o que os professores sabem a respeito do TDA/H, como percebem o transtorno mas, também terá uma análise quantitativa no sentido de verificar o percentual de professores que conhece e desconhece o assunto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar qual o conhecimento que o professor da Educação Infantil e anos iniciais do Ensino Fundamental na rede pública de Cachoeiras de Macacu tem sobre o TDA/H para retificá-lo ou ratificá-lo de acordo com o que tem sido produzido academicamente, nos últimos 10 anos, sobre o transtorno.

Objetivos Secundários:

- Fazer um levantamento bibliográfico da produção acadêmica sobre o TDA/H nos últimos 10 anos bem como da legislação vigente no âmbito da Educação Especial.
- Produzir um Guia, que instrumentalize o professor para a suspeição e devidos encaminhamentos, bem como para o desenvolvimento de uma prática condizente com as NEEs desse aluno.
- Promover uma reflexão sobre o tratamento que vem sendo dado ao transtorno em função das percepções sobre o mesmo por parte dos professores e sistemas de ensino, visando uma mudança de comportamento que contribua para a minimização dos prejuízos acadêmicos e outros subjacentes, que marcam a escolarização e a vida da pessoa com TDA/H.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: os participantes não serão expostos a danos físicos. Danos psíquicos, morais, intelectuais e sócio culturais ou espirituais são improváveis visto que serão observadas atividades já realizadas pelos participantes. Na coleta de dados, através de questionário, não haverá identificação do pesquisado e os dados apenas servirão para compor um perfil estatístico da situação pesquisada. Como medida para evitar qualquer constrangimento, o participante responde ao questionário, que é virtual, pelo próprio celular, sem supervisão. O mesmo não é identificado, conforme print da

configuração anexado aos documentos, impossibilitando relacionar o respondente a resposta ainda que o questionário caia na rede. Se houver manifestação de interesse por parte do pesquisado em fazer algum relato, o mesmo será gravado em áudio ou vídeo sem imagem frontal, ainda que o participante assine o termo de direito de imagem, como forma de prevenir qualquer possibilidade de uso indevido de imagem caso a mesma caia na rede.

Benefícios: Esse estudo possibilitará aos professores uma melhor compreensão do TDA/H e suas comorbidades, possibilitando uma intervenção mais eficiente junto aos alunos com esse transtorno e também com a turma, como um todo. Entende-se ainda que através do conhecimento do professor, as crianças cheguem aos profissionais capacitados para uma avaliação, e tenham o tratamento adequado, minimizando assim os prejuízos no seu desenvolvimento, em todos os aspectos. Dessa forma, na relação custo x benefício, o peso maior está nos benefícios. Entre todas as medidas tomadas para reduzir ao máximo qualquer possível prejuízo ao participante, soma-se o total esclarecimento e acesso a pesquisadora, conforme cópia do TCLE que ficará em poder do participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se do cumprimento de pendências do parecer deste CEP nº 1.736.973 de 18 de setembro de 2016.
Este é um projeto importante do ponto de vista acadêmico e social, que visa fornecer aos professores informações atualizadas a respeito do TDAH, almejando o sucesso escolar destas crianças. O projeto está muito bem escrito e a metodologia proposta está adequada para alcançar os objetivos desejados.
A pesquisadora reescreveu os objetivos deste projeto, reviu o balanço riscos e benefícios (considerando a entrevista por meio virtual), detalhou a metodologia, incluindo a possibilidade de registro de voz e/ou vídeo e explicou como será a forma de aplicação da entrevista, esclarecendo que utilizará um questionário virtual, através do software Survey Monkey, onde o participante receberá um link, pelo e.mail informado, no momento do encontro com a pesquisadora. Informou também que retirou o termo "comorbidades" do projeto, uma vez que o foco é o TDAH.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto adequadamente preenchida, datada, carimbada e assinada pela Prof. Cristina Maria Carvalho Delou, coordenadora do Curso de Mestrado Profissional em Diversidade e Inclusão da UFF.
Apresentou a declaração de anuência da Secretaria Municipal de Educação de Cachoeiras de

Macacu, datada, carimbada e assinada por Solange Ferreira Pinto Marinho, Secretária Municipal de Educação do Município.

A pesquisadora anexou o questionário que será utilizado na pesquisa.

Nesta reapresentação a pesquisadora apresentou o modelo do termo de autorização de imagem e esclareceu que todos os professores que participarão da pesquisa serão de matrícula ou contrato na rede pública municipal e responderão ao questionário enquanto tais, em visita a escolas da rede pública municipal. Porém, alguns professores trabalham na rede particular também e poderão indicar essa concomitância de trabalho no questionário, sem, no entanto, identificar a escola. Assim, como a Secretária Municipal de Educação responde pelas duas redes (pública e privada) e não haverá visita à escola da rede privada, a declaração de anuência seria mesmo apenas para a Secretaria Municipal de Educação.

Apresentou também o TALE, que está adequado. O TCLE e o TALE estão em linguagem clara e acessível para o público que participará da pesquisa. Lembramos que no caso da participanção de menor, além do preenchimento do TALE, seu(sua) responsável também deverá assinar o TCLE, autorizando a participação do(a) menor.

O cronograma reapresentado está adequado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_652010.pdf	18/10/2016 17:38:20		Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1736973_SINALIZANDO_CORRECOES.pdf	18/10/2016 17:37:12	CRISTINA BRUNO DE LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	18/10/2016 11:18:04	CRISTINA BRUNO DE LIMA	Aceito
Outros	TALE.pdf	18/10/2016 11:16:23	CRISTINA BRUNO DE LIMA	Aceito

Continuação do Parecer: 1.799.634

Outros	CARTA_AO_CEP.pdf	18/10/2016 11:15:36	CRISTINA BRUNO DE LIMA	Aceito
Outros	TERMO_USO_IMAGEM.pdf	18/10/2016 11:14:01	CRISTINA BRUNO DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/10/2016 10:43:26	CRISTINA BRUNO DE LIMA	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	05/07/2016 23:36:56	CRISTINA BRUNO DE LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.pdf	05/07/2016 23:30:35	CRISTINA BRUNO DE LIMA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	21/06/2016 22:22:51	CRISTINA BRUNO DE LIMA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

NITEROI, 30 de Outubro de 2016

Assinado por:
ROSANGELA ARRABAL THOMAZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br

7.2.4 Parecer Consubstanciado de Notificação Final

UFF - HOSPITAL UNIIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO / FACULDADE DE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE(TDA/H): UM OLHAR SOB A PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL INCLUSIVA
Pesquisador: CRISTINA BRUNO DE LIMA
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 59605616.3.0000.5243
Instituição Proponente: Curso Mestrado Profissional em Diversidade e Inclusão
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final
Detalhe:
Justificativa: A pesquisa de campo foi concluída dentro do prazo previsto no cronograma.
Data do Envio: 16/02/2017
Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.013.937

Apresentação da Notificação:
Trata-se da apresentação do relatório final do projeto "TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE(TDA/H): UM OLHAR SOB A PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL INCLUSIVA" de responsabilidade da pesquisadora Cristina Bruno de Lima.
O Projeto foi aprovado em 30 de outubro de 2016 (Parecer deste CEP nº 1.799.634) e o objetivo principal era identificar qual o conhecimento que o professor da Educação Infantil e anos iniciais do Ensino Fundamental da rede pública de Cachoeiras de Macacu tinha sobre o TDA/H para retificá-lo ou ratificá-lo de acordo com o que tem sido produzido academicamente, nos últimos 10 anos, sobre o transtorno.
Na metodologia de análise de dados a pesquisadora nos informou que os dados seriam coletados através de observação e questionários (fechado com algumas possibilidades de resposta aberta),

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br

que que seriam submetidos à análise qualitativa sobre o que os professores sabem a respeito do TDA/H, como percebem o transtorno, mas que também teria uma análise quantitativa no sentido de verificar o percentual de professores que conhece e desconhece o assunto.

Objetivo da Notificação:

Envio de relatório final.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não pertinente.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

O relatório mostrou que a pesquisa foi realizada com 54 professores. A pesquisadora informa que nas visitas as escolas os participantes foram recrutados conforme sua disponibilidade no momento. Todos demonstraram interesse em participar, mas nem todos completaram a pesquisa. Foram enviados 64 questionários através de link para a plataforma Survey Monkey, mas alguns não tinham acesso a internet na escola, ficando de responder em outro momento. Assim, 10 questionários não foram respondidos, porém a amostra proposta para a pesquisa, que era de 50 participantes, não foi prejudicada.

Não houve qualquer evento relevante e/ou inadequado durante a pesquisa.

Não houve relato de caso e assim, não houve registro de imagem e/ou áudio que exigisse assinatura do Termo de Uso de Imagem.

A pesquisa confirmou a hipótese de que o professor tem conhecimento superficial sobre TDAH, necessitando de informações adequadas, que possibilitem a suspeição precoce do transtorno e devidos encaminhamentos, a fim de minimizar os prejuízos que marcam a escolarização e a vida da pessoa com TDAH.

Ficou claro que os sintomas mais marcantes e que compões a tríade de base do TDAH, desatenção, hiperatividade e impulsividade, são conhecidos da maior parte dos professores. Porém, os sintomas secundários, mas não menos importantes e que interferem no processo de aprendizagem, como por exemplo sonolência diurna, dificuldade de percepção do tempo, fraca capacidade de organização, tendência a desobediência, entre outros, não são associados ao TDAH. Boa parte dos problemas comuns ao transtorno são creditados à questões de educação familiar.

A pesquisa demonstrou ainda que o conhecimento sobre o transtorno, além de superficial está permeado por mitos que tendem a reforçar a negação da incidência do mesmo e até de sua existência. Nesse sentido, observa-se ainda uma tendência a relacionar o transtorno a hábitos alimentares, a vida moderna, ao espaço urbano, entre outros, desconsiderando estudos que

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br

refutam essas hipóteses.

A pesquisadora entende que a pesquisa alcançou seu objetivo. Demonstrou o nível de conhecimento que o público alvo da mesma tem sobre TDAH bem como que tipo de informações precisam para melhorar seu entendimento sobre o transtorno.

Na apresentação do seu projeto a autora nos informou que os dados coletados passariam por análise qualitativa sobre o que os professores sabem a respeito do TDA/H, como percebem o transtorno, mas que seria também realizada uma análise quantitativa no sentido de verificar o percentual de professores que conhece e desconhece o assunto, mas este resultado não foi apresentado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não pertinente.

Recomendações:

Recomenda-se que seja apresentado novo relatório com os dados da análise quantitativa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Final	relatoriofinal.pdf	16/02/2017 12:29:47	CRISTINA BRUNO DE LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 12 de Abril de 2017

Assinado por:
ROSANGELA ARRABAL THOMAZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Municipio:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br