

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC

CURSO DE PEDAGOGIA

JAQUELINE SERAFIM

**PERFIL DO ALUNO DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE CRICIÚMA NOS
ANOS INICIAIS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE - TDAH**

CRICIÚMA, JULHO DE 2011

JAQUELINE SERAFIM

**PERFIL DO ALUNO DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE CRICIÚMA NOS
ANOS INICIAIS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE - TDAH**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de licenciatura no curso de Pedagogia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof.^a Eliene Benta de Campos Ferreira

CRICIÚMA, JULHO DE 2011

JAQUELINE SERAFIM

**PERFIL DO ALUNO DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE CRICIÚMA NOS
ANOS INICIAIS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE - TDAH**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Licenciatura, no Curso de Pedagogia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em Educação, Cultura e Ambiente, ao Eixo Temático Educação para a Diversidade.

Criciúma, 06 de Julho de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Eliene Benta de Campos Ferreira - Mestre - (UNESC) - Orientadora

Prof.^a Gislene Camargo Dassoler - Especialista - (UNESC)

Prof.^a Elenice de Freitas Sais – Especialista - (UNESC)

A Eduardo Serafim Feuser,

Que ao chegar impôs-me a enfrentar o desafio de educá-lo, e com muita energia me inspirou a buscar conhecimento para ajudá-lo a ter um desenvolvimento saudável.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro a Deus que me presenteou com a capacidade de aprender.

Agradeço a minha bela família pela paciência e tolerância durante esta trajetória, especialmente ao meu melhor amigo e amado esposo Eneidir João, que me incentivou a realizar esta graduação, transmitindo forças nos momentos mais difíceis e aos meus filhos Eduardo Serafim Feuser e Vinícius Serafim João que são a razão da minha vida.

Agradeço a minha irmã, Adriana Aparecida Serafim, que sempre esteve ao meu lado, em todos os momentos da minha vida.

A todas as amigas que conquistei ao longo do curso, especialmente a Rosimeri Casagrande Motta, minha grande amiga e companheira de estudos, com quem aprendi muito.

Agradeço aos professores: Gislene Camargo Dassoler, Édina Regina Baumer, Everson Ney Castro, Maria Aparecida da Silva Mélo, Samira Casagrande, entre outros os quais ao longo do curso foram somando um a um para que eu pudesse estar preparada para a realização deste trabalho.

Agradeço especialmente a minha orientadora, professora Eliene Benta de Campos Ferreira que me orientou com dedicação, sabedoria e competência.

**“Eu sou como uma criança
tentando fazer tudo
Dizer tudo
E ser tudo
Tudo de uma vez”.**

Jonh Hartford

RESUMO

A pesquisa foi desenvolvida em 11 escolas da Rede Municipal de Ensino de Criciúma, onde estão matriculados 18 portadores de TDAH nos Anos Iniciais do Ensino Fundamental de Nove Anos. A realização desta pesquisa teve como objetivos, identificar o perfil do aluno com TDAH nos Anos Iniciais da Rede Municipal de Ensino de Criciúma e as intervenções realizadas junto ao mesmo; discutir o que é TDAH e como o transtorno afeta o processo ensino-aprendizagem; apontar as áreas do desenvolvimento que podem ser afetadas pelo transtorno; refletir acerca do papel da escola com alunos portadores de TDAH; problematizar o papel do professor como mediador no diagnóstico do aluno portador de TDAH. Este estudo foi realizado por meio de uma pesquisa básica de campo quali-quantitativa, exploratório-descritiva, a qual se deu com a utilização de um questionário para os diretores. Constatou-se a falta um conhecimento maior sobre TDAH nos âmbitos escolares, sendo que a escola é o lugar onde os alunos passam boa parte de seu dia, estes devem ser incluídos e encaminhados para diagnóstico o mais precocemente possível.

Palavras-chave: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Desenvolvimento infantil. Professor. Intervenção. Conhecimento.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Quantidade de alunos TDAH por turma.....	47
Gráfico 2 – Índice da repetência dos TDAHs.....	47
Gráfico 3 – Alunos diagnosticados com TDAH.....	49
Gráfico 4 – Acompanhamento ao Apoio Psicoterapêutico e Apoio Pedagógico.....	49
Gráfico 5 – Índice do uso de medicação.....	51
Gráfico 6 – Escolas que se sentem preparadas para trabalhar com o aluno TDAH.....	52
Gráfico 7 – Índice de intervenções.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das categorias	41
Tabela 2 - Quantidade total de alunos/as no 1º semestre de 2011	41
Tabela 3 - Resultados da categoria do desenvolvimento infantil.....	42
Tabela 4 - Resultados da categoria da situação familiar	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TDA – Transtorno de Déficit de Atenção

DCM – Disfunção Cerebral Mínima

DHDA – Distúrbio de Hiperatividade com Déficit de Atenção

DSM-III– Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 3ªedição

DSM-IV– Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ªedição

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

AEE – Atendimento Educacional Especializado

NCE – Núcleo de Cooperação Educacional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NA TERCEIRA INFÂNCIA	13
2.1 Desenvolvimento físico	15
2.2 Desenvolvimento cognitivo	16
2.3 Desenvolvimento psicossocial	17
3 O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE - TDAH	20
3.1 Conceituação do TDAH.....	20
3.2 O diagnóstico	22
3.3 O acompanhamento aos casos de TDAH.....	25
4 NOVAS EXIGÊNCIAS NO CONTEXTO EDUCACIONAL	28
4.1 A relação da escola com o aluno TDAH	30
4.2 Os manejos necessários na ação pedagógica frente ao aluno com TDAH ..	33
5 METODOLOGIA	37
6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	40
7 CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICE.....	58

1 INTRODUÇÃO

A partir da experiência de estágio dos Anos Iniciais do ensino fundamental, surgiu na pesquisadora uma curiosidade sobre o perfil do aluno com TDAH matriculado na rede nos anos iniciais em Criciúma, além disso, faz parte da família da pesquisadora um portador deste transtorno, que sempre despertou na mesma preocupação com sua vida escolar.

A criança em questão, nem sempre era incluída de fato no processo ensino-aprendizagem e isto originava uma baixa autoestima, ocasionando o mau desempenho escolar e levando-a a um estado de depressão profunda. Com o passar dos anos foi percebido que o transtorno atingia seu desenvolvimento, ocasionando assim a pouca qualidade de vida. Em muitos momentos foi expressa, por parte do aluno, a vontade de não ir mais para a escola, pois, segundo ele alguns professores e colegas não o entendiam enquanto ser humano.

Na compreensão que este tinha da escola, era visto como alguém que devia aprender e atingir os objetivos propostos, deveria falar menos, falar mais baixo, prestar mais atenção, etc.

Relatando a pesquisadora que ele gostaria que o percebessem como alguém capaz, mas que reconhecessem suas limitações, pois sobre seu modo de agir, muitas das vezes, ele mesmo não conseguia controlar.

Diante disso, surgiu uma indagação que a levou escolher o tema: perfil do aluno da Rede Municipal de Ensino de Criciúma nos Anos Iniciais com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH. Os objetivos utilizados neste trabalho foram: Identificar o perfil do aluno com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade nos Anos Iniciais da Rede Municipal de Ensino de Criciúma e as intervenções realizadas junto ao mesmo. Compreender o processo de desenvolvimento da criança; discutir o que é TDAH e como o transtorno afeta o processo ensino-aprendizagem; apontar as áreas do desenvolvimento que podem ser afetadas pelo transtorno; refletir acerca do papel da escola com alunos portadores de TDAH; problematizar o papel do professor como mediador no diagnóstico do aluno portador de TDAH.

A ideia central em realizar este trabalho é discutir o tema possibilitando maior reflexão para o docente, pois se o professor conhecer o que é TDAH e o desenvolvimento infantil na turma em que atua, poderá contribuir com a família,

explicando que seu filho(a) pode ser portador de TDAH e que se receber acompanhamento especializado terá um ganho em sua qualidade de vida, tanto acadêmica quanto social.

Nota-se que, em geral, os professores sabem muito pouco sobre o TDAH, alguns não conseguem entender como estas crianças se comportam, pensam que o comportamento que têm é voluntário e proposital, como por exemplo, falar muito alto, responder antes mesmo que a pergunta seja terminada, de não conseguir se concentrar nas atividades por mais simples que sejam, entre outras.

Alguns autores, como Mattos (2010) e Silva (2009), mostram em suas bibliografias que a criança responde ao transtorno involuntariamente, que é um distúrbio neurobiológico e deve ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar, ou seja, deve ter acompanhamento psicológico, psiquiátrico, psicopedagógico e pedagógico, além da participação da família, a qual dará suporte em casa e nas intervenções dos profissionais habilitados.

Esta pesquisa ocorreu dentro de uma abordagem quali-quantitativa com 11 diretores de escolas onde estavam matriculados 18 alunos portadores de TDAH nos Anos Iniciais.

A linha de pesquisa que este trabalho seguiu foi: educação, cultura e ambiente, tendo como eixo temático Educação para a Diversidade.

Diante disso, este trabalho poderá ampliar o conhecimento dos professores e contribuir na estruturação de ações inovadoras com relação ao TDAH.

2 O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NA TERCEIRA INFÂNCIA

No campo educativo é imprescindível que professores tenham conhecimento sobre o processo de desenvolvimento humano na terceira infância, pois o mesmo será usado para identificar se as crianças estão se desenvolvendo saudavelmente.

A criança não é um adulto em miniatura, devemos compreender que ela tem característica própria de acordo com sua idade e conforme seu desenvolvimento vai ocorrendo, seja no aspecto cognitivo, físico, afetivo ou social. Considerando que, em nenhum destes aspectos o crescimento ocorre sozinho, um afeta os outros.

Na terceira infância, dos seis (6) aos doze (12) anos, o desenvolvimento proporcionará seu gradual aumento de autonomia no ser humano, esse é um período de transição muito importante para as próximas etapas do mesmo. Bee (1997, p. 265) corroborando com esta ideia afirma: “[...], está clara a ocorrência de grandes avanços nesses anos, e, além disso, padrões e hábitos estabelecidos durante este período irão afetar não apenas a experiência da adolescência, mas também a vida adulta”.

Desta forma podemos identificar na infância a base pra a estruturação saudável da vida adulta. O desenvolvimento humano segundo Papalia e Olds (2000, p. 52) é compreendido como:

Desenvolvimento humano é o estudo científico dos modos qualitativos e quantitativos nos quais as pessoas mudam ou não no decorrer do tempo. A mudança qualitativa é marcada pelo aparecimento de novos fenômenos que não podem ser previstos a partir do funcionamento anterior. As mudanças quantitativas no desenvolvimento são sistemáticas e adaptativas.

Isso posto, pensar o processo de crescimento humano nos remete a pensar que o indivíduo começa já no útero materno a potencializar aspectos do desenvolvimento, como afirma Bee (1977, p. 36), “o desenvolvimento durante o período anterior ao nascimento (o período pré-natal) é a base de tudo o que se seguirá”, o mesmo se dará por toda sua vida, pois, “o processo de desenvolvimento continua durante todo ciclo vital”. (BEE, 1977, p. 286). Este ciclo é dinâmico pela vida toda, finalizando somente na morte do indivíduo. Papalia e Olds (2000, p. 25), compartilham deste pensamento quando dizem, “o campo do desenvolvimento humano focaliza o estudo científico de como as pessoas mudam, e também de como

ficam iguais, desde a concepção até a morte”.

Embora existam várias teorias sobre o desenvolvimento humano, todas elas nos levam a presumir que o mesmo é contínuo e gradual, ou seja, é progressivo em todos os aspectos, sendo importante o estímulo em todas as fases da vida.

Há teorias que irão falar que, o indivíduo se desenvolve pelos processos de imitação ou reforço (AMBIENTALISTA), outras que o ser humano já nasceu pronto, porém, precisariam apenas desenvolver suas estruturas biológicas (INATISTA). Há aquelas que pregam que o ser humano se desenvolve a partir de uma ação recíproca entre o biológico e aquisição de conhecimentos do meio (CONSTRUCIONISTA). Outros mostram que o desenvolvimento acontece de fora para dentro, ou seja, o indivíduo irá se desenvolver na relação, mediação e interação com o meio (SOCIOINTERACIONISTA), entre outras. Muitos teóricos contribuíram com o conhecimento acumulado sobre o desenvolvimento humano, e sobre esta busca e suas implicações Papalia e Olds (2000, p. 26), discorrem dizendo:

Os estudiosos do desenvolvimento estão interessados em fatores que afetam todas as pessoas, mas também querem saber por que uma pessoa sai tão diferente da outra. Como o desenvolvimento humano é complexo, os cientistas nem sempre conseguem responder essa pergunta. Contudo, os psicólogos do desenvolvimento aprenderam muito sobre o que as pessoas precisam para se desenvolver normalmente, como elas reagem às muitas influências internas e externas, e como podem melhor realizar seu potencial.

Os indivíduos ao se desenvolverem são influenciados por herança genética e pelo ambiente, sendo que essas influências se inter-relacionam, pois “as pessoas mudam seu mundo mesmo enquanto são por eles influenciados” (PAPALIA; OLDS, 2000, p. 28).

Há ainda as influências normativas e as não-normativas. As normativas são acontecimentos que ocorrem de maneira semelhante em um determinado grupo de pessoas, com evento biológico (puberdade) ou cultural (entrada na educação formal). Ainda sobre as influências normativas, citamos as históricas que são influências ambientais ou biológicas que ocorre a um determinado grupo de pessoas, como guerras ou escassez de alimentos em um país, por exemplo. Corroborado neste, ainda estão acontecimentos dentro de uma sociedade, os quais mudaram a vidas das pessoas como: o papel das mulheres, o computador, etc. (PAPALIA; OLDS, 2000, p. 28).

Quanto a não-normativa, está relacionado a acontecimentos incomuns

que ocorre individualmente, os quais causam grande impacto, como a morte do pai ou mãe (típico), este acontecimento poderá acontecer com todos, mas neste momento esta acontecendo com determinada pessoa. Ou um acidente (atípico), nem todos os indivíduos irão sofrer um, porém este irá ter uma forte influência em seu desenvolvimento. “O acontecimento negativo ou positivo poderá causar um estresse se o mesmo não for esperado”. (PAPALIA; OLDS, 2000, p. 28).

Assim, percebe-se que, o desenvolvimento de uma pessoa se vincula a experiências externas de âmbito social, cultural e interna, fatos que marcam particularmente cada um. Nesta soma é que podemos avaliar e compreender o sujeito num todo.

O crescimento humano é estudado por etapas, estágios ou sequências, porém estas são usadas como médias, para padronizações, podendo haver sim diferenças individuais. Papalia e Olds (2000, p. 26) discorrem dizendo:

Embora as pessoas geralmente passem pela mesma sequência geral de desenvolvimento, existe uma ampla gama de diferenças individuais. Somente quando o desvio destas normas é extremo é que existe motivo para considerar o desenvolvimento de uma como excepcionalmente adiantado ou atrasado. Não apenas a velocidade mas também os resultados do desenvolvimento variam. As pessoas diferem em altura, peso, e porte corporal; em fatores constitutivos como saúde e nível de energia; na compreensão de idéias complexas; e nas reações emocionais. Seus estilos de vida também variam [...].

Contudo, embora existam estas diferenças individuais, é a partir da média que podemos saber se o desenvolvimento de certa criança está ocorrendo em sua naturalidade, ou se precisa ser feita intervenção ou não em alguns dos aspectos.

Desta forma, conhecer o processo num todo e quais parâmetros os autores indicam como saudável em cada etapa é de fundamental importância para os profissionais que atuam no universo infantil.

A discussão que segue é sobre características gerais da criança na 3ª infância em cada dimensão significativa do processo evolutivo.

2.1 Desenvolvimento físico

Na terceira infância, ou seja, dos 6 aos 12 anos o desenvolvimento físico tendo em vista os primeiros anos e a adolescência, é bem mais vagaroso, não há

mudanças significativas durante este período. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006, p. 357) “Comparado com o ritmo acelerado da segunda infância, o crescimento em peso e em altura durante a terceira infância é consideravelmente mais lento”. Porém, o crescimento físico continua em ritmo regular até a puberdade, que começa no final deste período entre as meninas, e um pouco mais tarde para os meninos.

Na idade escolar a maioria das crianças já tem os movimentos bem coordenados, o que muda segundo Bee (1997, p. 265), “[...] é um aumento da velocidade, uma coordenação cada vez melhor e maiores habilidades em tarefas físicas específicas”.

O crescimento físico, em média é uniforme, mas sempre devemos levar em consideração a maturação, conforme afirma Bee (1977, p. 88), são “processos herdados que são comuns para todos os humanos”. Sendo assim, as habilidades motoras podem ser aperfeiçoadas com a prática, mas muitas mudanças físicas simplesmente poderão ocorrer.

O crescimento físico quando bem desenvolvido oportuniza uma boa imagem sobre seu próprio corpo e a interação com o meio social. “O desenvolvimento precoce ou tardio, rápido ou lento, exerce um impacto sobre o relacionamento que a criança mantém com seus companheiros”. (BEE, 1977, p. 94).

Contudo, é importante lembrar que “as mudanças no corpo, no cérebro, na capacidade sensorial e nas habilidades motoras são todas partes do desenvolvimento físico [...]”. (PAPALIA; OLDS, 2000, p. 26). Podendo assim influenciar positiva e ou negativamente sobre outros aspectos do mesmo.

2.2 Desenvolvimento cognitivo

No desenvolvimento cognitivo acontecem mudanças significativas, desde que nasce, o ser humano, segundo a perspectiva piagetiana, passa gradativamente de um período a outro, na infância, este é denominado por período “operatório”, ou seja, pensa por meio da lógica, relacionando a ação e a anulação da mesma. É um período de grande avanço intelectual. O período operatório é dividido em dois grupos: operatório concreto (7 anos em diante), e operatório formal (11 a 12 anos). No período das operações concretas a criança faz uso dessa operação somente a partir de objetos ou símbolos que ela possa manipular.

Segundo Papalia e Olds (2000, p. 257):

As crianças no estágio das operações concretas, aproximadamente entre os sete e 12 anos, podem realizar muitas tarefas num nível muito mais alto do que no estágio pré-operacional. Elas têm melhor compreensão da conservação, da diferença entre aparência e realidade, e dos relacionamentos entre os objetos; elas são mais proficientes com números; e são mais capazes de distinguir a fantasia da realidade.

Um exemplo disso é que nos anos iniciais a matemática é trabalhada de uma forma complexa e ao mesmo tempo concreta. Bee (1977, p. 153), diz que, “a criança não apenas consegue somar, mas ela também é capaz de subtrair e entender que a subtração é o reverso da soma”. Já no período das operações formais a criança consegue formular questões por meio de hipóteses, preposições, fórmulas. “A mudança fundamental é que a criança não permanece mais ligada ao concreto. Ela dispõe das mesmas operações, mas é capaz de fazê-las de cabeça”. (BEE, 1977, p. 156).

Estes avanços cognitivos segundo Bee (1977, p. 253), “[...] ocorre numa série de surtos, seguidos por períodos mais lentos”. É como se a criança precisasse desacelerar, descansar para solidificar estas conquistas, porém sempre num movimento contínuo.

Todo este progresso no desenvolvimento cognitivo, a criança irá conquistar na troca com o meio, “a interação com os colegas auxilia o desenvolvimento da alfabetização” (PAPALIA; OLDS, 2000, p. 278), por conseguinte, esta interação influenciará seu crescimento intelectual.

Seguindo esta linha de pensamento é visível que a interação com o meio junto ao amadurecimento biológico é que possibilitará que, passo a passo, a criança tenha avanços no desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial, pois sabemos que todos os aspectos estão atrelados uns aos outros.

2.3 Desenvolvimento psicossocial

De seis anos em diante e com a entrada na escola, a criança passa por mudanças significantes, tanto no desenvolvimento emocional quanto no social e estas poderão marcar e ser levados à vida adulta seja positivamente ou negativamente.

Neste período as crianças são mais independentes, responsáveis e com maior capacidade do que no período anterior. “Aos seis anos a criança já é capaz de

demonstrar sentimentos elevados para com as outras pessoas, tais como gratidão, simpatia e compaixão”. (ENDERLE, 1987, p. 90).

Quando entramos na área das emoções, temos que ter em vista que, “o desenvolvimento emocional das crianças em idade escolar depende do avanço na cognição, ou seja, na compreensão do mundo social”. (BEEGER, 2003, p. 259).

Compreendendo o mundo social, adquirindo novas capacidades, ou seja, “a exploração ativa que a criança faz do seu ambiente conduz, com o passar do tempo, um série de ‘entendimentos’ ou ‘teorias’ bastante distintas sobre como o mundo funciona”. (BEE, 2003, p. 48). Desta forma ela organiza o pensar sobre as outras pessoas, como deveriam pensar e agir. Desenvolvendo assim o cognitivo social.

Todavia, nos grupos de amigos, as emoções estão a “flor da pele”, as crianças estão aprendendo a conviver, a elaborar conceitos mais realistas sobre sua capacidade de interagir com o grupo social. Enderle (1987, p. 90), discorre sobre este fato dizendo: “Os afetos vão de um pólo a outro com grande rapidez. Tanto apreciam e se ligam a um amigo, como repentinamente sentem aversão por ele. Todo sentimento, tanto positivo como negativo, tem pouca duração”.

Pois, relacionar-se bem com colegas da mesma classe social, que aprende e brinca com ele, é muito importante neste período de socialização. A maior mudança nas relações, durante a meninice intermediária, constitui a cada vez mais centralização do grupo de companheiros. (BEE, 1997).

Bee (1977, p. 187), ainda argumenta da seguinte forma:

As crianças precisam mais do que cabeça e uma língua para sobreviver. Elas também necessitam de relações afetuosas e satisfatórias com as outras pessoas ao seu redor e devem desenvolver estilos de interação que produzam tal satisfação.

Esta satisfação será encontrada a cada pequeno momento em que o “ser” em desenvolvimento – a criança na terceira infância – obtiver uma resposta positiva advinda de amigos, professores ou da família. Apesar dos amigos agora serem muito importante para a vida em sociedade, a família ainda tem seu lugar como principal fornecedor de recursos materiais, cognitivos e emocionais. “O lar e as pessoas que ali convivem continuam sendo a parte mais importante de seu mundo”. (PAPALIA; OLDS, 2000, p. 283). Portanto, a família neste momento da vida ainda é o porto seguro da criança em formação.

Segundo Mucchielli (apud ENDERLE, 1987, p. 97), “a família deve ser o refúgio para as tensões enfrentadas lá fora e não um anexo da escola onde se reativa a atmosfera punitiva e de autoridade inerente ao contexto escolar”. O autor deixa expresso que a família deve ser neste momento, um reforço para os possíveis percalços que a vida fora do lar lhe oferecer.

Porém, a criança já começa a ter certa independência e vivência dos fatos ao seu redor com mais maturidade cognitiva, ou seja, ela agora tem maior percepção do que acontece no meio onde está inserida. Sobre este fato, Enderle (1987, p. 97) discorre da seguinte forma:

A criança não mais encara os conflitos naturais da vida com uma visão ingênua e puramente afetiva (imagem dos fatos), mas, estando em plena vigência pensamento lógico, forja uma opinião (visão intelectual) acerca daquilo que a assiste. A tentativa dos pais de mascararem os conflitos familiares, portanto, não só é prejudicial, como também inútil, pois a verdade é automaticamente compreendida e assimilada, quando não imediatamente interpretada pela criança.

Este ganho intelectual da criança na fase de socialização permite que a mesma possa fazer julgamentos críticos sobre o meio, seguidos das tentativas de se inserir na sociedade. As crianças na terceira infância estão agora querendo descobrir o mundo, como ele funciona e como podem fazer parte desta sociedade, ao passo que querem ser aceitos por ela, para tal, é nas amizades que os mesmos irão crescer psicossocialmente. “Estando com seus amigos, eles fazem descobertas sobre suas atitudes, valores e habilidades”. (PAPALIA; OLDS, 2000, p. 282).

Mas uma pessoa é mais do que partes isoladas, ela é um todo que contém diferentes aspectos de desenvolvimento, e este é um processo único, sem separações, à medida que um aspecto se desenvolve outro poderá estar a caminho, mesmo que mais lento ele também se acontecerá a seu tempo.

3 O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE - TDAH

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – TDAH, nem sempre teve esta nomenclatura, mas já era certo que existiam crianças com debilidades e desajeitamentos motores sem que houvesse lesão cerebral, como menciona Cypel (2003). O autor relata que a época em que se evidenciou a tentativa de desvendar a inquietude de algumas crianças foi a partir de 1925 com as pesquisas de Dupré e posteriormente com publicações de Wallon, os quais demonstraram que os aspectos emocionais do desenvolvimento destas crianças eram comprometidos.

Wallon (2007, p. 184) discorre sobre as pesquisas de Dupré dizendo:

Ele descreveu uma síndrome de debilidade motora e mental que se caracteriza, do lado motor, pela freqüente perturbação do reflexo plantar, pelo exagero dos reflexos tendinosos, pela falta de jeito ou inabilidade dos movimentos voluntários, por um estado difuso de hipertonia muscular que ele chamou de paratonia.

Apenas em 1947 as pesquisas foram retomadas por Strauss e Lehtinen (CYPEL, 2003). Na época os recursos eram poucos, mas despertava muito o interesse de médicos neurologistas sobre a temática, e estas curiosidades possibilitaram o primeiro simpósio sobre o tema. Nesta ocasião surgiu a expressão de “Disfunção Cerebral Mínima” (DCM), substituindo a palavra usada anteriormente “lesão” por disfunção, pois segundo os pesquisadores da época, não foram encontradas alterações orgânicas em seus diagnósticos.

Anos depois, em 1987, o DSM-III (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 3ª edição), alterou o nome do transtorno para Distúrbio de Hiperatividade com Déficit de Atenção (DADH). Porém, em 1994 o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição), denominou como “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), utilizando como critério, dois grupos de sintomas de mesmo peso para diagnóstico: a) desatenção e b) hiperatividade/impulsividade.” (BENCZIK, 2000, p. 23).

3.1 Conceituação do TDAH

O TDAH é classificado como distúrbio neurobiológico, porque deriva de um funcionamento alterado no sistema neurológico. (Silva, 2009). E neste sistema

estão as substâncias químicas chamadas neurotransmissores, as principais são: Dopamina e Noradrenalina, estas são responsáveis por levar informações para diferentes partes do cérebro. Este sistema está localizado no lobo frontal, o qual é responsável pela regulação do comportamento humano, assim exerce uma série de funções de caráter inibitório (freio).

O lobo frontal, segundo Silva (2009, p. 119) chamado também pelos pesquisadores de “estrela” maior do comportamento humano, e é ali que está intrínseco um complexo de estruturas as quais são responsáveis pelo funcionamento cerebral.

Silva (2009, p. 216) discorre sobre o lobo frontal:

A forma como o lobo regula o comportamento ocorre pelo exercício das seguintes funções: fazer manutenção dos impulsos sob controle; planejar ações futuras; regular o estado de vigília; “filtrar” estímulos irrelevantes, que são responsáveis por nossa distração; acionar as reações de luta e fuga; estabelecer conexão direta com o sistema límbico (centro das emoções), com o centro da fome e da sede; regular a sexualidade. O grau de disposição física e mental e muitos outros impulsos de aspecto fisiológico.

Esta região do cérebro é responsável pelo freio, é justamente esta função que o aluno com TDAH está privado. Estando faltoso de freio, o cérebro tende a ter impulsos acima da medida e, por conseguinte, a desorganização é total, o que segundo Silva (2009), poderá encobrir possíveis potencialidades do indivíduo.

O Lobo Frontal faz parte de uma estrutura a qual estão ligadas várias partes do cérebro, desta forma são necessários que em sua organização a atenção e a memória, selecionem e guardem informações em forma de imagens. É a partir destas imagens que o indivíduo é capaz de planejar suas ações ou ajudá-lo em suas conjeturas.

Discorrendo, Silva (2009, p. 120), esclarece ainda sobre outro aspecto fundamental para a tomada de decisão no indivíduo, que são as emoções e sentimentos:

As emoções despertam reações físicas em todo o corpo (taquicardia, reações viscerais, contração muscular, etc.) que são transmitidas ao cérebro a levam à elaboração de imagens mentais na forma de sentimentos. Estes sentimentos elaborados no cérebro poderão despertar boas ou más lembranças, resultarão em reações específicas em cada ser humano, frente a uma determinada situação.

Na hipótese que o Lobo Frontal direito nos TDAHs ser hipofuncionante, ou seja, ter um funcionamento diminuído pode-se considerar que os mesmos têm os aspectos emocionais e cognitivos mais intensos. Tendo estes aspectos evidenciados, o sujeito com TDAH tende a ter uma alteração no funcionamento do sistema neurobiológico cerebral trazendo para si dificuldades, tanto na área emocional, quanto na social.

Logo, Silva (2009, p. 122) traz a ideia de que, a hipofuncionalidade do cérebro TDAH pode ser um diferencial positivo no indivíduo, podendo ele ter uma capacidade criativa singular. Com o transtorno controlado, o sujeito poderá usar sua imaginação, que é imensa, para criar e produzir grandes feitos, sejam nas brincadeiras, trabalhos escolares e posteriormente em sua vida profissional.

3.2 O diagnóstico

Detectar e confirmar o quadro de TDAH é fundamental para que o indivíduo portador do transtorno consiga ter um desenvolvimento saudável e uma melhor interação com o meio em que está inserido.

A criança diagnosticada com TDAH mostra os sintomas dentro dos quatro primeiros anos de vida com predomínio no comportamento antes da adolescência. Os pais observam pela primeira vez o excesso de atividade motora quando a criança ainda é bebê, o choro e a inquietude excessiva chamam a atenção, como descreve Benczik (2000).

Porém, os sintomas parecem ficar mais evidentes quando a criança entra na pré-escola, pois é nesta fase que as características do distúrbio aparecem mais, já que a mesma não consegue se concentrar, a atividade motora é excessiva, acrescido da falta de autocontrole, birras e negativismos ficando assim em evidência, já que se destaca entre os alunos. A criança mostra comportamentos impulsivos e hiperativos. Este comportamento se agrava ao entrar nos Anos Iniciais, pois agora terá que ficar sentado na maior parte do tempo, prestar atenção, seguir instruções, se organizar, falar pouco, aguardar a sua vez, etc. Segundo Mattos (2010, p. 16):

Desejar tratar o TDAH é querer que seu filho compense deficiências (todo mundo consegue prestar atenção e ficar sentado, concentrado, menos ele) e fique em pé de igualdade com os demais. É querer que ele possa se desenvolver como os outros.

Para que a criança possa ser diagnosticada, é importante que pais e professores estejam atentos aos sintomas que a criança apresenta, pois no processo de diagnóstico devem ser incluídas informações do cotidiano escolar, das conversas entre pais e professores. Os sintomas devem ocorrer em mais de um ambiente, como por exemplo: em casa e na escola e nestes, trazer prejuízos tanto no desempenho escolar quanto em sua vida social. “Muito sofrimento pode ser evitado, caso seja feito o diagnóstico e instituído um tratamento assertivo”. (SILVA, 2009, p. 236).

Para o diagnóstico, a criança deve ter no mínimo seis sintomas de cada grupo, ou seja, desatenção e hiperatividade/impulsividade em um período acima de seis meses. Não basta a criança ser agitada ou rebelde em determinado espaço social, mas tem que ter a maioria dos sintomas em espaços diferentes. (BENCZIK, 2000).

Conforme Mattos (2010, p. 22), os sintomas estão corroborados em dois grupos, os quais ele denominou de módulo A e módulo B:

Módulo A: Sintomas de desatenção (devem ocorrer frequentemente)

- 1) Prestar pouca atenção a detalhes e cometer erros por falta de atenção.
- 2) Dificuldade de se concentrar (tanto nas tarefas escolares quanto em jogos e brincadeiras).
- 3) Parecer estar prestando atenção em outras coisas numa conversa.
- 4) Dificuldade em seguir as instruções até o fim ou deixar tarefas sem terminar.
- 5) Dificuldade de se organizar para fazer algo ou planejar com antecedência.
- 6) Relutância ou antipatia em relação a tarefas que exijam esforço mental por muito tempo (tais como estudo ou leitura).
- 7) Perder objetos necessários para realizar as tarefas ou atividades do dia-a-dia.
- 8) Distrair-se com muita facilidade com coisas à sua volta ou mesmo com os próprios pensamentos. É comum que pais e professores se queixem de que estas crianças parecem ‘sonhar acordadas’.
- 9) Esquecer coisas que deveria fazer no dia-a dia.

Módulo B: Sintomas de hiperatividade e impulsividade (devem ocorrer frequentemente)

- 1) Ficar mexendo as mãos e pés quando sentado ou se mexer muito na cadeira.
- 2) Dificuldade de permanecer sentado em situações em que isso é esperado (sala de aula, mesa de jantar, etc.).
- 3) Correr ou escalar coisas, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos pode se restringir a um sentir-se inquieto por dentro).
- 4) Dificuldades para se manter em atividades de lazer (jogos ou brincadeiras) em silêncio.
- 5) Parece ser ‘elétrico’ e a ‘mil por hora’.
- 6) Falar demais.

- 7) Responder a perguntas antes de elas serem concluídas. É comum responder à pergunta sem ler até o final, não conseguir aguardar a sua vez (nos jogos, na sala de aula, em filas etc.).
- 8) Interromper os outros ou se meter nas conversas alheias.

Sempre lembrando que, estes sintomas devem ser evidenciados tanto em casa como na escola, contextualizar os locais onde este sujeito vive e atua será imprescindível para auxiliar no diagnóstico, tornando-o assim alvo de intervenção.

O indivíduo que possui o transtorno ainda pode representar um dos três tipos de TDAH Mattos (2010, p. 24):

Forma predominantemente desatenta, quando existe mais sintomas do módulo A. Esta é a forma mais comum na população em geral.
 Forma predominantemente hiperativa/impulsiva, quando existem mais sintomas do módulo B. Esta é a forma mais rara.
 Forma combinada, quando existem muitos sintomas do módulo A e B. Esta é a forma mais comum nos consultórios e ambulatórios, provavelmente porque causa mais problemas para o próprio portador e para os demais, o que leva os pais a procurarem ajuda para seu filho.

A forma “predominantemente desatenta” muitas vezes passa despercebida, tanto pelos pais quanto pelos professores, pois a criança não possui os sintomas de hiperatividade/impulsividade, por sua vez a mente viaja, vagueia por diferentes lugares e mundos. O indivíduo recebe repreensão de pais e professores por não conseguir acompanhar as atividades, porém, só é lembrado quando não produz por estar no “mundo da lua” ou na hora da chamada.

Silva (2009) chama atenção para o fato de somente as crianças traquinas e inquietas receberem tratamento em tempo hábil, as “quietinhas” e “sonhadoras” ficam de lado por não incomodar na sala de aula.

Entre elas predomina o tipo sem hiperatividade, ao contrário de seus pares masculinos. Tal diferença, determinada por particularidades biológicas dos sexos e aliada ao componente cultural, pode contribuir para a aparente superioridade numérica da população masculina entre os que têm o diagnóstico de TDA. (SILVA, 2009, p. 45)

Segundo Benczik (2000, p. 24), existe um predomínio sobre o sexo masculino, “a proporção de menino para menina varia de 4:1 a 9:1”. “As meninas parecem apresentar mais frequentemente a forma desatenta e não ‘perturbam’ tanto,

ou seja, não são frequentemente encaminhadas para uma avaliação [...]”. (MATTOS, 2010, p. 32). Por conseguinte, fica evidenciado o sexo masculino em sua maioria com predominância na forma hiperativa/impulsiva, os quais chamam a atenção para si mesmo devido seu comportamento.

3.3 O acompanhamento aos casos de TDAH

A psiquiatria segundo Silva (2009, p. 237), costuma dividir o tratamento em quatro etapas, sendo elas: “[...] informação/conhecimento, apoio técnico, terapêutica medicamentosa e psicoterapia”. É importante destacar que a informação/conhecimento na hora do diagnóstico é fundamental tanto do profissional que irá tratá-lo, quanto na escola e na família. Quanto mais às pessoas que convivem com o TDAH tiverem conhecimento sobre o transtorno e suas implicações, melhor será a adaptação para este sujeito em sua interação social.

Quando Silva (2009 p. 238) discorre sobre apoio técnico, refere-se que a criança com TDAH irá ter uma vida mais produtiva e menos desgastante se, “criar uma rotina pessoal que facilite a vida prática [...] capaz de compensar, em parte a sua desorganização interna”.

A psicoterapia em abordagem existencial, segundo Silva (2009, p. 247), “não é esse o procedimento mais adequado para os pacientes TDAs”. Pois trabalham num modelo convencional, onde se mergulha no passado e na infância do indivíduo, porém, abordagens mais diretas, objetivas, estruturadas e orientada a metas, pode sim ajudar no tratamento do transtorno. Seria como um organizador na vida do TDAH, para que possa perceber-se como ser humano capaz de ter uma vida mais organizada, menos impulsiva e catastrófica.

Silva (2009, p. 249), discorre que, a melhor psicoterapia “é a chamada Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)”. Esta busca mudanças na afetividade e no comportamento do sujeito TDAH, visa substituir pensamentos e formas de viver e conviver, formas de interpretar a vida, mostrando como o sujeito pode se organizar e planejar sua rotina diária.

Como destaca Silva (2009, p. 249):

¹ A autora Ana Beatriz Barbosa Silva, usa a sigla TDA em sua literatura para simplificar, porém trata-se do mesmo significado que determina o DSM-V, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos

[...] o paciente, além de ser educado sobre seu problema, também é instruído a mudar comportamentos e formas de interpretar e perceber situações que sejam irrealistas e desadaptativas e que estejam contribuindo para manter ou agravar seu problema, ou mesmo para deflagrar o transtorno.

Outra intervenção no alívio dos sintomas é a terapêutica medicamentosa, uma vez que o TDAH esteja apresentando perdas ou desconforto individual como desconforto social. Hoje já existem na sociedade alguns medicamentos do tipo: estimulantes, antidepressivos e acessórios. (SILVA, 2009). O que chamam de acessórios, são medicamentos, os quais não são voltados especificamente para TDAH, mas que em algumas circunstâncias são indicados, como por exemplo, na tentativa de reduzir o efeito colateral do tratamento de TDAH.

Dentre os medicamentos mais usados para o tratamento do transtorno o mais comum é o estimulante Metilfenidato conhecido como Ritalina, pesquisas apontam que o uso de estimulante (Ritalina), aumenta a quantidade das substâncias necessárias do cérebro, fazendo com que diminua os sintomas de TDAH. Os mesmos apresentam um bom resultado, cerca de 70% dos pacientes tratados com Ritalina sentem a melhora, para os outros 30% existem outras opções como antidepressivos, clonidina, atomoxetina e modafinil. (MATTOS, 2010).

Porém, a medicação não irá curar o portador, mas sim ajudá-lo a ter uma melhor qualidade de vida. “Os medicamentos ajudam a normalizar os neurotransmissores enquanto estão sendo tomados; uma vez interrompidos, há uma grande chance de tudo voltar a ser como antes.” (MATTOS, 2010, p. 171).

Em alguns casos há existências de co-morbidades, estas são patologias associadas ao transtorno, como ansiedade, depressão, fobias, pânico, agressividade, sintomas obsessivo-compulsivo, irritabilidade, dependência química, transtornos alimentares, transtornos de aprendizagem, entre outros. (SILVA, 2009).

O tratamento medicamentoso pode ser a diferença entre uma vida confortável, tanto interpessoal quanto intrapessoal. “O uso de medicamentos no transtorno do déficit de atenção pode e deve ser visto como uma ferramenta a mais na busca de uma melhor qualidade de vida”. (SILVA, 2009, p. 241).

Acima de tudo, é muito importante o indivíduo portador do transtorno, conhecer a si mesmo, seu modo de agir, se comportar, sentir e interagir com o meio social. O conhecimento do transtorno é fundamental para a vida deste sujeito.

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade-TDAH traz para o indivíduo muito desconforto, seja na sua subjetividade como em sociedade, pois, o funcionamento interno vai sendo organizado de acordo com as relações sociais, e nestas relações sociais os portadores de TDAH podem ter ou não prejuízos, que comprometam o processo de desenvolvimento infantil, dependendo este do manejo de pais, professores e profissionais da área da saúde.

4 NOVAS EXIGÊNCIAS NO CONTEXTO EDUCACIONAL

Compreender a escola como parte importante na formação integral do desenvolvimento do ser humano, é fundamental para a elaboração de nosso pensamento sobre o tipo de escola que queremos. A mesma está em transformação, e há novas exigências no contexto educacional nos dias atuais, sendo assim muitos paradigmas precisam ser revistos.

O modelo de escola que apenas repassa o conhecimento acumulado pela humanidade já não condiz com esta nova era. Hoje a educação tem o compromisso de oferecer um ensino integral, o mesmo pode ser o gatilho para melhor qualidade de vida ou não, dependendo assim da ação pedagógica do professor, como discorre Delors (1999, p. 121):

É no seio da família, mas também e mais ainda, ao nível da educação básica [...] que se forjam as atitudes perante a aprendizagem que duraram ao longo de toda a vida: a chama da criatividade pode começar a brilhar ou, pelo contrário, extinguir-se; o acesso ao saber pode tornar-se, ou não, uma realidade.

Nunca a educação foi tão importante, ainda mais com os avanços da sociedade, é imprescindível que a escola esteja acompanhando essas transformações, que ela tente acompanhar e oferecer ao aluno conhecimentos que os mesmos levarão para a vida. “A educação ao longo de toda a vida baseia-se em quatro pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos, e aprender a ser”. (DELORS, 1999, p. 101).

Nesse contexto cabe à escola ser provocadora de pensamentos, ensinar a pesquisar, comunicar-se, ter raciocínio lógico, ser autônomo e independente, articulando o conhecimento a prática em sua vida. Ela hoje é formadora de sujeitos críticos, competentes, solidários, competitivos, éticos e flexíveis. “A educação básica bem-sucedida suscita o desejo de continuar a aprender. Este desejo leva a continuar os estudos no seio do sistema formal de ensino, mas os que o desejarem devem, também, poder ir mais além”. (DELORS, 1999, p. 105). Ou seja, quando mais escolarizados são os alunos e mais se identificarem com o espaço escolar, maiores são as chances os mesmos buscarem mais conhecimento e capacitação permanente.

Na era da globalização, em que o capitalismo impera, muitos são os questionamentos sobre o papel da escola e o sujeito que se quer formar neste novo cenário de mundo, sobre o assunto, Libâneo (2003, p. 51) discorre dizendo:

Como instituição social educativa, a escola vem sendo questionada acerca de seu papel ante as transformações econômicas, políticas, sociais e culturais do mundo contemporâneo. Elas decorrem, sobretudo, dos avanços tecnológicos, da reestruturação do sistema de produção e desenvolvimento, da compreensão do papel do Estado, das modificações nele operadas e das mudanças no sistema financeiro, na organização do trabalho e nos hábitos de consumo. Esse conjunto de transformações está sendo chamado de, em geral de globalização.

Neste panorama, a educação tem necessidade de mudanças e avanços que dêem conta de um indivíduo flexível, polivalente, com novas habilidades cognitivas e competências pessoais e sociais, um sujeito preparado para o mundo globalizado. O ensino público vem mudando, tendo em vista as grandes transformações ocorridas em todos os âmbitos da sociedade mundial, e, “o grande desafio é o de incluir, nos padrões de vida digna, os milhões de indivíduos excluídos e sem condições básicas para se constituírem cidadãos participantes de uma sociedade em permanente mutação”. (LIBÂNEO, 2003, p. 116).

Mas as perspectivas são positivas tendo em vista que a educação no Brasil data de um pouco mais de um século, e o que se espera é a qualidade e dignidade no âmbito escolar como descreve Carneiro (1999, p. 224):

O novo século é, em essência, sinônimo de horizonte de nova esperança. Uma esperança que, por ser eminentemente humana e humanizadora, elege a prioridade educativa como sua aliada incontornável na edificação de uma nova ordem social onde todos contam e cada um possa ser capacitado para participar ativamente num processo de desenvolvimento que, para ser, recupera a centralidade da pessoa na sua mais plena e inviolável dignidade.

A educação deve ser vista e entendida como realização da cidadania, por conseguinte, o sujeito deve ser visto como capaz de aprender, pensar, agir, capaz de escrever sua própria história, sendo respeitado em suas singularidades. A liberdade individual para exercer os benefícios de uma educação de qualidade é o que se almeja das novas perspectivas educacionais em nosso país na contemporaneidade.

4.1 A relação da escola com o aluno TDAH

Atualmente a escola recebe um perfil de aluno reflexo do modelo da atual sociedade. No contexto da temática de possibilidades inclusivas na escola, colocaremos aqui o aluno que possui um diagnóstico de TDAH, como é recebido e trabalhado com esta criança dentro deste perfil do desenvolvimento humano: conforme discussão anterior, nem sempre a identificação da criança que possui TDAH é tranquila para os pais e professores.

Muitas crianças inseridas na educação formal são vistas como indolentes, mal educadas, ou preguiçosas, porém faz-se necessário um olhar mais voltado a subjetividade do sujeito para poder entendê-lo dentro de suas reais necessidades.

Muitas destas crianças têm um problema de saúde que as incomoda tanto quanto aos pais e professores, ou até mais, é o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade-TDAH, isso posto, é um compromisso do educador conhecer o transtorno para poder diferenciá-lo desses adjetivos, ou melhor, dizendo “rótulos”, que em muitas vezes estas rotulações quebram os portões das escolas e são usados lá fora por seus coleguinhas.

Sobre a rotulação que os TDAHs acabam por receber devido ao transtorno, Silva (2009, p. 67) escreve:

Por desconhecimento, as crianças TDAs, na maioria dos casos, recebem diariamente os mais variados rótulos e adjetivos pejorativos possíveis, dos quais não sabem como podem se defender. Acreditam em tudo o que dizem, o que ocasiona um enorme buraco em sua autoestima, e sucumbem ao olhar desaprovador da repreensão ou ao ar complacente de pena.

O conhecimento é o modo mais eficaz para diminuir este tipo de situação, ao passo que o mesmo colaborará com o bem estar do aluno e da classe. Sobre este enfoque é notório que, os professores têm o compromisso em aprender a lidar com estes desafios, pois “é então impossível aprender qualquer coisa que não seja conhecida por alguém. Assim, para aprender a abrir e fechar uma porta, a porta já deve estar aí e alguém deve manipulá-la”. (PAÍN, 1999 apud ESCOTT, 2004, p. 123).

Compreender e buscar conhecimento para poder intervir, é o caminho que nós seres humanos enquanto profissionais da área da educação podemos fazer, corroborando com este pensamento Paín (1999 apud ESCOTT, 2004, p. 127), diz o

seguinte: “[...] os pedagogos, diante do sujeito que está crescendo, que está em desenvolvimento, têm necessidade de se apoiar numa teoria capaz de dar conta de forma integrada de todos os aspectos”.

Assim, é importante que suas práticas pedagógicas estejam alicerçadas a um conhecimento teórico sobre o desenvolvimento infantil e buscar o mesmo para as dificuldades que forem sendo encontradas em sala de aula. Mediante isto, é necessário entender melhor o transtorno e suas implicações, Mattos (2010, p. 117), exemplifica:

Imagine que seu filho nasceu com um problema ortopédico. Ele nunca vai conseguir jogar bola tão bem como os colegas dele. Pense agora que ele é obrigado a jogar bola, quase todos os dias. Sendo ‘pereba’(por conta de seu problema de nascença), ele nunca vai ter prazer em jogar, quase sempre vai ter que se esforçar muito e ter mau desempenho. Pergunte-se agora: você acha que ele vai ter vontade de jogar bola?

Querer ir à escola e aprender, às vezes para estas crianças é um esforço sobre humano, porque por mais que ele tente, não consegue se controlar, se concentrar, ficar quieto, esperar a pergunta ser formulada pelo professor para dar uma resposta, o que acaba trazendo consequências nos anos iniciais, tais como dificuldades de interação social, prejuízo da autoestima, dificuldade de aprendizagem, entre outros.

Na Lei de Diretrizes e Bases-LDB (BRASIL, 1996), no Art. 13, inciso III – diz que, “os docentes incumbir-se-ão de, zelar pela aprendizagem dos alunos”, no Art. 2º da mesma Lei, “a educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando [...]”. Corroborando com a Lei anterior, a Lei Complementar n.170, no Art.3º, inciso XI, fala sobre o “respeito á liberdade, aos valores e capacidades individuais” (SANTA CATARINA, 1998).

Ou seja, é dever do docente propiciar a aprendizagem do aluno, do seu pleno desenvolvimento e respeitando suas singularidades, seus valores e capacidades individuais. E dentre a diversidade de alunos na sala de aula estão os TDAHs, a este respeito Silva (2009, p. 70) descreve a situação:

A criança TDA, com ou sem hiperatividade, agora precisa ajustar-se às regras e à estrutura de uma educação continuada, em que há cobrança de desempenho. Muitas vezes, experimentará dificuldades em adequar-se as rotinas tão esquematizadas. O professor que desconhece o problema pode

acabar concluindo que essa criança é irresponsável ou rebelde, pois em um dia pode estar produtiva e participativa, mas no dia seguinte simplesmente não prestar atenção a nada e não levar a cabo os deveres. Acaba por atrair a atenção do professor, mas uma atenção um tanto negativa.

Desconhecendo este transtorno e a subjetividade do sujeito em questão, o professor terá tanto problema quanto o aluno com TDAH. Uma das dificuldades que o professor irá encontrar é a falta de atenção, e este não é privilégio apenas dos TDAHs, é presente nos âmbitos escolares com alunos sem TDAH, já se sabe que este problema é corriqueiro, como demonstra Vasconcellos (2000, p. 81):

Uma das dificuldades que o professor enfrenta atualmente é a concentração da criança [...] basta ver a dificuldade de uma mãe em ter a atenção do filho quando está 'ligado' no videogame, por exemplo. Daí a necessidade do professor apresentar algo que realmente interesse ao aluno. É claro que não se trata de conseguir motivar a todos, o tempo todo, mas de criar em sala de aula um clima hegemônico de respeito e interação entre si e com o objetivo de conhecimento.

Nesta fala, o autor trata apenas da disciplina em sala de aula, ele nem mencionou os TDAHs, agora como seria então com os mesmos, já que a desatenção é centro de seus problemas, entre outros (hiperatividade-impulsividade). Somente a busca por mais conhecimento a respeito do que é Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), poderá ajudar o professor na intervenção e manejo destes alunos.

Ao buscar conhecimento o professor irá compreender que não é possível agir de forma excludente, pois o aluno TDAH sofre com atitudes hostis. Quando o mesmo é incluído de fato em sala de aula pelo professor, as chances de um convívio harmonioso e o desenvolvimento pleno do mesmo crescem bastante.

Stroili (2004, p. 47) contribui refletindo a inclusão dizendo, “inclusão não é um projeto, é uma postura, é uma atitude que, se não estiver presente na relação professor-aluno, impede a ambos de ‘pertencerem’; portanto, falar de inclusão é falar de valores e de direitos humanos”.

Diretos humanos estes reconhecidos em nossa Carta Magna – a Constituição de 1988, em seu Art. 5º “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros [...] a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade [...]”. (BRASIL, 2002).

Compreender que inclusão é toda forma de aceitação e convivência harmoniosa de qualquer ser humano, como escreve em seu relato Mara Sartoretto (apud STROILI, 2004, p. 46):

[...] acreditava que a inclusão era o ato de colocarmos pessoas com deficiência na escola regular e lutarmos para que essas pessoas fossem aceitas pelos colegas, pelas professoras e pelas famílias dos outros alunos.[...] A inclusão pra mim naquele momento era para alunos deficientes. Nem imaginava quantos alunos ditos normais eram excluídos a cada ano pela reprovação, pela evasão escolar, pelos problemas de aprendizagem... (nunca de 'ensinagem'...). Foi preciso um ano [...] para eu perceber que inclusão era algo como uma rua de duas mãos, com benefícios para os dois lados.

Desta forma, ter conhecimento e compreensão que a inclusão é uma necessidade que precisa ser contemplada nas escolas, sejam com portadores de necessidades especiais, TDAHs ou qualquer outro tipo de dificuldade que um ser humano possa estar vivendo é fundamental para convívio harmonioso e o desenvolvimento integral dessa criança:

Compreender a inclusão é reconhecer que o respeito é condição básica para se trabalhar com a diversidade, o qual nasce no convívio, na partilha e no conhecimento mútuo que esse convívio gera. Isso não é fácil porém é essencial. [...],quando enxergamos primeiro as deficiências e limites de alguém, o destituímos de sua cidadania e do seu direito de ser singular. (STROILI, 2004, p. 47).

Ser diferente às vezes poder ser conflitante para o sujeito, mas também pode ser um diferencial, dependendo do respeito e aceitação de si mesmo, “todo processo educativo pressupõe que a criança aprende a aceitar-se e respeitar-se a si mesma ao ser aceita e respeitada em seu ser, porque assim aprenderá a respeitar e aceitar os outros”. (MATURANA, 1992 apud AYRES; MOREIARA, 2004, p. 109). Ao conquistar o respeito destas crianças fica bem mais fácil trabalhar, e é dada a possibilidade de aprender com dignidade.

4.2 Os manejos necessários na ação pedagógica frente ao aluno com TDAH

Em sala de aula os professores algumas vezes poderão se deparar com alunos desatentos, impulsivos, agitados, com a corda toda a toda hora, se distraindo com muita facilidade. Eles fazem as mesmas coisas que os outros na maioria das

vezes, porém “o sinal que pode diferenciar uma criança com TDAH de outra que não seja é a intensidade, a frequência e a constância daquelas três principais características”. (SILVA, 2009, p. 60).

É preciso que o professor esteja atento, observar e encaminhar este aluno para um profissional especializado seja, médico, psiquiatra, psicólogo etc. É importante ser feito um diagnóstico e posteriormente um tratamento, seja psicoterapêutico ou medicamentoso. Mas o desconforto dos que os cercam pode ser amenizados por algumas formas específicas de lidar com os TDAHs, o manejo necessário no dia a dia, como discorre Silva (2009, p. 65):

A criança TDA pode dar tudo de si a deixar fluir sua criatividade e seu entusiasmo inato se for corretamente estimulada. Mais do que qualquer outra, a criança TDA responde maravilhosamente bem, sob o calor do incentivo. Os elogios e recompensas constantes se constituem no melhor aditivo para a grande quantidade de combustível com a qual elas foram dotadas. Por outro lado, mais do que nenhuma outra a criança TDA murcha e se retrai sob o peso das críticas excessivas e da falta de compreensão. Ela pode responder através de um cabisbaixo e recolhimento ou pela erupção de comportamentos agressivos e impulsivos. Pode virar de pernas para o ar o ambiente, numa clara demonstração de como se sente por dentro: confusa e sem chão.

As emoções destas crianças estão à flor da pele e fazer cobranças e agir com rigurosidade não irá fazer com que ela coopere, pelo contrário causará maiores dificuldades e diminuirá sua auto-estima. Mattos (2010, p. 127), diz que “deve-se estabelecer metas que ela possa cumprir, fazendo exigências de um modo coerente”.

Um acompanhamento diferenciado por parte dos professores poderá ser mais eficaz do que ignorar a situação. “Uma das metas do tratamento diferenciado é ajudar pessoas a se ajustarem à suas dificuldades, elas devem se sentir confortáveis em ser um pouco diferentes, e com a necessidade de modificações sem seu estilo de vida”. (MATTOS, 2010, p. 128).

O autor ainda aborda a importância do professor ter jogo de cintura, ser criativo, usar alternativas, sempre avaliando quais foram as mais eficazes em determinadas situações. “Se ele aprende melhor com jogos, então o professor ideal será aquele consegue produzir uma variedade de jogos matemáticos interessantes”. (MATTOS, 2010, p. 110).

Apenas o transtorno em si, já acarreta ao indivíduo sérios problemas tanto acadêmicos quanto sociais, mas ainda há alguns fatores agravantes os quais tornam

as coisas mais difíceis, como: as co-morbidades, que são os transtornos associados ao TDAH. Uma observação mais atenta pode ajudar o professor, como descreve Mattos (2010, p. 114):

Por exemplo, se dividirmos uma tarefa em pequenas etapas que exijam que a criança permaneça concentrada apenas por pequenos intervalos e se a tornarmos mais estimulante, o aluno com TDAH poderá fazer todo o exercício com pouco ou nenhum erro. Se, mesmo nessas condições especiais, o aluno continuar apresentando dificuldades no rendimento escolar, os professores deverão desconfiar de transtorno de Aprendizagem.

Porém, deve-se ficar atento, apenas um especialista (neurologista, psiquiatra, psicólogo), poderá fazer o diagnóstico, pois serão feitos diferentes exames e questionamentos a pais e professores antes de dar o diagnóstico.

O professor poderá encaminhar este aluno, por meio de observação do mesmo já que os TDAHs têm dificuldade de manter a atenção por um período maior. Uma amostra disto é que um lápis que cai lá no outro lado da sala acaba se transformando em um foco de atenção para estes indivíduos.

Quanto à atenção, Mattos (2010, p. 114) diz que, “só conseguem durante um curto intervalo de tempo ou quando a tarefa é muito interessante”. Já Silva (2009, p. 67), corrobora escrevendo sobre a atenção e aprendizagem da seguinte forma:

É um tanto comum que tenha dificuldades em aprender ou memorizar, não porque não queira, ou porque seja pouco capaz, mas sim porque não consegue sustentar a atenção e se manter concentrada por tempo suficiente e com a intensidade adequada.

Percebe-se que é imprescindível que o professor tenha paciência além do conhecimento, já que ele terá que manter a calma e a persistência com esta criança. Uma dose alta de paciência é fundamental, mas tendo em mente que isto não significa ser permissiva a todos os gostos deste aluno, a sala deve ter regras claras, definindo que os limites sejam obedecidos. (SILVA, p. 2009).

Mattos (2010, p. 120), destaca algumas dicas que facilitam tanto a vida escolar dos indivíduos TDAHs, quando da classe e do professor.

- O aluno deve sentar preferencialmente na primeira fila, o mais próximo possível do professor e longe da janela. [...] é mais fácil caminhar até o aluno e apenas colocar a mão em seu ombro (sem interromper o que se está dizendo ou lendo).

- Ele tem que manter uma rotina constante e previsível: uma criança com TDAH requer um meio estruturado que tenha regras claramente estabelecidas e que estabeleça limites ao seu comportamento (pois ela tem dificuldades de gerar sozinha essa estruturação e esse controle).
- O professor deve se expressar claramente, de modo conciso e, de preferência, apresentar aquilo que está sendo dito também sob forma visual (slides, quadro-negro, pôsteres), em função das dificuldades de manutenção de atenção.
- A criança com TDAH necessita de um nível um pouco mais alto de estimulação para agir melhor. [...] Assim, embora as rotinas sejam necessárias, é interessante introduzir novidades.
- É importante conversar com a criança sobre suas dificuldades e ouvir sugestões sobre como as coisas poderiam ficar mais fáceis[...] e que ela receba as atitudes do professor de forma positiva.
- É importante distinguir estruturação (consistência de conduta e planejamento) de rigidez (incapacidade de modificar ou tolerar).
- O aluno pode ter uma função oficial na sala de aula, ser 'ajudante'. Isto, além de melhorar a qualidade do relacionamento dentro da sala, permite que ele se movimente um pouco mais.
- Assim como os pais os professores devem procurar elogiar ou premiar a criança quando ela apresenta comportamento adequado em vez de puni-la quando apresenta comportamento inadequado (como as pessoas se esquecem disso!).

Estas são apenas algumas dicas, tudo dependerá de como o professor vai conseguir manejar esta criança, sempre buscando criar um clima de interação com todos os alunos, para diminuir o impacto tanto da vida escolar quanto no círculo social, pois segundo Piaget (1973, apud ESCOTT, 2004, p. 72), no desenvolvimento das crianças “[...] existe atrasos ou adiantamentos devido à ação da vida social [...]”.

Pode-se afirmar, dessa forma que, um olhar mais voltado para interação com os colegas, para a subjetividade do aluno TDAH, acrescido da constância de atenção do professor pode vir a contribuir com o desenvolvimento integral deste aluno.

5 METODOLOGIA

Conforme os objetivos, propostos no início deste trabalho, buscou-se nesta pesquisa compreender qual é o perfil do aluno com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade do município de Criciúma, fazendo uso da metodologia da pesquisa social.

A metodologia é uma técnica que estimula a criatividade do investigador, conforme descreve Minayo (1994, p. 16), “a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador”.

Desta forma, percebe-se que a pesquisa é um processo em elaboração e não, necessariamente, os produtos do mesmo. A referida pesquisa será inicialmente bibliográfica, buscando-se em livros referências de autores que fundamentem este assunto. Com relação à pesquisa bibliográfica a autora Minayo (1994, p. 53), escreve que:

[...] a pesquisa bibliográfica coloca frente a frente os desejos do pesquisador e os autores envolvidos em seu horizonte de interesse. Esse esforço em discutir ideias e pressupostos tem como lugar privilegiado de levantamento as bibliotecas, os centros especializados e arquivos.

A abordagem metodológica utilizada para a realização desta pesquisa será pelo método quali-quantitativa, que segundo Leopardi (2002, p. 137), é recomendado:

Quando se utiliza de dados e análises quantitativos e qualitativos, se o problema sugere a necessidade de ambos e, neste caso, parte dele será esclarecido na perspectiva quantitativa, enquanto a outra parte na perspectiva qualitativa.

Ainda acerca do método quantitativo, Teixeira (2005, p. 136), conceitua como, aquele que se baseia em dados mensuráveis das variáveis, procurando verificar e explicar sua existência ou relação sobre outra variável, quando fala, “a pesquisa quantitativa utiliza a descrição matemática como linguagem, ou seja, a linguagem matemática é utilizada para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis etc”.

Já o método qualitativo é, “como o próprio nome indica, coloca como tarefa central das ciências sociais a compreensão da realidade humana vivida socialmente”. (MINAYO, 1994, p. 23)

Desta forma, ao trabalhar com a junção destes dois métodos, pode-se conseguir uma análise mais detalhada como escreve Goldenberg (2002, p. 62):

A integração da pesquisa quantitativa e qualitativa permite que o pesquisador faça um cruzamento de suas conclusões de modo a ter maior confiança que seus dados não são produto de um procedimento específico ou de alguma situação particular. Ele não se limita ao que pode ser coletado em uma entrevista: pode entrevistar repetidamente, pode aplicar questionários, pode investigar diferentes questões em diferentes ocasiões, pode utilizar fontes documentais e dados estatísticos.

Esta pesquisa caracteriza-se também como exploratória-descritiva, pois tem por objetivo a exploração por meio do levantamento de dados e a descrição das características de um determinado grupo. Segundo Gil (1999, p. 44), ela é descritiva, pois:

[...] tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis [...].

Dentre as pesquisas descritivas salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo [...]. Por outro lado, há pesquisas que, embora definidas como descritivas a partir de seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado questionário, sobre este Leopardi (2002, p. 181) discorre dizendo:

Em geral a palavra ‘questionário’ refere-se a um meio de obter respostas às perguntas que o próprio informante preenche; contém um conjunto de questões, todas logicamente relacionadas com um problema central. [...]

Todo o questionário deve ter natureza impessoal, para assegurar uniformidade na avaliação de uma situação para outra. Possui a vantagem de os respondentes sentirem-se mais confiantes, dado o anonimato, o que possibilita coletar informações e respostas mais reais (o que pode não acontecer na entrevista).

O questionário foi estruturado com quinze perguntas fechadas e duas abertas, aplicado a 11 diretores de escolas da Rede Municipal de Ensino de Criciúma, nestas escolas continham 18 alunos portadores do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, nos Anos iniciais do Ensino Fundamental.

A definição da pesquisa foi elaborada a partir da listagem das escolas fornecida pela Secretaria de Educação do Município de Criciúma, onde apresentava os nomes das escolas, a quantidade e as turmas alunos com TDAH. Foram aplicados os questionários em 100% do total apresentado.

As questões foram formuladas de forma clara. A coleta de dados foi realizada no período de 15 dias. Os dados foram analisados à luz da teoria dos autores que fundamentaram este estudo.

6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo aponta os dados obtidos na pesquisa analisando e organizando os mesmos a partir do referencial teórico.

O resultado da coleta de dados foi distribuído em três categorias, sendo elas: desenvolvimento infantil, situação familiar e contexto escolar.

Tabela 1. Distribuição das categorias.

DESENVOLVIMENTO INFANTIL Categoria 1	SITUAÇÃO FAMILIAR Categoria 2	CONTEXTO ESCOLAR Categoria 3
Idade	Residem com	Turma
Sexo	Posição de filho	Repetência
Problema físico	Situação conjugal dos pais	Diagnóstico
Transtornos associados	Alcoolismo e drogas na familiar	Apoio pedagógico
		Apoio psicoterapêutico
		Medicação
		Preparo da escola
		Intervenção

Fonte: Dados da pesquisa.

As categorias 1 e 2 serão apresentadas por meio de tabelas, através das análises obtidas com as mesmas, já na categoria 3, por retratar aspectos relacionado a área de pesquisa pedagógica, a mesma será discutida e apresentada através de alguns gráficos para melhor visualização das informações obtidas nesta área. Das 71 escolas da Rede de Ensino de Criciúma, foram identificadas 11 escolas que possuem alunos diagnosticados com TDAH. Na tabela 2, é apresentada a quantidade de alunos na rede municipal, a quantidade de alunos do 1º ao 5º Ano, a quantidade de casos com algum tipo de transtorno identificado e por fim os casos de TDAH.

Tabela 2. Quantidade total de alunos/as no 1º semestre de 2011.

Na Rede Municipal de Ensino de Criciúma	1º ao 5º Ano	Portadores de deficiência	Portadores de TDAH
16.254	8.553	240	18

Fonte: Secretaria Municipal de Educação de Criciúma

Discutiremos primeiramente os dados organizados na categoria 1, desenvolvimento. Estes mostram indicativos do perfil de desenvolvimento das crianças que possuem TDAH matriculadas na Rede de Ensino de Criciúma.

A **categoria 1**, do desenvolvimento infantil, contempla os seguintes itens: idade, sexo, transtornos associados e problemas físicos.

Tabela 3. Resultados da categoria do desenvolvimento infantil das crianças com TDAH

ITEM	DESENVOLVIMENTO INFANTIL	Nº de respondentes	Porcentagem
1	IDADE		
	06 à 08	5	27,7%
	09 à 12	12	66,6%
	13 à 14	1	18%
2	SEXO		
	Masculino	14	77,7%
	Feminino	4	22,2%
3	TRANSTORNOS ASSOCIADOS		
	Sim	9	50%
	Não	9	50%
4	PROBLEMAS FÍSICOS		
	Sim	3	16,6%
	Não	15	83,3%

Fonte: Dados da pesquisa.

Observando os dados do item 1, da tabela acima, podemos identificar que há prevalência de 12 (66,6%) alunos com TDAH entre as idades de nove a doze anos na Rede Municipal de Ensino de Criciúma.

Os sintomas de TDAH podem ser percebidos em várias fases do desenvolvimento, segundo Mattos (2010, p. 32), “embora os sintomas possam estar presentes desde cedo, quando estas crianças entram na escola, costumam se tornar mais evidentes por volta dos 7 anos”. Este seria talvez o motivo dos alunos não receberem diagnósticos já no 1º ano, ficando muitas vezes, um desgaste nos processos de aprendizagem e relacionamentos, levando posteriormente até mesmo à evasão escolar.

Neste sentido o conhecimento da escola sobre o tema, expresso na figura do professor é fundamental na construção do diagnóstico da criança, sendo de suma importância a busca de referenciais teóricos para dar suporte e orientação à família

e ao aluno.

Quando identificado precocemente nos anos iniciais, o processo de acompanhamento tende a ter mais êxito, pois nesta faixa etária ela estará em pleno desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial.

O item 2, está ressaltando um elevado número de alunos do sexo masculino, sendo que 14 (77,7%) meninos versus 4 (22,2%) meninas estabelece uma diferença grande, porém, vincula-se ao dados obtidos na literatura, que apontam uma incidência maior de meninos comparado às meninas. Sobre este indicativo Mattos (2010, p. 32), discorre que:

A forma predominante hiperativa/impulsiva parece ser mais comum no sexo masculino, os meninos tendem a 'criar mais confusão' e incomodar mais em sala de aula, sendo, então, encaminhados para a avaliação médica a pedido dos professores. Ora, são mais encaminhados, também são mais diagnosticados!

Segundo Benczik (2000, p. 24), existe um predomínio sobre o sexo masculino, "a proporção de menino para menina varia de 4:1 a 9:1".

Indo a encontro com a variável citada acima, a pesquisa aponta um menor número de meninas, sendo que na mesma o índice foi de 3,5:1.

Segundo Silva (2009), acredita que este fato seja por causa da diferença biológica e até cultural, que contribui para a superioridade numérica masculina, ou seja, no caso do transtorno, os meninos expressam mais suas dificuldades de ordem física, emocional, cognitiva e social.

No item 3 abordou-se as co-morbidades, ou seja, transtornos associados no aluno juntamente com o TDAH, os citados pelos pesquisados foram: discalculia, dislexia, deficiência mental leve e moderada, distúrbio de aprendizagem, epilepsia, ²F 81.3, F 90.0, distúrbio de conduta.

A este respeito, Silva (2009, p.168) descreve a seguinte situação do indivíduo:

Nenhum dos transtornos [...] está relacionado com baixa inteligência, má vontade do aluno ou situação socioeconômica. São problemas neurológicos, de origem hereditária e que necessitam de uma equipe multidisciplinar para acompanhar o aluno em sua rotina escolar. Caso contrário, repetirá a ano letivo ou abandonará a escola precocemente.

² Segundo o Cid-10 (1993), F 81.3- Transtorno Misto de Habilidade Escolares, e F90.0-Perturbação da Atividade e Atenção.

Esses indicadores mostram que há uma incidência de 9 (50%) dos alunos com transtornos associados ao TDAH, corroborando com os dados da pesquisa Silva (2009, p. 153) destaca que, “em grande parte dos casos, o TDA não vem sozinho. Ele pode vir em dupla, em trio e, o que felizmente não é comum, até em bando”. Isto vem a dificultar ainda mais o desenvolvimento destas crianças.

A partir destes aspectos podemos discutir a urgência e necessidade de um eficaz acompanhamento do aluno com dificuldades associadas ao caso de TDAH, pois somam-se elementos que muitas vezes irão se tornar fonte de dificuldades e atrasos com relação à aprendizagem, levando a um histórico de repetências e abandono escolar.

Quanto aos indicadores físicos, no item 4, foram apontados 3 (16,6%) alunos, sendo que 1(um) deles já nasceu com a deficiência, os outros 2 (dois) possuem debilidades motoras, o que retrata a criança em um processo de desenvolvimento físico afetado diretamente e que juntamente está associado o TDAH.

A realidade desenvolvimentista desses alunos implica em termos pedagógicos, em capacitação e formação permanente por parte do professor, de ter didática e métodos próprios fazendo as adaptações necessárias nas atividades, bem como, promover a inclusão da criança no contexto de sala de aula, visando propiciar ao aluno a motivação necessária advinda do grupo para superação dos obstáculos que se apresentem no processo de aprendizagem.

Educar estas crianças é uma tarefa que exige paciência, dedicação, afeto e treinamento. A educação de um portador de TDAH pode exigir uma tolerância maior e muita atenção por parte do professor, uma vez que é um processo necessário, além do mais é importante destacar que acrescido do conhecimento acumulado pela humanidade, o professor deve estabelecer vínculos afetivos com estes alunos não deixando de colocar limites e regras claras. Porém, Mattos (2010, p. 110), alerta para o seguinte fato: “Outro aspecto muito importante é saber distinguir ‘incapacidade de lembrar e seguir regras’ (o caso TDAH) com ‘falta de vontade de atender a regras’ (problemas comportamentais)”. Sendo assim mais um ponto a ser amenizado com o conhecimento acerca do assunto.

Na **categoria 2** buscou-se discutir elementos do contexto familiar onde o aluno com TDAH está inserido, sendo que as questões levantadas foram: com quem

a criança reside, posição no grupo familiar, situação conjugal dos pais, existência de casos de alcoolismo e drogas na família, como podemos ver na tabela 4.

Tabela 4. Resultados da categoria situação familiar

ITEM	SITUAÇÃO FAMILIAR	Nº de respondentes	Porcentagem
5	Residem com		
	Pai e Mãe	9	50%
	Mãe	7	38,8%
	Avó e tios	2	11,1%
6	Situação conjugal		
	Vivem juntos	8	44,4%
	Separados	10	55,5%
7	Posição de filho		
	Único	8	44,4%
	Mais novo	3	16,6%
	Do meio	3	16,6%
	Mais velho	4	22,2%
8	Alcoolismo na família		
	Sim	3	16,6%
	Não	15	83,3%
9	Drogas na família		
	Sim	5	27,7%
	Não	13	72,2%

Fonte: Dados da pesquisa.

No item 5, percebe-se que 9 (50%) dos alunos residem com pai e mãe. O que oferece do ponto de vista psicológico da criança, estabilidade, conforme aponta Bee (2006, p. 356), “ela quer que a mãe ou o pai estejam por perto caso necessite deles, necessidade esta que costuma surgir quando a criança enfrenta alguma situação estressante”.

O referencial de uma criança está diretamente vinculado ao grupo familiar, quando perde esse suporte, no caso de separação, dependendo da estrutura interna da própria criança, muitas áreas do desenvolvimento são afetadas, no caso de TDAH esse contexto pode intensificar ainda mais os sintomas apresentados pela criança, necessitando a família de orientação e suporte.

Deve-se ter em mente, que o que acontece além dos portões escolares, interfere diretamente na vida escolar dos alunos. Muitos necessitam de apoio, e este pode partir da escola, por meio de palestras motivadoras e esclarecedoras, para pais

e responsáveis. Cabe à escola e ao professor desenvolver novas abordagens para lidar com os diversos modelos de família na contemporaneidade.

Ao ver a situação conjugal dos pais no item 6, é visível que 10 (55,5%) deles são separados não impedindo mesmo assim de haver uma união fraternal do casal em virtude do bem estar emocional da criança. Que segundo Bee (2003, p. 432),

O ponto essencial que temos de compreender é que a educação competente está ligada a baixos níveis de comportamento perturbados e a níveis mais elevados de ajustamento psicológico da criança, independentemente da estrutura familiar em que ela cresça.

Ou seja, mesmo que os pais desta criança estejam separados, se tiverem uma relação amigável visando o bem estar da criança principalmente, será muito importante para o seu desenvolvimento psíquico.

No item 7, sobre a posição de filho, 8 (44,4%) dos sujeitos com TDAH são filhos únicos, sugerindo conforme referencial teórico, um aspecto que facilite e disponibilize mais os pais na tarefa de lidar com um TDAH, como adverte Mattos (2010, p. 68), “pode ser muito, muito difícil e cansativo lidar com um filho com TDAH”. Ser filho único muitas vezes diminui o desgaste dos pais, devido aos acompanhamentos que a criança necessita, pois, o mesmo precisa de uma equipe multidisciplinar para que ele tenha oportunidades como os demais colegas de turma, e para isto se faz necessário que os pais ou responsáveis estejam dispostos a levar seu filho em diferentes horários e atendimentos o que implica em deslocamento, e tempo dedicado à criança.

Acerca da existência de casos de alcoolismo e drogas, nos itens 8 e 9, está evidenciado que 3 (16,6%) são usuários de álcool e 5 (27,7%) de drogas. Se considerarmos que o álcool também é uma droga então serão 8 (44,4%) sujeitos, membros destas famílias, usuários de drogas. Este aspecto é relevante, pois retrata uma situação que afeta diretamente o indivíduo TDAH, pois nesta realidade haveria mais tendência em promover pontos de conflitos e discussão no contexto familiar, o que por sua vez, ocasiona tensões no cotidiano da família.

Considerando que a criança que possui TDAH tem uma pré-disposição ao alcoolismo e as drogas, este deve evitar ter contato ou conviver perto de tal ameaça. Segundo Silva (2009, p. 174), “pessoas com TDA são mais propensas ao uso de drogas do que outras que não apresentam tal funcionamento mental”. A autora

sugere que grande partes dos TDAHs, que não recebem o suporte adequado, ao entrar na adolescência fazem uso de diferentes drogas, incluindo o álcool como automedicação, na tentativa de diminuir a ansiedade e impulsividade, este seria um dos fatores para evitar o contato com as drogas. (SILVA, 2009).

Porém, se não tiverem acessos ao uso de drogas ou álcool, receberem o tratamento adequado, o apoio de família e da escola, melhores serão as chances dos TDAHs não se voltarem para a dependência das drogas e do álcool.

Neste panorama, fica evidente que o conhecimento sobre o problema é o principal aliado dos portadores, pais e professores.

Para que isso ocorra não basta sugerir que pais e professores, os quais são os principais cuidadores, procurem saber o que é o TDAH, pois isso é de ordem informativa /cognitiva, é necessário ter compromisso com a educação, persistência e paciência no manejo destas crianças, bem como, estabelecer com elas fortes laços de vínculos afetivos. Evitando assim que o aluno se sinta impotente diante de sua condição, como discorre Silva (2009, p. 65):

Os elogios e recompensas constantes se constituem no melhor aditivo para a grande quantidade de combustível com a qual elas foram dotadas. Por outro lado, mais do que nenhuma outra, a criança TDA murcha e se retrai sob o peso das críticas excessivas e da falta de compreensão. Ela pode responder através de um cabisbaixo recolhimento ou pela erupção de comportamentos agressivos e impulsivos. Pode virar de pernas para o ar o ambiente, numa clara demonstração de como se sente por dentro: confusa e sem chão.

Por desconhecimento das diversas facetas que o Transtorno tem, fica desafiante para o professor “dar conta” de uma classe com 30 alunos fazendo parte dele um aluno TDAH. Este por sua vez, fica revoltado sem saber que o motivo real e como pano de fundo de toda esta tensão psicossocial é o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Segundo Silva (2009, p. 92), “os problemas de comunicação decorrentes da baixa auto-estima do TDA têm início na sua infância. [...] Na vida adulta, todas essas dificuldades irão influenciar a comunicação verbal nas relações afetivas”. Este quadro se não for revertido na infância, poderá ser levado a vida adulta.

A **categoria 3**, a qual é analisada o contexto educacional dos TDAHs, será apresentada por meio de gráficos para que determinados pontos possam ser visualizados nesta pesquisa. Essa categoria engloba: Turma (Ano) que o aluno

pertence; repetência, diagnóstico, apoio pedagógico, apoio psicoterapêutico, medicação, preparo e intervenção dos mesmos.

Nos gráficos abaixo temos os indicativo das turmas(Ano) onde estão concentrados e o índice de repetência dos alunos com TDAH na Rede Municipal de Ensino de Criciúma.

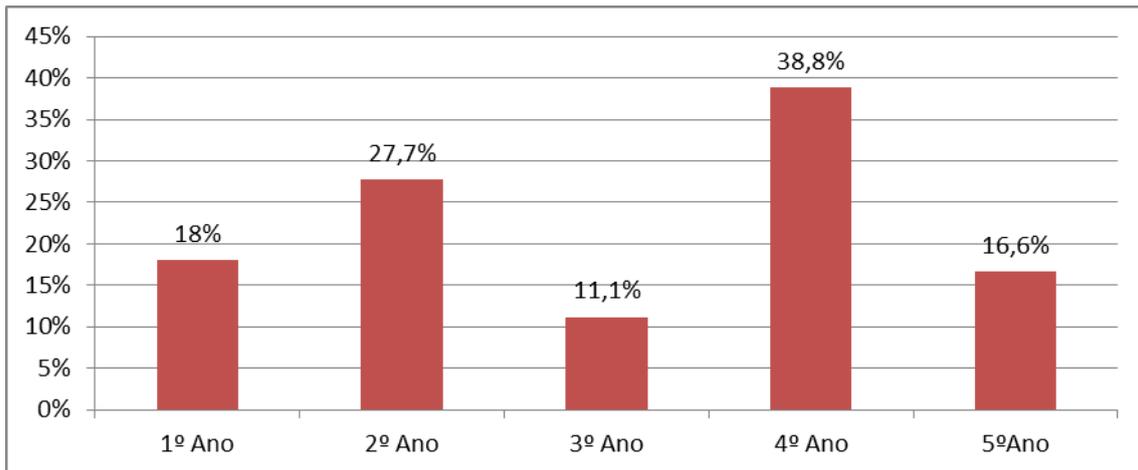


Gráfico 1: Quantidade de alunos TDAH por turma

Fonte: Dados da Pesquisa.

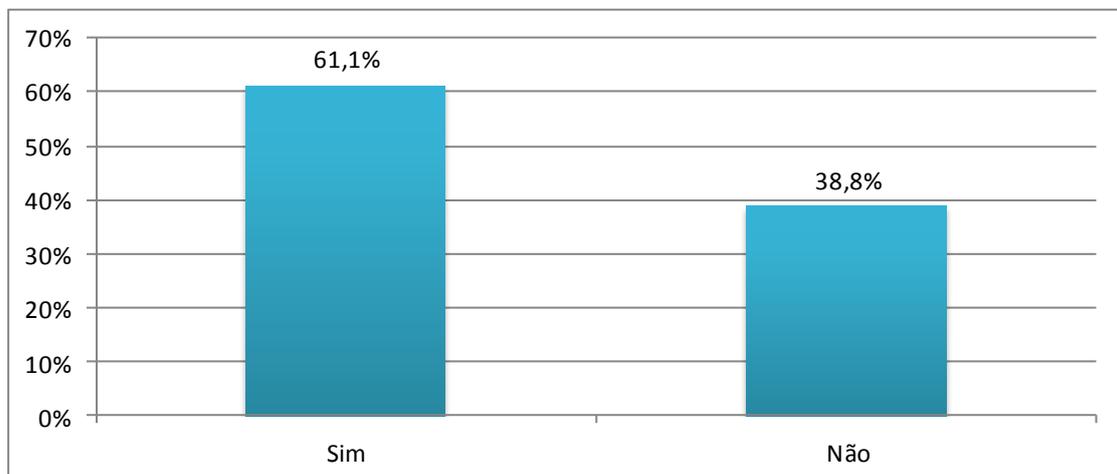


Gráfico 2: Índice da repetência dos TDAHs

Fonte: Dados da Pesquisa.

O gráfico 1, mostra uma concentração de 38,8% de alunos TDAHs no 4º Ano, o que aponta para programas de atividades específicas de capacitação com professores nestas séries, bem como, iniciar ações preventivas nas séries iniciais afim de se detectar possíveis casos, antes de comprometerem a aprendizagem do aluno.

Corroborando ainda com este fato, Mattos (2010, p. 33) discorre sobre o aluno TDAH da seguinte forma, “só têm comprometimento do desempenho escolar quando se encontram em uma fase adiantada”. Desta forma, pode-se ter ideia que estas crianças poderiam estar mais avançadas se tivessem mais subsídios para auxiliá-los.

No gráfico 2, estão indicadores que demonstram que 61,1% dos alunos TDAHs são repetentes, corroborando com Silva (2009, p. 80), a qual descreve que, “o transtorno de déficit de atenção é um dos problemas comportamentais mais comuns da infância, responsáveis por dificuldades de aprendizagens, repetências e evasão escolar”.

Porém, Delors (1999, p. 105), vai de encontro a esta situação quando diz, “A educação básica bem-sucedida suscita o desejo de continuar a aprender. Este desejo leva a continuar os estudos no seio do sistema formal de ensino, mas os que o desejarem devem, também, poder ir mais além”. Ou seja, quanto mais sucedidos são os alunos no processo ensino-aprendizagem, maiores as chances de persistirem nos estudos, mas para tal é necessário que a escola esteja preparada para receber e atender estes alunos,

Com as consecutivas repetências, a motivação destes alunos fica afetada, podendo gerar no futuro uma possível evasão escolar, pois:

Pressupõe-se, erroneamente, que um bom comportamento é a coisa certa e natural a fazer, obrigatório e devido; portanto, não há necessidades de incentivo nem esforço especial. Assim, uma criança TDA, quando erra em suas atitudes, é constantemente repreendida; por outro lado, quando acerta, não recebe elogio algum. Daí, você pode imaginar a confusão que começa a se avolumar nessa pequena mente: Tudo que faço é errado, mas o que será certo? (SILVA, 2009, p. 75).

O preparo do professor para trabalhar com este aluno TDAH em sala de aula é fundamental. O conhecimento é o modo mais eficaz para diminuir este tipo de situação, ao passo que o mesmo colaborará com o bem estar do aluno e da classe. Sobre este enfoque é notório que, os professores têm o compromisso em aprender a lidar com estes desafios, pois “é então impossível aprender qualquer coisa que não seja conhecida por alguém. Assim, para aprender a abrir e fechar uma porta, a porta já deve estar aí e alguém deve manipulá-la”. (PAÍN, 1999 apud ESCOTT, 2004, p. 123). Estando o professor buscando conhecer melhor os sintomas e como lidar com o aluno TDAH, ele pode fazer diferença na vida deste indivíduo.

Porém, deve-se ressaltar que o professor não deve estar sozinho nesta busca e possíveis intervenções, seu papel é fundamental, mas também o mesmo precisa de apoio da escola, de formação continuadas que falem sobre o tema, de projetos específicos os quais poderão ser suporte para o professor e o aluno.

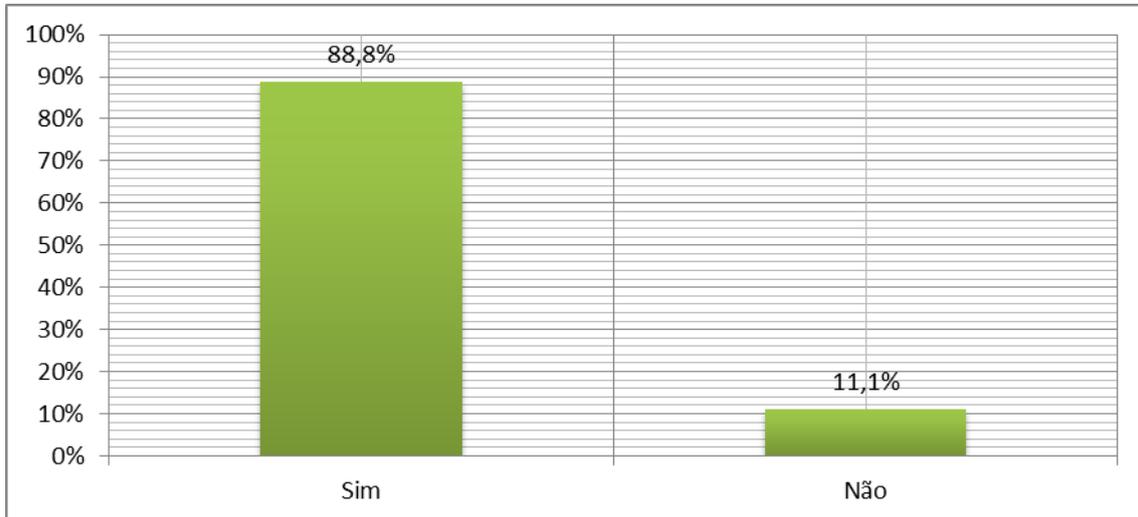


Gráfico 3. Alunos diagnosticados com TDAH

Fonte: Dados da Pesquisa.

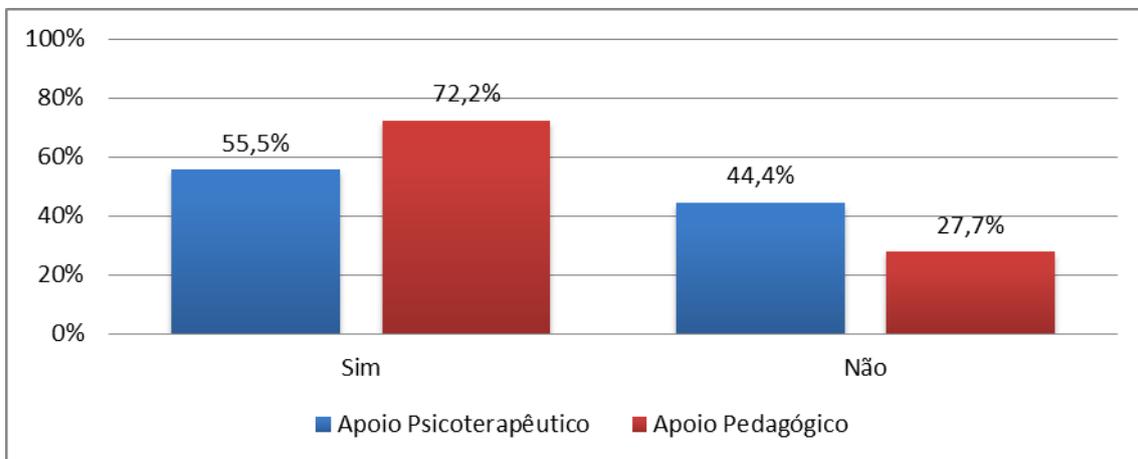


Gráfico 4. Acompanhamento ao Apoio Psicoterapêutico e Apoio Pedagógico

Fonte: Dados da Pesquisa.

Quanto ao gráfico 3, pode-se ver que 88,8% dos alunos tidos como TDAHs têm diagnóstico comprovado pela medicina, o que para estes alunos já é o começo do tratamento, pois, “muito sofrimento pode ser evitado, caso seja feito o diagnóstico e instituído o tratamento assertivo”. (SILVA, 2009, p. 236).

É importante destacar que o conhecimento na hora do diagnóstico é fundamental tanto do profissional que irá tratá-lo, quanto na escola e na família.

Quanto mais pessoas que convivem com o TDAH tiverem conhecimento sobre o transtorno e suas implicações, melhor será a adaptação para este sujeito em sua interação social.

Mattos (2010, p. 41), corrobora com este assunto dizendo, “quanto mais precoces o diagnóstico e o tratamento, mais facilmente evitamos as consequências negativas”. Estas relacionadas aos índices de repetência, problemas de aprendizagens, etc...

O reconhecimento do transtorno por parte dos professores, já é o começo para a interação professor /aluno, do contrário o professor poderá não saber como agir, deixando apenas o lado hostil visível ao aluno, pois conforme escreve Silva (2009, p.71), o TDAH, “acaba por atrair bastante atenção do professor, mas uma atenção um tanto negativa”. Ficando assim desmotivado para o aprendizado.

Os dados do gráfico 4, apontam para o fato de 27,7% dos alunos não estarem sendo acompanhados pelo apoio pedagógico e 44,4% pelo apoio psicoterapêutico. A falta de acompanhamento de uma equipe multidisciplinar é uma situação que segundo Mattos (2010), acarreta em prejuízo para estes indivíduos portadores de TDAH.

O apoio pedagógico é imprescindível já que os TDAHs têm dificuldades escolares, ficando assim suscetíveis a possíveis repetências. A ajuda advinda da escola neste momento é crucial para o desenvolvimento cognitivo e social desta criança portadora de TDAH.

Quanto o apoio psicoterapêutico, este é visto tão necessário quanto o tratamento farmacológico, pois auxilia o portador do transtorno a administrar melhor sua vida, lidar com fatores como ansiedade, impulsividade, descontrole emocional, padrão de raiva, etc.

Silva (2009, p. 248), discorre sobre esta questão da seguinte forma: “é preciso que psicoterapia para os casos de TDA seja diretiva, objetiva, estruturada e orientada a metas [...] é a chamada terapia cognitivo-comportamental (TCC)”. Mattos (2010, p. 165) acrescenta dizendo, “profissionais que fazem de tudo um pouco e alegam saber tratar um número muito grande de problemas completamente diferentes entre si não são os mais indicados”. Ou seja, o profissional que fará o acompanhamento do aluno portador de TDAH deve ser conhecedor do transtorno, com experiência no tratamento.

O acompanhamento por pessoas que saibam como intervir para ajudá-los, seria então o mais indicado para o aluno TDAH.

Diante disto, o professor pode auxiliar a família no acompanhamento do tratamento da criança, conhecendo as especificidades das áreas, e os métodos mais adequados no trabalho com TDAH, ele pode ser um referencial para a família na busca do tratamento.

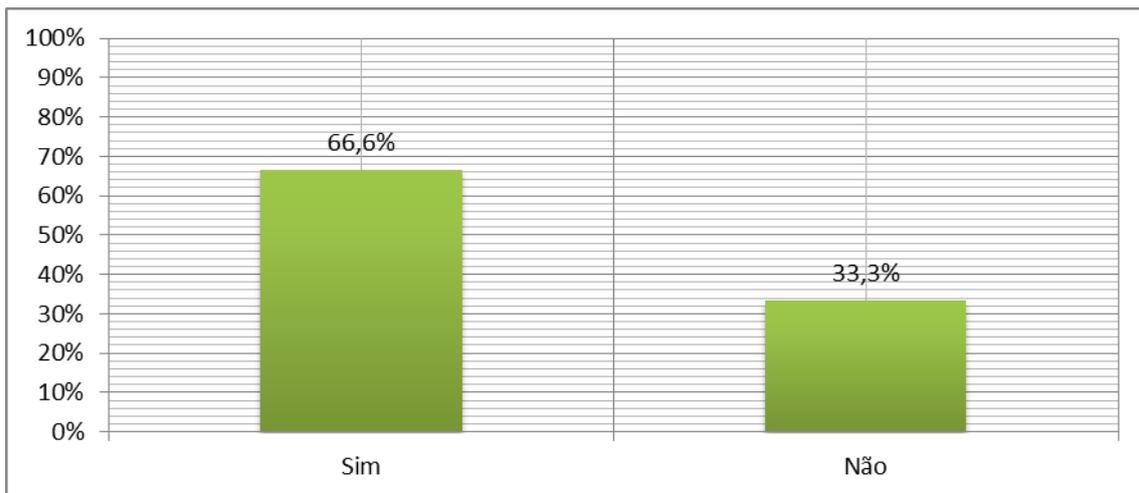


Gráfico 5: Índice do uso de medicação

Fonte: Dados da Pesquisa.

Observando gráfico 5, podemos constatar que 66,6% dos alunos com TDAH recebem tratamento medicamentoso, o qual auxilia no dia a dia escolar. Corroborando com este pensamento Silva (2009, p. 241), escreve que “o uso de medicamentos no transtorno do déficit de atenção pode e deve ser visto como uma ferramenta a mais na busca de uma melhor qualidade de vida”.

Grande parte desses TDAHs toma medicação, porém há 33,3% dos alunos que não estão sendo medicados. Estes, segundo a literatura, tendem a ser afetados no processo no ensino-aprendizagem, e ainda os companheiros de classe, pois os mesmos não tem a atenção necessária para o estudo e nem freio para controlar seus impulsos, pensamentos e velocidade de suas atividades mentais e físicas.

Sem estar tomando a medicação, na visão de Mattos (2010, p.10), “nenhuma escola é obrigada a receber alunos cujos pais se recusem a fazer o tratamento indicado pelas principais sociedades médicas do mundo”.

Segundo Silva (2009), o uso de medicação pode trazer resultados eficazes, melhorando consideravelmente sua qualidade de vida. A autora faz

comparação entre o cérebro e o motor de um carro, ela diz que assim como um óleo lubrificante melhora o desempenho do automóvel, a medicação no sistema cerebral facilita o funcionamento do mesmo.

Mas, para que ocorra um tratamento eficaz, é importante ficar atento aos sintomas, pois caso o alunos TDAHs tenham co-morbidades, será preciso alteração na dose ou até mesmo na medicação. Para que isto aconteça o médico deve contar com o relato dos pais e professores.



Gráfico 6. Escolas que se sentem preparadas para trabalhar com o aluno TDAH

Fonte: Dados da Pesquisa.

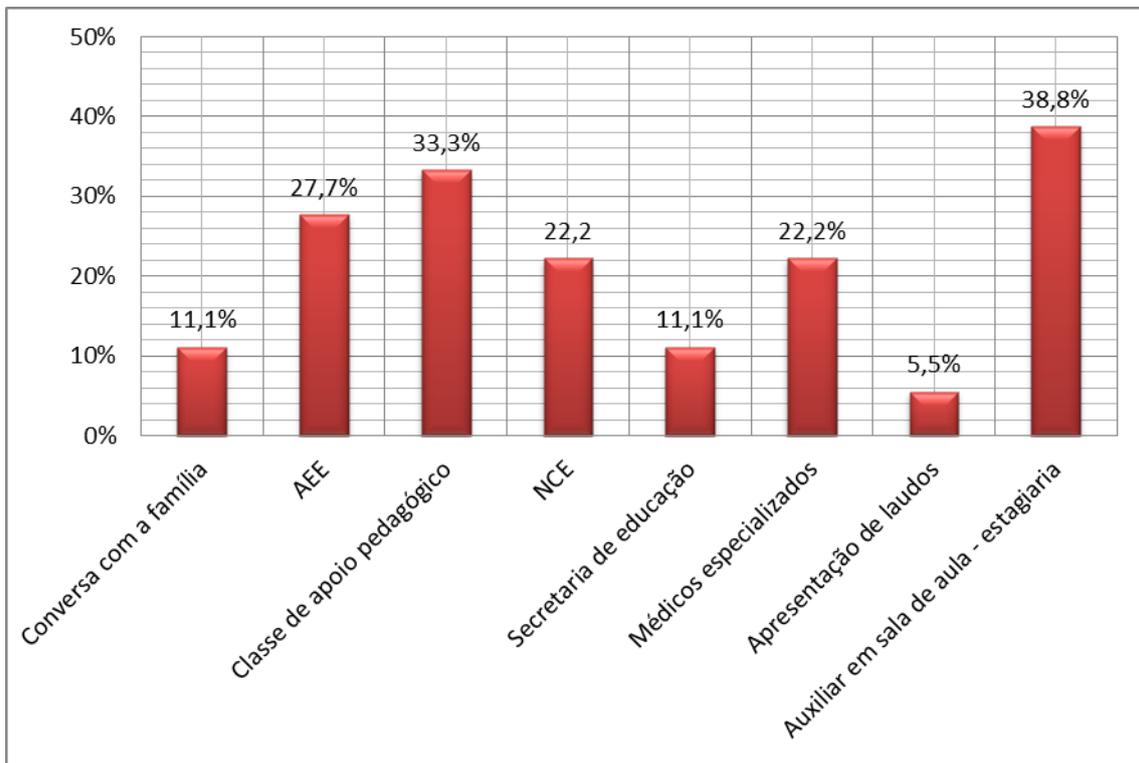


Gráfico 7: Índice de intervenções

Fonte: Dados da Pesquisa.

Sobre os gráficos 6 e 7, os diretores pesquisados falam sobre a escola estar preparada para receber alunos TDAHs e como a mesma intervém, 55,5% dos diretores disseram que a escola está preparada sim, pois contam com diversos subsídios para o manejo dos mesmos.

Sabedores que é dever do docente propiciar a aprendizagem do aluno, do seu pleno desenvolvimento e respeitando suas singularidades, seus valores e capacidades individuais, e que dentre a diversidade de alunos em de aula estão os TDAHs, os professores foram apontados como fazendo um bom trabalho com os mesmos, porém a maioria do grupo pesquisado, disseram ser difícil trabalhar com uma classe de 35 alunos, sendo que um deles é TDAH.

A este respeito Mattos (2010, p. 125) descreve a situação:

- Em geral, classes com poucos alunos permitem maior individualização de atenção.
- Mesmo em classes com grande número de alunos, o portador de TDAH deve fazer seus trabalhos em pequenos grupos.

Na citação acima, Mattos corrobora com a fala das diretoras pesquisadas, sugerindo assim pequenos grupos de trabalhos dentro da sala, facilitando o trabalho do professor.

Quanto às intervenções, o que ficou mais evidenciado foi o número de 38,8% no auxílio em sala de aula por estagiárias. Seguido por 33,3% na classe de apoio pedagógico, o que indica a preocupação voltada para o processo de ensino aprendizagem da criança com TDAH.

Um dos aspectos relevante é o baixo índice apontado referente à família, 11,1% apenas, desvinculando a ação de intervenção real pouco relacionado ao grupo familiar, sendo que toda literatura aponta que é no suporte familiar que a criança tende a se fortalecer no enfrentamento do transtorno. Outras intervenções citadas foram; salas de AEE-(Atendimento Educacional especializado) com 27,7%, NCE-(Núcleo de Cooperação Educacional) com 22,2%, médicos especializados com 22,2%, Secretaria de Educação com 11,1% e por último o laudo médico com 5,5%.

Neste contexto, muitos pontos relevantes para o processo educativo com relação com o aluno portador de TDAH aparecem não sendo enfatizados, necessitando maiores discussões e reflexão no espaço escolar.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo discutiu e apontou elementos sobre um assunto que é bastante pesquisado por estudiosos, mas que ainda é pouco difundido nos âmbitos escolares, por isso, esta pesquisa buscou iniciar uma discussão sobre o perfil do aluno com TDAH no município de Criciúma.

Com esta pesquisa pode-se constatar alguns elementos que compõe o perfil do aluno com TDAH nos anos iniciais no município, refletir sobre a importância do conhecimento acerca do tema, bem como, identificar aspectos do desenvolvimento, aprendizagem e família que envolvem a criança que possui o transtorno.

Quanto ao perfil predominante do aluno com TDAH: 66,6% têm em média nove a doze anos, 77,7% são predominantemente do sexo masculino, 50% têm comorbidades, 50% moram com os pais, 61,1% são repetentes, estando 38,8% deles concentrados no 4ºano, 88,8% possuem diagnóstico clínico, 66,6% tomam medicação e 72,2% participam de classe de apoio pedagógico, quanto a intervenção 38,8% utilizam estagiarias na sala para acompanhar os alunosTDAHs.

Os resultados apontam para um perfil de aluno que necessita de uma intervenção precoce, evitando assim que somente em anos(turma) avançados o diagnóstico seja realizado, afetando-o com resultados negativos no âmbito escolar o processo ensino-aprendizagem.

O diagnóstico precoce é fundamental para trabalhar as reais necessidades destas crianças, amenizando e até mesmo prevenindo consequências que afetam diretamente aspectos do desenvolvimento infantil.

Para tal, é imprescindível que o professor obtenha conhecimento tanto sobre TDAH, quanto do desenvolvimento infantil na faixa etária em que esteja trabalhando, apropriando-se do assunto com destreza, qualificando sua ação pedagógica.

Porém, o professor não é um ser polivalente, ele precisa que pais e a escola estejam ao seu lado para auxiliar o aluno TDAH. Por conseguinte, seria importante haver palestras para pais e professores nas escolas, num movimento dialético que proporcionaria o debate e conhecimento em prol de uma educação mais inclusiva.

A formação continuada, seja ela, proposta pela rede público de ensino ou

particular é a forma mais eficaz na apropriação do tema. Mesmo porque atualmente é fácil o acesso ao conhecimento, pois se podem buscar trabalhos científicos com qualquer temática no conforto do lar. Ficando o professor com o compromisso de conhecer para intervir, melhorando a relação de aluno/professor, aluno/aluno, aluno/escola.

As escolas pareceram estar se adaptando as demandas que a sociedade oferece. Não tendo mais lugar para tratar sujeitos diferentes com indiferença, as escolas demostram estar tentando incluir de fato estes alunos que por vezes parecem estar com uma defasagem muito grande, tendo em vista o alto grau de repetência entre os TDAHs.

É urgente o estabelecimento de programas de capacitação e educação continuada para profissionais da área da educação desde a educação infantil aos anos iniciais, assim como um efetivo programa de informação aos pais e escolas, como forma de garantir o diagnóstico precoce e correto acrescido de um tratamento bem sucedido aos portadores de TDAH.

Com esta pesquisa buscou-se apresentar a temática frente a luz de referenciais teóricos no anseio que a mesma possibilite novas pesquisas vinculadas ao TDAH.

REFERÊNCIAS

- AYRES, Adriana de Mello. MOREIARA, Suely Grimaldi. Hiperatividade: uma leitura simbólica das relações. **Psicopedagogia: contribuições para a educação pós-moderna.** (Org) Beatriz Judith Lima Scoz et al. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 121p.
- BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Lei nº 9.394/96**, de 20 de dezembro de 1996.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2002.
- BEE, Helen. **A criança em desenvolvimento.** Tradução de Antônio Carlos Amador et al. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1977. 319p.
- _____. **A criança em desenvolvimento.** Tradução de Antônio Carlos Amador e Rosane de Souza Amador Pereira. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1997. 317p.
- _____. **A criança em desenvolvimento.** Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artmed, 2003. 611p.
- BENCZIK, Edyleline Bellini Peroni. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade:** atualização, diagnóstico e tratamento: um guia de orientação para profissionais. Colaboradores Luis Augusto P. Rohde e Marcelo Schmitz. São Paulo: Casa do psicólogo, 2000.
- BERGER, Kahteleen Stassen. **O desenvolvimento da pessoa:** da infância à adolescência. Tradução de Fernanda Andrade Dias. Rio de Janeiro: LTC, 2003.
- CARNEIRO, Roberto. Educação e comunidades humanas revivificadas: uma visão da escola socializadora no novo século. In: DELORS, Jacques. (Org). **Educação:** um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez, 1999.
- CYPEL, Saul. **A criança com déficit de atenção e hiperatividade:** atualização para pais, professores e profissionais da saúde. 2. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.111p.
- DELORS, Jacques. **Educação:** um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez, 1999.
- ENDERLE, Carmen. **Psicologia do desenvolvimento:** o processo evolutivo da criança. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.116p.
- ESCOTT, Clarice Monteiro. **Interfaces entre a psicopedagogia clínica e institucional:** um olhar e uma escuta na ação preventiva das dificuldades de aprendizagem. Novo Hamburgo: Feevale, 2004.136p.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDENBERG, Maria. **A arte de pesquisar:** como fazer uma pesquisa qualitativa em ciências sociais. 6 ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde.** 2 ed. Florianópolis: UFSC/ Pós-Graduação, 2002.

LIBÂNEO, J. C.; OLIVEIRA J. F.; TOSCHI M. S.; **Educação escolar:** políticas, estrutura e organização. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2003. (Coleção Docência em Formação)

MATTOS, Paulo. **No mundo da lua:** Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.183 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1994.p.80.

PAPALIA, Diane E; OLDS, Sally Wendkos. **Desenvolvimento humano.** Tradução de Daniel Bueno. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 684p.

PAPALIA, Diane E. OLDS, Sally Wendkos. FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano.** Tradução de Daniel Bueno. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 888p.

SANTA CATARINA. **Lei Complementar Nº 170,** de 07 de agosto de 1998.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes inquietas TDAH:** Desatenção, hiperatividade e impulsividade. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. 271p.

STROILI, Maria Helena Melhado. O vínculo afetivo e a inclusão com sucesso. **Psicopedagogia:** contribuições para a educação pós-moderna. (Org) Beatriz Judith Lima Scoz et al. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.p.121.

VASCONCELLOS, Celso dos Santos. **Disciplina:** construção da disciplina consciente e interativa em sala de aula e na escola. São Paulo: Libertad, 2000.

WALLON, Henri. **A criança turbulenta:** estudo sobre os retardamentos e as anomalias do desenvolvimento motor e mental. Tradução de Gentil Avelino Titton. Petrópolis: Vozes, 2007.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias:** acadêmica, da ciência e da pesquisa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

APÊNDICE



UNESC UNIVERSIDADE DO EXTRO SUL CATARINENSE - UNESC

CURSO DE PEDAGOGIA

DISCIPLINA: PESQUISA EM EDUCAÇÃO

ORIENTADORA: ELIENE

Prezado Diretor/Orientador

Apresentando-me como acadêmica, venho solicitar a sua colaboração para meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), requisito necessário à conclusão do Curso de Pedagogia da UNESC.

Pelo presente questionário, pretendo obter maiores informações a respeito do tema: O PERFIL DO ALUNO COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NOS ANOS INICIAIS DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE CRICIÚMA.

Observação: Os dados serão mantidos em sigilo, e serão tratados e analisados estatisticamente mediante os referenciais teóricos.
--

Antecipadamente, Agradeço

Jaqueline Serafim
Acadêmica do Curso de Pedagogia



**QUESTIONÁRIO APRESENTADO AOS DIRETORES / ORIENTADORES DAS
ESCOLAS DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE CRICIÚMA**

- 1) Idade: _____
- 2) Sexo: F() M()
- 3) Turma: _____
- 4) É repetente? SIM() NÃO()
- 5) Tem diagnóstico? SIM() NÃO()
- 6) Possui outros transtornos associados: SIM () NÃO ()
Quais? _____
- 7) Problemas físicos: SIM () NÃO()
Quais? _____
- 8) Faz uso de medicação: SIM() NÃO()
Qual? _____
- 9) Possui acompanhamento psicoterapêutico?
SIM () NÃO ()
- 10) Possui acompanhamento de apoio pedagógico?
SIM () NÃO()
- 11) Reside com:
 - Pai e Mãe: ()
 - Mãe: ()
 - Pai, Irmãos: ()
 - Avós, Tios: ()
 - Outros parentes: () _____
- 12) Posição no grupo familiar:
 - Único () do meio () mais velho () mais novo ()
- 13) Situação conjugal dos pais:
 - Vivem juntos () separados() viuvez() solteiros()
- 14) Existe caso de alcoolismo nos membros da família que residem com a criança?

SIM () NÃO () Quem? _____

15) Existe caso de droga nos membros da família que residem com a criança?

SIM () NÃO () Quem? _____

16) A escola está preparada para receber o aluno TDAH?

SIM () NÃO ()

Comente:

17) Como a escola intervém com os alunos TDAH?
