



**FACULDADE DE TEOLOGIA, FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
GAMALIEL CENTRO EDUCACIONAL E CULTURAL DA AMAZÔNIA
LICENCIATURA EM PEDAGOGIA**

BENEDITO DE SOUZA CAVALCANTE

**O PAPEL DA ESCOLA NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM DE
CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE (TDAH)**

Trabalho de Conclusão de Curso

Breves – PA
2022



**FACULDADE DE TEOLOGIA, FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
GAMALIEL CENTRO EDUCACIONAL E CULTURAL DA AMAZÔNIA
LICENCIATURA EM PEDAGOGIA**

BENEDITO DE SOUZA CAVALCANTE

**O PAPEL DA ESCOLA NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM DE
CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE (TDAH)**

Pré-Projeto de pesquisa, apresentado ao Curso de Pedagogia, da Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel-Fatefig, como requisito parcial para a elaboração do Trabalho de conclusão de Curso de Pedagogia, sob a orientação do Prof. Mílvio da Silva Ribeiro.

FICHA CATALOGRÁFICA

BENEDITO DE SOUZA CAVALCANTE

**O Papel da Escola no Processo de Aprendizagem de Crianças com
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pedagogia, da Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel-Fatefig.

DATA DA APROVAÇÃO: _____

Jeferson Gonçalves

Paulo Carvalho

Socorro Jardim

Benedito de Souza Cavalcante

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
Capítulo I: Contexto Histórico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): Definições teóricas, sintomas, Características, Diagnóstico e causas.....	09
1.1 – Breve análise histórica do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade....	09
1.2 -- Definições teóricas do TDAH	12
1.3 - Sintomas, Características e Diagnóstico do TDAH.....	14
CAPÍTULO II - A criança com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no contexto escolar: desafios e estratégias do professor no processo de ensino e aprendizagem.....	23
2.1 - Cenário Pedagógico X Criança Hiperativa.....	23
2.2 -Fatores Importantes na Relação Professor x Aluno.....	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

O Papel da Escola no Processo de Aprendizagem de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

Benedito de Souza Cavalcante¹
E-mail: bc5367566@gmail.com

RESUMO:

O estudo abordado, buscou debater o papel da escola no processo de aprendizagem de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), enfatizando o papel do educador e da família neste processo. Tendo por objetivo geral, demonstrar o papel da escola no processo de aprendizagem de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Justificando-se pela necessidade de investigar o contexto no qual os alunos em processo de alfabetização com TDAH estão inseridos, a fim de analisar até que ponto essas condições contribuem ou afetam negativamente no desenvolvimento da criança. Por compreender que o processo de alfabetização é ímpar na escolarização da criança e seus resultados refletem por todo seu desenvolvimento, o campo da pesquisa se restringirá às classes inclusivas de alfabetização. Todavia, nesse processo de alfabetização e socialização, o professor tem fundamental papel para auxiliar no diagnóstico do TDAH, haja visto que a hiperatividade se evidencia no período escolar, quando é preciso aumentar o nível de concentração para aprender. A metodologia utilizada neste estudo, estruturou com base na abordagem qualitativa, de natureza aplicada, do tipo observação sistemática não participante, mediante embasamento teórico por meio de pesquisa bibliográfica e documental, utilizando-se de fontes secundárias para obtenção do trabalho. Conclui-se que a ação pedagógica do professor não pode ser definida isoladamente senão em contato com uma equipe multidisciplinar e com os pais, possibilitando ao aluno com TDAH condições adequadas para se obter sucesso no tratamento, por lado é necessário preparar nossos educadores para compreenderem a criança com TDAH, auxiliando no tratamento e ajudando a identificar o diagnóstico precoce, sendo preciso neste contexto mais pesquisas na área e amparo em leis.

Palavras-Chave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), aluno, Criança, papel da escola, professor.

¹ Graduando em Pedagogia pela Faculdade de Teologia Filosofia e Ciências Humana Gamaliel FATEFIG

ABSTRACT

The study emphasizes the role of education and the family in this process. With the general objective, to demonstrate the role of the school in the learning process of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Justifying the need to investigate the context to be inserted by DT, in order to insert students in the literacy process, in order to study the child to the point of contribution or inclusion that students are in the child's development. By understanding that the entire literacy process is individualized in the schooling of and its results by development, the field of research of definition of its literacy process to the inclusive classes. However, in this process of literacy and socialization, the teacher has a fundamental role to help in the diagnosis of ADHD, given that hyperactivity is evident in the school period, when it is necessary to increase the level of concentration to learn. The methodology used in this study, structured with based on a qualitative approach, of an applied nature, not based on systematic research, through theoretical research through literature and documents, using secondary sources to support the work. The teacher's pedagogical action cannot be completed with the student, training for the multidisciplinary treatment of the teacher cannot be necessary to prepare for the student, to train for the multidisciplinary treatment, to train for the student, to train and not to the treatment of our students, on the hand and for success in preparing, for student understanding. Child with ADHD, helping in the treatment and helping to identify the early diagnosis, in this context more in the area and support in laws.

KEYWORDS: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), student, Child, role of school, teacher.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que em nosso contexto atual, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem despertado o interesse de diversas áreas, como medicina, psicologia, educação, entre outras. O TDAH, se tornou o distúrbio da infância mais questionado e debatido nos últimos anos, mediante o grande número de crianças que vêm apresentando sintomas relacionados a esse transtorno.

Vale enfatizar que o TDAH, vem sendo detectado, na maioria das vezes, quando a criança entra na escola, sendo identificado, quando os sintomas característicos do transtorno, como a aparecer e a serem notados, pelos professores, os quais percebem no aluno sintomas como: problemas de atenção, hiperatividade e impulsividade.

Esses sintomas, são considerados um sério obstáculo à aprendizagem e a socialização da criança portadora de TDAH em diferentes ambientes. Visto que além da criança apresentar dificuldade em familiarizar-se com o novo ambiente e as regras, torna-se também impopular entre colegas de classe e até mesmo entre alguns professores, o que pode resultar em problemas secundários, como: dificuldades emocionais, de relacionamento familiar e social, além do baixo desempenho escolar.

Alguns estudos sobre o TDAH, como o de George Frederick Still, em 1902, afirma que o transtorno é um “Defeito de Conduta Moral” entre outros. Todavia, durante a elaboração deste estudo, mediante embasamento teórico por meio da pesquisa bibliográfica, foi possível perceber a falta de bibliografia relativa ao Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e poucas experiências de apoio para um trabalho prático e eficiente.

Nesse sentido, é fácil percebermos que apesar de ser um tema pouco debatido, e com escassez bibliográfica, é de extrema importância ser debatido. Deste modo, em minha pesquisa busquei analisar o modo com o qual alguns professores e demais profissionais nas escolas lidam com crianças com TDAH em classes de alfabetização, identificando e analisando estratégias que são usadas pelos educadores para integrar alunos com TDAH, na perspectiva de promover aprendizagens significativas.

Em suma, este estudo, além de promover novos conhecimentos sobre a temática, enfatiza o contexto histórico do TDAH; as definições teóricas; sintomas, características, diagnóstico e causas do TDAH; bem como fatores importantes na Relação Professor e Aluno e o Cenário Pedagógico relacionado a Criança Hiperativa.

DESENVOLVIMENTO

CAPÍTULO I: Contexto Histórico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): Definições teóricas, sintomas, características, Diagnóstico e causas.

1.1 – Breve análise histórica do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Sabe-se que ao passar dos anos, a escola tornou-se um espaço de acesso obrigatório e desde esse então, passou a ocupar papel fundamental para a ascensão social. Deste modo, as dificuldades e fracassos que sucediam no âmbito escolar, passaram a ser considerados como problemas ou até mesmo em alguns casos, como doença (CORREIA, 2014).

De acordo com Lima (2011) são diversas as causas do fracasso escolar, e o *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)* vem sendo considerado uma delas, visto que os alunos com TDAH apresentam dificuldades para adaptação escolar e familiar. No entanto, para termos melhor conhecimento e entendimento acerca da TDAH, iremos apresentar o contexto histórico que perpassa a síndrome, em nossos dias atuais tão debatida.

Cypel (2003, pág. 13), nos elucida, que as crianças hiperativas sempre existiram, todavia, a educação familiar e os regimes escolares mais rigorosos de antigamente, de alguma forma limitavam o surgimento desses comportamentos ou os reprimiam. O autor também assegura, que: “é difícil identificar na literatura o momento certo, em que se determinou que essas manifestações condizem com uma condição particular”. Ainda, conforme o autor, este estudo, foi dado no ano de 1925, quando os trabalhos de Dupré assinalavam o desajeitamento ou a debilidade motora nas crianças sem lesão cerebral, dando ênfase para o aspecto emocional, e os estudos de Wallon sobre L’Enfant Turbulent [A Criança Inquieta] que apresentava as características clínicas dessas crianças.

Por conseguinte para Benczik (2002) o início desse entendimento se deu quando George Frederick Still, no ano de 1902, estudou os sintomas em um grupo de crianças, onde analisou a existência de um “Defeito na Conduta Moral”. Ele compreendeu que tal “defeito” resultava em uma inabilidade da criança para internalizar limites, ocasionando sintomas como: inquietação, desatenção e impaciência. Deste modo George Frederick Still criou a hipótese de que esta condição não ocorre devido a má-criação ou à maldade

da criança, e sim a de uma herança biológica ou um problema no nascimento. O autor Condemarin et al. (2006) nos fala, que foi a partir desse momento que o quadro passou a ter importância entre os transtornos de desenvolvimento na infância.

O autor Silva (2003), nos explica, que em 1934, foi publicado um artigo no jornal “The New England Journal of Medicine”, pelos escritores Eugene Kohn e Cohen, que afirmavam existir uma base biológica para a hiperatividade, no qual se fundamentava em um estudo realizado com pacientes vítimas da epidemia da encefalite entre os anos de 1917-1918. Porém, algumas crianças não foram sujeitas a essa epidemia, e, mesmo assim, apresentaram sintomas semelhantes ao da hiperatividade. A partir deste estudo, passou a existir o novo termo “Lesão Cerebral Mínima” que mais tarde mudou para “Disfunção Cerebral Mínima”.

Ressalta-se que em 1937, Charles Bradley demonstrou, outra linha de relação da hiperatividade com o biológico, diante da descoberta acidental de que alguns estimulantes do sistema nervoso central ajudavam crianças hiperativas a se concentrarem e a estudarem melhor, bem como ficarem mais calmas. Esta descoberta foi contrária aos pensamentos do período, pois os estimulantes em pessoas não deficientes, que não manifestavam esse quadro, ocasionaram reação antagônica, ou seja, produziam um aumento de atividade no sistema nervoso central (LIMA, 2011).

Enfatiza-se ainda, que o termo hiperatividade só foi usado por Maurice Laufer, em 1957, e por Stella Chess, em 1960. Em razão que o primeiro afirmava que a síndrome era restrita a meninos e teria sua remissão ao longo do processo de crescimento do indivíduo, enquanto Chess descrevia, que a síndrome tem origem genética e não mesológica. Assim surgiu o termo “Síndrome da Criança Hiperativa” (SILVA, 2003). Contudo, desde a década de 60, vêm surgindo muitas explicações e conceitos, na literatura, acerca do TDAH. O quadro a abaixo apresenta elas:

Quadro 01: Explicações e conceitos do TDAH.

ANO	FONTE	DENOMINAÇÕES/CARACTERÍSTICAS
1968	DSM – II	Reação hipercinética.
1978	CIE – 9	Transtorno hipercinético.
1980	DSM-III	Transtorno do déficit de atenção com e sem hiperatividade. Aparece a <i>desatenção</i> como característica, junto com a hiperatividade.
1987	DSM-III-R	Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade.
1992	CIE -10	Transtornos hipercinéticos.
1994	DSM-IV	Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade; tipo desatento, hiperativo, impulsivo e combinado. Distingue subtipos.

Fonte: Nobre, 2021, pág. 11-12, apud Lima, 2011.

No ano de 1994, quando a Associação Americana de Psiquiatria publicou o DSM-IV, a nova atualização classificou o TDAH em dois subtipos básicos (SILVA, 2003). A autora, também esclarece, que em uma combinação desses subtipos são determinadas as três possibilidades de manifestação da TDAH, que são:

Déficit de Atenção: DÁ, predominantemente desatento; Déficit de Atenção: DA/HI, predominantemente hiperativo-impulsivo; Déficit de Atenção: DA/C, em que sintomas desatentos e de hiperatividade/impulsividade estão presentes no mesmo grau de intensidade (SILVA, 2003, p.173).

Segundo Silva (2003) apesar da evolução que ocorreu nos últimos anos, no que se refere à identificação do TDAH, o panorama Brasileiro ainda está distante de um ideal.

Neste exato momento, milhares de pessoas, entre crianças, adolescentes e adultos, passam por inúmeros desconfortos pessoais e/ou sociais em função de seus problemas na área da atenção e do controle de seus impulsos e hiperatividade física e/ou mental. Às crianças são imputados rótulos pejorativos como “pestinhas”, “mal-educadas”, “rebeldes”, “agressivas”, “sonhadoras”, “cabeças-de-vento”, entre outros. Aos adultos também são atribuídos rótulos, não menos pejorativos, tais como “explosivos”, “aéreos”, “brigões”, “egoístas”, entre outros (SILVA, 2003, p.174).

Deste modo, torna-se preciso investir na informação, garantida não apenas a uma minoria especializada no assunto, mas ampliar para um público grande, principalmente pais e educadores. Para que dessa maneira, possa-se reconhecer com mais precisão e rapidez os sintomas no comportamento do TDAH (CONDEMARÍN et al. 2006).

O autor Petry et al (2011), nos diz que de acordo com a história, é possível perceber que no decorrer dos anos, com as constantes evoluções tecnológicas e científicas, algumas doenças ou perturbações, começaram a vir à tona, e se tornaram a principal preocupação

de determinada população e, facilmente, também passaram a ser mais notadas, mesmo onde não há casos. Visto que passam a causar temor nas pessoas, como se fosse um fantasma. Esse é o caso da hiperatividade ou, para melhor situá-la na atualidade, o TDAH, tratado por alguns autores como DDAH (Distúrbio de Déficit de Atenção e Hiperatividade). Contudo é preciso enfatizarmos que o uso diferenciado do termo desse transtorno não modifica em nada a condição da criança hiperativa (CYPEL, 2003).

Mediante a esse distúrbio é preciso destacar que crianças com TDAH não são, maldosas, nem malcriadas, ou mal educadas pelos pais, acontece que elas são injustamente acusadas, quando na verdade possuem um transtorno que as faz agir de maneira impulsiva, desatenta e agitada de forma excessiva (LIMA, 2011).

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, que neste trabalho será abordado pela sigla TDAH, conforme o autor Silva (2003), é um distúrbio comportamental comum da infância, sendo, talvez, responsável pela maioria dos encaminhamentos a serviços especializados.

1.2– Definições teóricas do TDAH

Segundo Condemarín et al. (2006, p.19) a literatura nos apresenta um grande acervo de definições teóricas, cada uma trazendo uma linha de estudo e uma compreensão sobre o TDAH, e assim induzindo a diferentes formas de avaliação, intervenção e tratamento.

De acordo com Topczewski (1999, pág. 21) “a hiperatividade é um desvio comportamental, que é caracterizado pela alteração de atitudes e de atividades, de maneira exagerada, ocasionando pouca consistência em cada tarefa a ser realizada”. Visto que em grande parte das crianças hiperativas existe forte tendência à dispersão, o que acaba ocasionando grandes dificuldades em manter-se concentrado em determinado assunto, pensamento, ação ou fala, acarretando em situações desconfortáveis ao ambiente de sala de aula.

Para Cypel (2003) usa o termo DA/H para se referir ao TDAH, no qual afirma que a conceituação baseia-se na avaliação de manifestações ligadas à desatenção, à hiperatividade e à impulsividade, ou seja, é um quadro no qual, necessariamente, acontecem mudanças no comportamento da criança.

Já os autores Harris e Hodges (apud CONDEMARÍN ET AL, 2006) referem-se ao TDAH como um transtorno que gera incapacidade de orientação, concentração,

dificuldade de respeitar normas e de motivação, o que constitui, um inconveniente que afeta o desempenho escolar.

Todavia, entre as definições do TDAH, o autor Cortés (apud Condemarin et al, 2006, p.23) nos afirma, que ocorre uma “alteração do desenvolvimento caracterizada por falta de concentração, impulsividade e hiperatividade, acoplada a problemas de aprendizagem e anomalias de conduta”.

Neste sentido, os autores Goldstein e Goldstein (1994), nos afirmam que o TDAH é decorrente de quatro tipos de deficiência: dificuldade de atenção, impulsividade, excitação e frustração ou baixa motivação, as quais podem gerar dificuldades em casa, na escola e com o convívio com amigos. Os autores também destacam que essas dificuldades acontecem mediante a pouca habilidade da criança, frente às exigências impostas pelo ambiente. Os mesmos autores, enfatizam que o quadro do TDAH é resultante da inconsistência e da incompetência e não do mau comportamento ou desobediência. Essa definição está em concordância com as anteriores, no sentido de demonstrar o impacto da criança na aprendizagem e no comportamento.

Ainda sobre as definições Rohde e Benczik (1999) afirmam que com as afirmações anteriores, o TDAH tem três características básicas: a desatenção, a agitação e a impulsividade. De tal modo que atestam que essas características podem levar a criança portadora do TDAH a ter dificuldades emocionais, de relacionamento familiar, de relacionamento social e baixo rendimento e/ou desempenho escolar.

Entretanto, para concluir as definições, Förster e Fernández (apud, Condemarin et al, 2006) nos dizem que o TDAH como um transtorno crônico de conduta, com uma forte base genética, é constituído por um grupo heterogêneo de crianças que demonstram dificuldades para se adequarem ao comportamento e/ou aprendizagem à norma esperada em sua idade. Elucida-se ainda que os principais sintomas do TDAH são a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade, que desde muito cedo estão na vida da criança, mas que se tornam mais evidentes na idade escolar. Os autores também ressaltam que esses sintomas prejudicam as conduta, habilidades sociais e familiares e a aprendizagem da criança.

1.3 - Sintomas, Características e Diagnóstico do TDAH

A TDAH é caracterizado por uma tríade sintomatológica que é responsável pela gama de problemas, sobretudo quando a criança passa a frequentar a escola, mediante sintomas como: *problemas de atenção* (incapacidade em direcionar sua atenção para um único foco), *a hiperatividade* (ocasionada por uma mente que não para nunca, hipersensível, ligando-se a tudo ao mesmo tempo) e *a impulsividade* (o indivíduo não consegue escolher uma ideia entre milhares que circulam pelo cérebro). Esses sintomas, são um sério obstáculo à aprendizagem e a socialização da criança portadora de TDAH (HALLOWELL; RATEY, 1999).

A condição ocorre em crianças e adultos, homens e mulheres, rapazes e moças, abrangendo todos os grupos étnicos, estratos socioeconômicos, níveis de escolaridade e graus de inteligência. Costumava-se pensar que esse era um distúrbio exclusivo da infância e que seria superado no decorrer da adolescência. Hoje sabemos que apenas um terço da população com DDA a supera; dois terços a apresentam por toda a vida (HALLOWELL; RATEY, 1999, p.18).

Em suma, elucidamos que a desatenção por si só não caracteriza precisamente o TDAH, na verdade, ele se caracteriza por dois grupos de sintomas: *o primeiro é a desatenção e o segundo a hiperatividade e impulsividade*. Segundo os autores Rohde e Benczik (1999) alguns sintomas fazem parte do grupo de desatenção e do grupo de hiperatividade, conforme quadro 02 abaixo:

Quadro 02: Sintomas que fazem parte do grupo de desatenção e do grupo de hiperatividade

Grupo de desatenção	Grupo de hiperatividade
<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar-se desatento a detalhes ou errar constantemente por descuido; • Apresentar dificuldade em concentrar-se para desenvolver tarefas e/ou jogos; • Aparentar estar no “mundo da lua”, ou seja, mostrar-se alheio ao que lhe é dito; • Apresentar dificuldade em seguir instruções e regras; • Mostrar-se desorganizados com seus materiais e tarefas; • Esquecer compromissos entre outros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar dificuldade em permanecer sentado; • Remexer pés e/ou mãos quando está sentado; • Pular e correr excessivamente em situações inapropriadas; • Fazer muito barulho para realizar suas atividades; • Falar demais; • Mostrar-se muito agitado, entre outros.

Fonte: Lima 2011, pág. 17-18.

De acordo com Silva (2003) a criança com TDAH primeiro faz, logo após ela pensa. Deste modo, frequentemente elas reagem irrefletidamente à maioria dos estímulos que se mostram em seu cotidiano, todavia isso não quer dizer que ela seja mal educada, imatura ou com seu intelecto restrito, mas sim ao fato de que o TDAH deixa menos eficiente a área do cérebro responsável pelo controle dos impulsos e filtragem de estímulos (SILVA, 2003). A autora ainda nos fala que as crianças com TDAH:

Possuem dificuldades muito específicas derivadas de seu também muito específico funcionamento cerebral, e que isso não deve ser confundido obrigatoriamente com tolice, má-educação ou dificuldades intelectuais. Só que, como é enorme o desconhecimento do problema, é exatamente isso o que acontece na grande maioria dos casos (SILVA, 2003, p.59).

Enfatiza-se que, que a criança com TDAH, não demonstram todos os sintomas de uma vez, mas em grande parte das vezes, eles estão presentes. Nesse sentido, pesquisas atuais demonstram que são necessários pelo menos seis dos sintomas de desatenção e/ou seis dos de hiperatividade/impulsividade para que se possa ponderar na possibilidade da criança ter o diagnóstico de TDAH”. (ROHDE e BENCZIK, 1999, p. 41). Assim, é importante destacarmos, que para ser considerado o diagnóstico de TDAH, os sintomas devem acontecer com frequência e não de vez em quando (SILVA, 2011).

Os autores Hallowell e Ratey, (1999, p. 63) nos falam que deve-se olhar com cuidado para a história de cada criança, porque além dos sintomas, é nessa história que o diagnóstico de TDAH se fundamenta. Também, temos os testes psicológicos que podem apresentar provas adicionais que complementam o diagnóstico, todavia, “a ferramenta diagnóstica mais certa é a história de cada caso, coletada da criança, de seus pais e dos relatórios dos professores”. Contudo, para que se alcance um diagnóstico minucioso de TDAH na infância, deve-se incluir a coleta e a observação de oito tipos de informações que de acordo com Goldstein & Goldstein, (1994, pág. 41) são:

- **Histórico:** As informações do histórico ligadas a outros problemas que a família teve são muito valiosas, pois uma história que demonstra problemas crônicos de desatenção, impulsividade e comportamento motor excessivamente ativo é a melhor fonte de informação diagnóstica.
- **Inteligência:**

Crianças com inteligência abaixo da média ficam provavelmente muito mais frustradas pelas exigências cada vez mais complexas impostas pela escola e pela vida. Assim, elas têm mais probabilidade de apresentar problemas de hiperatividade como resultado de frustração e não necessariamente decorrente de uma dificuldade temperamental. (Goldstein; Goldstein, 1994, p. 42).
- **Personalidade e desempenho emocional:** É necessário observar o nível de confiança das crianças; até que ponto elas acreditam que estão correspondendo às expectativas em relação às suas vidas.
- **Desempenho escolar:** Uma determinação precisa das habilidades escolares da criança, sendo considerada parte fundamental da avaliação.
- **Amigos:** A capacidade de conseguir amigos e mantê-los é um importante fator que determina o quanto a criança vai se sair bem ou mal em termos comportamentais ou emocionais no transcorrer da sua infância.
- **Disciplina e comportamento em casa:**

A maneira como os pais integram com a criança não necessariamente é a causa do TDAH, mas é um fator que determina o nível de gravidade dos problemas que a criança hiperativa tem em casa”. (GOLDSTEIN; GOLDSTEIN, 1994, p. 43).
- **Comportamento em sala de aula:** entende-se as percepções e observações do professor mediante a capacidade da criança em seguir regras e limites dentro da sala de aula e no panorama escolar.
- **Consulta médica:** O diagnóstico clínico é parte essencial no processo de avaliação.

Em nosso estudo, o TDAH possui diversas manifestações e apresentações como, idade, condições ambientais e características individuais, fazendo com que as crianças com TDAH constituam um grupo muito amplo, diverso e heterogêneo. Dessa maneira, elas irão apresentar demandas especiais para a avaliação, que precisam de uma abordagem multidisciplinar e da utilização de instrumentos de natureza distinta que pensem estas diferenças, a participação de especialistas de diversas áreas, com os relatos dos pais e professores (CONDEMARÍN et al, 2006). Nesse pressuposto, as autoras afirmam que:

Não se conta com um teste único ou com uma bateria de testes que permitam determinar a presença ou ausência do TDAH; portanto, trata-se de um diagnóstico clínico que se realiza a partir dos relatos dos pais e, especialmente, dos professores e da avaliação neurológica, que permite determinar a imaturidade ou as alterações no desenvolvimento da criança (CONDEMARÍN et al., 2006, p. 48-49).

Segundo Benczik (2002, p. 56), esse processo de avaliação diagnóstica pode ser realizado em quatro estágios, com objetivos e estratégias particulares, característicos de cada estágio, que são:

1º Estágio: O objetivo é determinar precisamente qual o comportamento evocado e o seu significado. Estratégias utilizadas: entrevistas com os pais, com o professor e com a criança; o uso de questionários e listas de checagem e a observação direta. **2º Estágio:** Serão identificadas as variáveis que conduzirão à solução do problema e o desenvolvimento de um plano de intervenção, mediante testes. O objetivo dos testes é avaliar a habilidade da criança em prestar atenção, planejar e se organizar, de modo a determinar se os interesses são devido a um déficit de habilidade ou desempenho e que variáveis mantêm o comportamento problema. **3º Estágio:** Mediante a avaliação, programar as intervenções necessárias e sua monitoração, e, se o plano está sendo cuidadosamente seguido. Essa avaliação inclui treinamento e/ou orientação de pais, de professores e da criança, acerca do que é o TDAH; psicoterapia individual; acompanhamento psicopedagógico e o tratamento medicamentoso, se necessário. **4º Estágio:** É o momento de reavaliação do problema, isto é, verifica-se se os objetivos da intervenção foram alcançados.

São muitos os motivos que demonstram a importância do diagnóstico e do tratamento do TDAH. Nesse sentido, elucida-se que o primeiro motivo para o tratamento é buscar impedir que a criança cresça estigmatizada como o “bagunceiro da turma” ou o “terror dos professores”. Por outro lado, o segundo é voltado para a criança, com o objetivo, que ela, não fique durante anos com o desenvolvimento prejudicado na escola e atrasado em relação aos colegas numa sociedade que tem se tornado cada vez mais competitiva. Ressalta-se que deve-se buscar minimizar as consequências futuras do transtorno, como a tendência ao uso de drogas, o que é frequente em adolescentes e adultos com o problema (KOCK; ROSA, 2011).

1.4- Possíveis Causas do TDAH

Diversos autores, como Benczik (2006), Cypel (2003), Condemarín et al (2006), entre outros, nos trazem, nos dias atuais, os conhecimentos voltados ao TDAH, e também não permitem definir uma etiologia necessária. O que nos chama atenção é a grande quantidade de hipóteses (etiológicas) coexistentes, sem que nenhuma delas seja satisfatória em todos os casos: genética, traumáticas, infecciosas, tóxicas, perinatais, familiares e emocionais, isso citando apenas as mais importantes. Entretanto, como nos demais distúrbios do desenvolvimento, existe também nessa condição toda uma pluralidade de fatores que poderão estar interferindo e nem sempre serão os mesmos para todas as crianças, eles se diferem” (CYPEL, 2003, p. 29).

Muitas declarações garantem que o TDAH é um transtorno com bases biológicas. Outras sugerem que o fumo, o álcool e os fármacos utilizados durante a gravidez ou a exposição às toxinas no meio ambiente, como o chumbo, podem ocasionar o TDAH. Por outro lado, existem estudos que apontam para uma base genética, pois este transtorno tem uma clara incidência familiar. Porém, como já foi destacado, não há dados concludentes demonstrando que qualquer desses elementos em separado pudesse ser o responsável pelo transtorno (CONDEMARÍN et al, 2006).

Nesse sentido, Benczik (2002) nos diz que a necessidade de ver o TDAH muito mais como um transtorno de adaptação, do ajustamento, da instabilidade atenta, da inconstância da atenção, da falta de habilidade social do que como uma doença definida, vai contra as pesquisas que George Frederick Still, em 1902, apresentava, nas quais defendia que esses comportamentos eram ligados a um “Defeito de Conduta Moral” (SILVA. 2003, apud, BENCZIK, 2002).

Atualmente é possível notar, que as exigências da sociedade por uma forma rotinizada de comportamento podem estar desencadeando ansiedade em indivíduos que não apresentam transtornos, quanto mais em pessoas hiperativas que são “incapazes” de ficarem quietas. Comumente, as crianças estão sendo sujeitas de forma precoce, a demandas similares às aplicadas a seus pais, como desempenho e produtividade, parecendo mini adultos, o que nos traz o questionamento onde fica o direito de serem crianças? E sua espontaneidade (LIMA, 2011).

Em suma, existem diversas questões que nos remetem a pensar, sobre como a sociedade contemporânea está agindo com as crianças, impondo atitudes e ações que elas

não conseguem realizar, mediante, estarem com o cérebro ainda em formação. Nesse sentido, o que nos faz pensar, nas crianças portadoras de TDAH, que já nascem com algumas alterações que as impossibilitam de gerir suas próprias dificuldades.

Conforme os autores, Rohde e Benczik (1999): “Os achados científicos têm indicado visivelmente, disfunção em uma área do cérebro conhecida como região orbital frontal em crianças e adolescentes com TDAH” (p.55). Os autores ainda pontuam que essa área do cérebro é a responsável pela “inibição do comportamento, pela atenção sustentada, pelo autocontrole e pelo planejamento futuro” (p.55).

Através dos conceitos, abordados acerca do TDAH, os autores Condemarín et al. (2006), Cypel (2003), Silva (2002), Benczik (2002), Rohde (1999) e Goldstein Goldstein (1994), entre as possíveis etiologias existentes na literatura, para explicar as causas do TDAH.

Uma das causas é a *Hereditariedade / Genética*, a qual de acordo com os autores Condemarín et al. (2006), Cypel (2003), Silva (2002), Benczik (2002), Rohde (1999) e Goldstein & Goldstein (1994), é a hipótese mais aceita atualmente. A autora Silva (2003) também pontua que “os estudos científicos indicam que os fatores genéticos exercem importante papel na gênese do TDAH” (p.177). Ela ainda acrescenta que isso foi verificado por meio de estudos epidemiológicos, que apresentaram uma maior incidência do transtorno em parentes de crianças com TDAH.

Haja vista, que muitos estudos buscaram explicar um fator genético como responsável pelo aparecimento do transtorno. O autor Biederman et al. (apud Condemarín et al, 2006, p. 32) demonstra que aproximadamente 20% a 32% dos pais de crianças com TDAH têm esse transtorno. Eles ainda enfatizam que outros estudos provam que os pais ou outros familiares (biologicamente vinculados a essa criança) têm maior predisposição a ter uma história de juventude ou de infância com TDAH.

Segundo Faraone et al. (apud Condemarín et al., 2006,) 57% das crianças com TDAH têm pais afetados com o transtorno. Já o autor, Cypel (2003, p. 29) esclarece que há uma maior incidência de TDAH em gêmeos monozigóticos do que em dizigóticos e. O autor ainda destaca que em 1989 Safer realizou um estudo, que demonstrou haver maior incidência de hiperatividade entre irmãos “completos” que em “meio-irmãos”.

Mediante estas comprovações sobre o TDAH, Condemarín et al. (2006) assegura que existe uma outra compreensão que confirma a hipótese genética: é a que o TDAH nas meninas requer uma carga genética mais alta para se expressar do que em meninos. Isso

justifica, por que alguns pais hiperativos não têm crianças hiperativas, enquanto pais normais têm crianças que apresentam problemas sérios” (GOLDSTEIN; GOLDSTEIN, 1994, p. 61), ou seja, muitos são os fatores que irão determinar se a criança será hiperativa.

Outra causa são os fatores não-genéticos (pré, peri e pós-natais), este por vez, por anos, esteve relacionado a algum tipo de lesão cerebral, por analogia, em pacientes que tiveram encefalite, ou seja, como nem todos os casos podem ser definidos por algum fator genético, alguns investigadores indicam a presença de anormalidades durante a gestação e o parto. Deste modo, nota-se que o uso de nicotina, álcool, drogas ou outros tóxicos, quando ingeridos durante a gravidez, podem ocasionar alterações em algumas partes do cérebro do bebê (LIMA, 2011). Estudos também demonstram que mães que fizeram o uso dessas substâncias no período gestacional têm mais chance de terem filhos com problemas de TDAH (BENCZIK, 2002).

Goldstein & Goldstein (1994) afirmam que nas décadas de 60 e 70, acreditavam que a hiperatividade era ocasionada mediante lesões que aconteciam durante o parto. Nesse sentido, os eventos relacionados ao parto, eram objeto de análise. Nesta perspectiva, o autor Topcewski (1999) afirma que contrações uterinas prolongadas e recém-nascidos com dificuldade para iniciar a respiração, apresentavam alterações no tecido cerebral, com repercussões no sistema nervoso, as quais, no futuro, poderão se tornar fatores determinantes das disfunções cerebrais. O autor Moreno (apud Condemarín et al., 2006, p.34) assegura que:

(...) crianças prematuras, ou com baixo peso ao nascer, que sofreram privação de oxigênio no cérebro, durante o parto, ou infecções neonatais possuem maior probabilidade de desenvolver problemas de conduta e hiperatividade. Entretanto, ele afirma que estudos que avaliaram o comportamento destas crianças por meio de “distintas etapas evolutivas”, deixaram claro que as complicações, antes e na hora do parto, não afetam igualmente todas as crianças prematuras ou com baixo peso ao nascer, entendendo-se então que esses problemas não são suficientes para explicar a futura existência de um TDAH.

Faz-se necessário, pontuar que *as disfunções neuroanatômicas*, também são consideradas causas do TDAH. Nesse debate, Condemarín et al, (2006) descrevem que algumas alterações na estrutura do cérebro podem vir a ocasionar o TDAH:

Foi comprovado que alterações em áreas pré-frontais (essenciais nos processos de atenção, controle de impulsos, organização e atividade sustentada dirigida a um fim) provocam falta de atenção, distraibilidade e incapacidade para inibir uma resposta. Foram descritas alterações no córtex pré-frontal, que provocam inquietação motora, na medida em que está cumpre uma função para a preparação dos movimentos voluntários, especialmente os que dependem de fatores externos, e também na supressão de respostas relativamente automática a alguns estímulos (CONDEMARÍN et al., 2006, p. 36).

Outra causa do TDAH são as *disfunções neuroquímicas*, que segundo Cypel (2003) mediante hipóteses há uma disfunção bioquímica relacionada aos chamados neurotransmissores, mais especificamente a noradrenalina e a dopamina, “cuja concentração estaria diminuída na fenda sináptica” (p.32). O autor esclarece:

A sinapse é o local ou o ponto de contato no qual um neurônio liga-se a outro para que ocorra a transmissão dos estímulos, e essa transmissão é promovida e facilitada pela presença da substância neurotransmissora. A baixa concentração nesse ponto faz com que os estímulos transitem de forma inadequada de um neurônio para o outro, havendo prejuízo na transmissão da informação (CYPEL, 2003, p. 32).

Apesar disso, uma das causas mais conhecidas, são os *fatores familiares / emocionais*, haja vista, que o peso etiológico dos fatores sociais e familiares no TDAH está relacionado, à falta de oportunidades para formar vínculos estáveis, o que tornar pior o prognóstico, mas não passa a ser a origem principal do problema (CONDEMARÍN et al., 2006).

Em decorrência dos fatores familiares/emocionais, Cypel (2003) acredita que eles são de grande importância na determinação e continuidade dos quadros de TDAH, e ainda afirma que os “compêndios médicos” dão pouco destaque ao aspecto, atribuindo assim todo o quadro a disfunções cerebrais e/ou bioquímicas. Outro fator que nos chama a atenção são as histórias desses casos em revistas e livros científicos, referindo-se tão-somente à criança e ao seu distúrbio de comportamento, sem considerar o meio em que a mesma vive. De acordo com Lima (2011) a criança vive em um mundo desalinhado, isolada, órfã e sem família, o que atribui à criança toda a responsabilidade pelo TDAH e seus sintomas.

Os elementos psicossociais e do meio ambiente têm sido investigados como uma das causas prováveis do aparecimento do TDAH. No entanto, foi encontrada pouca evidência para considerar os fatores psicossociais como causadores do TDAH; mas por outro lado, eles podem ser responsáveis por seu curso ou prognóstico, já que muitos problemas graves de conduta e autoestima estão relacionados com o meio ambiente. (CONDEMARÍN et al., 2006, p. 36).

O que podemos perceber, é que a criança com TDAH, por não contar com o suporte emocional da família e da escola, tende a ter seu transtorno acentuado. Nesse sentido, se a criança com quadro severo, tiver apoio emocional da família, irá evoluir de forma positiva, por meio de mecanismos para compensar suas áreas deficitárias e valorizando suas características positivas, junto com a escola. Para o autor Condemarín et al. (2006) “a atitude dos contextos familiar e escolar formam um fator psicossocial determinante para a maneira como a criança irá vivenciar suas dificuldades” (p.37).

Assim, se faz necessário destacar que tanto o contexto familiar quanto o escolar são de extrema importância nos casos de crianças com TDAH.

Outrossim, temos os *fatores causais*, como as doenças metabólicas, infecciosas ou mesmo degenerativas do sistema nervoso, e as intoxicações por chumbo. Também é definido como um dos fatores, o efeito causal dos traumatismos cranianos (CYPEL, 2003).

Enfatiza-se que, alguns mitos criados para explicar a etiologia da hiperatividade como os *aditivos químicos* usados na alimentação, entre os quais (corantes e conservantes e o açúcar), todavia, nenhum mostrou relação com o TDAH. Também temos a *associação causal entre deficiência de hormônio da tireóide e o TDAH*, assim como em relação à *influência da radiação* proveniente de lâmpadas fluorescentes no comportamento das crianças em sala de aula. Todavia, alguns estudos apresentam não existir nenhum nexo causal nos dois casos (CYPEL, 2003, apud LIMA, 2011, pág. 25-26).

Para Rodhe e Benczik (1999) é possível que exista algo errado com a estrutura do cérebro das pessoas portadoras de TDAH:

Os achados científicos têm indicado claramente a presença de disfunção em uma área do cérebro conhecida como região orbital frontal em crianças adolescentes com TDAH. Essa região é situada na parte da frente do cérebro. É uma das regiões responsável pela inibição do comportamento, pela atenção, pelo autocontrole e pelo planejamento para o futuro. A maioria das pesquisas tem demonstrado que existem alterações no funcionamento de algumas substâncias encontradas nessas áreas, chamados de neurotransmissores, que possuem a função de “passar informações” de um neurônio a outro (p.55-56).

Mediante a prevalência do TDAH, a autora Benczik (2002) destaca que isso depende de inúmeros fatores, incluindo a população avaliada, os métodos de estudo e os critérios diagnósticos. A autora também pontua, que não existe uma explicação científica, o que acontece é que em amostras clínicas os meninos são mais encaminhados para tratamento do que as meninas, pelo fato de desenvolverem problemas de conduta que incomodam mais os adultos.

E enquanto os pais subestimam a prevalência do TDAH, os professores tendem a superestimar. Nota-se assim que os educadores, na maioria das vezes, cifram o número de crianças com TDAH na idade escolar entre 15% e 20%. Essa afirmação é justificada pelo fato dos sintomas iniciarem cedo na vida da criança, tornando-se mais graves a partir do ingresso destas na escola, pois é durante o processo de ensino e aprendizagem que a criança irá precisar focar mais sua atenção durante as aulas (LIMA, 2011, pág. 28).

Diante do que foi abordado, os autores Rohde e Benczik (1999) apontam que existem algumas variações nos sintomas evidentes do transtorno, de acordo com a faixa etária, ou seja, em crianças de 3 a 6 anos, os sintomas são os de hiperatividade associada a dificuldades de tolerar limites e frustrações. Zagury (2003) complementa essa teoria, quando pontua que nessa faixa etária em grande parte das vezes, acontecem comportamentos inadequados, mas que não são prejudiciais, e destaca que as emoções ainda são muito fortes e pouco controladas na infância. Contudo, por outro lado, na idade entre 7 e 12 anos, ocorre uma combinação bastante variável de sintomas na área da distração ou desatenção, a hiperatividade e a impulsividade. Na adolescência (de 12 anos em diante), os sintomas mais aparentes são a desatenção e a impulsividade.

CAPÍTULO II - A criança com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no contexto escolar: desafios e estratégias do professor no processo de ensino e aprendizagem.

2.1 - Cenário Pedagógico X Criança Hiperativa

No ambiente escolar, os alunos que se distinguem, pelo comportamento, de outras crianças (não TDAH), por conseguinte são considerados como hiperativas e acusadas de “não prestar atenção”. No entanto, ocorre que as crianças com TDAH, não conseguem prestar atenção. Deste modo, o grande problema está na dificuldade de direcionar-se e centrar-se em um único objetivo ou uma atividade de cada vez. Porém, a impulsividade, a desatenção e o não respeito às regras podem ser próprios de sua fase de desenvolvimento (ANTONIOLLI, 2011).

Em nossa análise bibliográfica, foi possível perceber, que diversos autores afirmam que o TDAH é um distúrbio comportamental que inicia na infância e se caracteriza por uma dificuldade que a criança tem, de manter os níveis de atenção, concentração, impulsividade, inquietação motora e psíquica. A vista disso Lima (2011, pág. 27-28) nos fala que:

(...) o comportamento TDAH traz ao aluno, principalmente no início de sua vida escolar, problemas emocionais de rejeição, dúvidas quanto à sua capacidade intelectual, baixa auto-estima e várias outras situações que podem agravar seu quadro clínico. Isso acontece quando não se busca precocemente ajuda profissional, e também quando o professor não procura se conscientizar de que é preciso intervir com procedimentos adequados, a fim de minimizar não somente as dificuldades de um aluno com esse transtorno, mas também todo o ambiente de sala de aula que, estará se beneficiando desses procedimentos.

Durante o estudo, notou-se intervenções precoces, demonstradas pelos autores Rohde e Benczik (1999) que podem reduzir o impacto negativo que o Transtorno traz à vida das crianças, dos pais e dos próprios professores. Destacando que a criança com TDAH, “quando não tratada, apresenta experiências negativas de ordem social, pessoal, familiar, escolar, permanecendo durante a adolescência e a vida adulta” (p.63). Os autores ainda pontuam que cerca de 25 a 30% das crianças e adolescentes com TDAH apresentam problemas de aprendizagem, relacionados de forma secundária ou associados diretamente ao transtorno.

Nesses casos, a intervenção psicopedagógica é fundamental. É importante ressaltar que a maioria dos adolescentes com o transtorno são diagnosticados tardiamente. Logo, já existem lacunas de aprendizagem que necessitam ser abordadas por meio de um trabalho de reconstrução das habilidades e conteúdos (ROHDE; BENCZIK, 1999, p.65).

Como demonstrado, Rohde e Benczik (1999), essa reconstrução deve ser acompanhada sistematicamente por um profissional especializado, como um psicopedagogo ou fonoaudiólogo, considerando que o tratamento sintomatológico ou apenas o reforço de conteúdo não são suficientes para sanar os problemas de aprendizagem. Porém, em conjunto com esse atendimento psicopedagógico, o acompanhamento pedagógico, realizado pelo professor, também ajuda a prevenir novas lacunas na aprendizagem.

Deste modo, Goldstein & Goldstein (1994), destacam que para que haja uma reestruturação eficiente da classe escolar, em que existe um aluno hiperativo, é preciso que o professor defina objetivos para atender as expectativas dentro do limite das possibilidades e que seja possível mantê-las, de modo a levar em conta as necessidades desse grupo, como por exemplo, a criança com TDAH, precisa de uma atenção especial e mais minuciosa, um trabalho amplo, fazendo uma ponte entre casa/escola/terapia, porém, a desinformação de professores, diretores e toda uma equipe de apoio sobre a problemática do TDAH; classes lotadas, sem professores capacitados para acompanhar as crianças com TDAH ocasionam grandes dificuldades ao aluno com o transtorno.

Nesse pressuposto, Lima (2011, pág. 30), nos fala que:

É possível perceber pelo contexto da educação atual que essa questão de classes superlotadas está longe de ser solucionada. Na verdade, é coerente afirmar que esse é um dos maiores desafios que os professores enfrentam para que possa melhor lidar com a criança portadora de TDAH, pois muitas vezes o grande número de alunos não possibilita que eles desempenhem um trabalho mais específico e efetivo junto ao(s) aluno(s) com TDAH. Além disso, percebe-se também que na maioria das vezes as escolas não contam com espaço físico adequado, ou seja, muitos alunos em pouco espaço e, assim, a criança com

TDAH acabam não tendo o atendimento exclusivo ou específico e nem o espaço de que necessita. Por mais dedicado e comprometido que o professor seja e, portanto, faz o possível para desempenhar suas funções, mesmo assim chega um dado momento em que não depende somente desse professor, mas também dos pais, da equipe de coordenação e direção, que nem sempre dispensa o apoio necessário.

Segundo Rief (apud Rohde; Mattos, 2003 p.206), “é necessário alterar diversos aspectos no processo de ensino-aprendizagem do aluno TDAH, como o meio ambiente, a estrutura da sala de aula, os métodos de ensino, os materiais utilizados, o nível de apoio (...)”, enfim, alterações que possibilitem a criança hiperativa uma integração social mais ampla e adequada.

Compartilhando da mesma ideologia, Goldstein (2001) nos esclarece que o ambiente escolar “ideal” para a criança ou adolescente hiperativo deve ser organizado, ter regras claras, uma programação previsível, recompensas e punições consistentes. Assim, nota-se a necessidade de rotinas bem programadas, através de horário para os afazeres, trabalhos escolares, lazer e televisão, mediante regras claras e concisas de comportamento, que valem para o ambiente escolar e para o ambiente familiar.

De acordo com Lima (2011), para a criança com TDAH, o local específico, deve ter o mínimo de distração, deste modo, será ideal para garantir os afazeres escolares. Por outro lado, as punições devem ser concisas, imediatas e firmes, sendo preciso demonstrar controle sobre o ambiente (Zagury, 2003).

O aluno com TDAH, quando tem responsabilidade breve e frequente, se sente integrado ao meio. Deste modo é necessário que o professor se conscientize de que esses fatores ou intervenções, irão ajudar o aluno hiperativo e a sua dinâmica na classe (LIMA, 2011).

Em nosso estudo não podemos deixar de abordar, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) 9.394/96, a qual designa um capítulo específico à educação especial, especificando o papel e as obrigações das instituições sobre a adequação do ensino aos alunos com necessidades especiais, entre os quais os com TDAH. Apesar deste transtorno, não está citado especificamente, e incluído, visto que a criança com TDAH apresenta necessidades educativas especiais (RODHE e MATTOS, 2003, p. 200-201).

Vale destacarmos, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) 9.394/96, em seu artigo 59, nos diz que:

Os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com necessidades especiais:

- I – currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específica para atender às suas necessidades;
- II – terminalidade específica para aqueles que não puderem atingir o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências, e aceleração para concluir em menor tempo o programa escolar para os superdotados;
- III – professores com especialização adequada em nível médio ou superior para atendimento especializado, bem como professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns.

Assim, a possibilidade de flexibilidade na “implementação” de currículos adaptados, com processos de avaliação diferenciados e estratégias individualizadas, é prevista e incentivada pelo órgão regularizador, enfatizando que tais acomodações devem ser baseadas nas necessidades educacionais (acadêmicas) reais do aluno (LIMA, 2011, pág. 32).

2.2 -Fatores Importantes na Relação Professor x Aluno

Para abordarmos a relação do professor com o aluno com TDAH, é importante destacarmos alguns fatores necessários nesse processo, visto que o professor é responsável, por contribuir de maneira eficaz e competente na reintegração da criança portadora de TDAH nos grupos sociais. Haja vista que ele deverá desenvolver habilidades de relacionamento social, estimular o interesse para os estudos, valorizar seu aprendizado, elogiar seu esforço, as atitudes positivas, as qualidades que possui (RODHE; BENCZIK, 1999). Nesse panorama, destaca-se a relação professor x aluno.

Rodhe e Benczik, (1999) enfatizam a importância do papel do professor, entender que é preciso efetivar diversas intervenções até conseguir algum resultado positivo. Deste modo, o professor deve ter uma programação, que vise ter uma sala de aula “ideal” que atenda todas às necessidades e as possibilidades de cada aluno de forma coletiva e individual; bem como o conteúdo deve objetivar o desenvolvimento global do aluno e não apenas o aspecto cognitivo intelectual.

É preciso desenvolver uma visão maior do todo com o ser humano, que é composto por mente e corpo, tornando-se assim um indivíduo; a metodologia deve ser flexível, visto que os alunos são diferentes e apresentam ritmos diferentes (é interessante que o educador tenha conhecimento sobre os vários métodos de ensino, e assim aplicá-los quando houver necessidade); a avaliação deverá visar o nível de competência, o estilo de aprendizagem, como resolve as tarefas, interesse, esforço que faz para atender as demandas e solicitações do meio, bem como o de controlar o seu comportamento (...) as avaliações tradicionais muitas vezes refletem somente sua hiperatividade e se esquecem do seu potencial intelectual (Goldstein & Goldstein, 1994, p. 106).

Nesse contexto, o professor, além de outras características, deve ver na criança com TDAH “uma pessoa que tem potencial interesses particulares, medos e dificuldades, estando ele realmente preocupado e interessado em ajudá-la” (Mattos, 2001, p.93).

Os autores Mattos (2001), Rohde e Benczik (1999) reconhecem que o professor tem um papel importante no processo de aprendizagem e até na saúde mental de crianças e adolescentes com TDAH. Os autores recomendam que o primeiro passo para o professor é buscar o máximo de informações sobre o transtorno e manter contato de forma contínua com os pais, e não apenas nos momentos de crise. Deste modo, é necessário que o professor de sala de aula pondere sobre alguns fatores fundamentais e possa entender a importância deles, para ensinar os alunos portadores de TDAH, procurando aplicá-los, no grupo escolar como um todo, de acordo com as possibilidades, e que possa constatar que a sua aplicabilidade funciona em toda a classe e não apenas a um grupo de alunos hiperativos (CONDEMARÍN et al, 2006 e BENCZICK, 2002).

O autor Stainback (1999, apud SANTIAGO, 2009) destaca alguns desses fatores importantes no processo de ensino e aprendizagem do aluno com TDAH, como:

- Atuação do professor de maneira flexível e comprometida;
- Comunicação entre a família e a escola;
- Proporcionar ao aluno, uma metodologia que priorize objetivos claros, de forma estruturada e significativa;
- Ajuda para organizar seu material, orientar sobre a dinâmica do trabalho de grupo;
- Estratégias que proporcionem a interação social, com colegas e professores;
- A leitura;
- Ser sensível à condição do aluno.

O primeiro fator, refere-se a *atuação do professor de forma flexível e comprometida*, a qual demonstra vontade do professor de trabalhar com o aluno. Todavia, essa atitude demanda tempo, energia e esforço extra, levando em consideração que o aluno precisa ser escutado e apoiado pelos professores. Esse contexto acolhedor proporciona mais segurança à criança, que compreenderá o que é esperado dela em determinado momento. Assim, o professor consegue despertar no aluno a motivação, o interesse e a responsabilidade, mediante o estudo (STAINBACK, 1999, apud SANTIAGO, 2009).

Nesse viés, o autor Stainback (1999, apud SANTIAGO, 2009), aponta o segundo fator, *a comunicação entre a família e a escola* de forma constante. Haja vista que o sucesso do trabalho com os alunos com TDAH depende do apoio, cooperação e da comunicação

com os pais, sozinhos os professores, não conseguem, eles precisam do apoio e compromisso da família.

O terceiro ponto, se refere em *proporcionar ao aluno uma metodologia que priorize com objetivos claros, de forma estruturada e significativa*. Como esclarece Lima (2011, pág. 34).

(...) alunos com problemas de atenção e concentração necessitam de uma sala de aula bem estruturada. Isso não quer dizer que se trata de uma classe tradicional, séria, rígida, com estímulos auditivos e visuais restritos (cartazes, calendários e músicas). Na verdade, as salas de aula podem ser estruturadas de forma criativa, convidativa, estimulante e colorida, mas sem exageros. Os alunos com TDAH necessitam que se estabeleça uma comunicação clara, direta à sala de aula, de forma que compreenda regras e consequências. As atividades acadêmicas devem ser estruturadas em partes, além de serem executadas com o acompanhamento e orientação do professor que, por sua vez, deve proporcionar retorno sobre o trabalho feito.

Nesse pressuposto, o quarto fator, nos demonstra que os *alunos precisam de ajuda para organizar seu material, orientar sobre a dinâmica do trabalho de grupo*, principalmente no que diz respeito a tomada de decisões e nos períodos de transição. Deste modo, o aluno deve dispor de uma estrutura que intercale períodos de atividades e períodos tranquilos.

Em suma, o quinto fator, é apresentado como *estratégias que proporcionem a interação social, com colegas e professores*, de extrema importância para o aluno. Haja vista, que o professor pode atuar de forma criativa, atraente e oferecer atividades interativas, que mantenha o aluno envolvido o maior tempo possível e de forma significativa. Assim, para alcançar resultados satisfatórios, é preciso intercalar as atividades mais envolventes com as menos interessantes, evitando a prática de atividades monótonas e repetitivas (LIMA, 2011).

Um dos fatores, muito abordados na atualidade e *a leitura*, a qual deve ser incentivada de forma contínua, sendo realizada em voz alta. Salientando que este esforço deve ser recompensado, como reconhecimento de sua atuação, como por exemplo: sentar na cadeira do professor, apagar a lousa, levar recados, arrumar as carteiras.

Para Benczik (2002, p.87), é preciso usar todos os recursos disponíveis que podem tornar a aula mais dinâmica e significativa para o aluno, sem se restringir apenas à voz, quadro e giz. Podendo ser usados nas aulas, o computador, o retroprojetor, o giz colorido, a música, as atividades na biblioteca, no pátio ou ao ar livre, podendo estas ferramentas contribuírem de forma positiva para o desenvolvimento do aluno TDAH. O autor também ressalta que muitas dessas crianças aprendem melhor visualmente do que por meio de exposição oral.

Já o sexto fator pontua que *o professor deve ser sensível à condição do aluno*, impedindo constrangimentos e humilhações, sobretudo na frente de seus colegas de turma. Para melhor compreensão do autor Lima (2011, pág. 35).

O sentimento de fracasso é muito comum entre os alunos com TDAH, considerando a fragilidade de sua autoestima. O reconhecimento do esforço, da mudança de comportamento e a valorização da conduta correta da criança, e não apenas a atenção voltada para os erros, é uma forma de ajudá-los. Para crianças com TDAH, a preservação da autoestima é um fator primordial na busca pelo seu sucesso na vida. O comprometimento da autoestima é mais devastador do que o TDAH em si.

O professor, não deve desistir, de utilizar estratégias, técnicas ou metodologias, apesar de por vezes não darem certo, qualquer resultado positivo alcançado, vale o tempo extra e o esforço gasto. Segundo o autor Lima (2011), o professor deve compreender que não existe uma solução fácil para lidar com as crianças portadoras de TDAH na sala de aula, o importante é trabalhar visando o seu aspecto global, ou seja cognitivo, afetivo, social e motor, e usar as sugestões que melhor se ajustarem à realidade da instituição de ensino, nunca esquecendo que nesse processo de ensino e aprendizado, o aluno é o mais importante, mesmo aqueles hiperativos ou com alguma necessidade especial.

De acordo com Lima (2011), é inquestionável a importância do apoio, da paciência, persistência e busca da alteridade, entendimento e conhecimento para entender um ser humano com hiperatividade. Assim, espera-se que todos se dediquem para melhor ajudar o portador de TDAH valorizando sempre seu esforço para ser aceito, suas qualidades e atitudes positivas, pois, na verdade, eles se sentem tão frustrados quanto seus professores, quando não conseguem aprender.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim concluo, afirmando que este estudo buscou contribuir para uma melhor compreensão sobre o TDAH, considerando que ainda se trata de uma condição percebida, mas que não possui o devido entendimento nos dias atuais e no meio acadêmico. Assim é possível notarmos, que apesar de sua alta prevalência, principalmente no âmbito escolar, são patentes a desinformação e ao desinteresse, o que infelizmente leva muitos professores a confundirem esse transtorno com indisciplina ou falta de limites e algumas vezes o inverso: os pais confundem falta de limites com TDAH.

Nesse pressuposto, embora ainda não exista cura para o TDAH, é preciso enfatizar que um controle eficaz desse transtorno requer estudo e compreensão dele. Esta compreensão abrange a distinção daquilo que no comportamento hiperativo resulta da falta de capacidade de autocontrole, ou seja, o que de fato se refere ao transtorno e o que é procedente da desobediência, de falta de imposição e cumprimento dos limites determinados.

Deste modo, a pesquisa nos mostra que para contribuir na aprendizagem de um aluno com TDAH, os professores devem estar preparados para compreender, e, principalmente, perceber o mundo por meio dos olhos dessa criança portadora do TDAH.

Conforme as bibliografias e documentos pesquisados verifica-se que pessoas com TDAH estão sujeitas a serem estigmatizadas de incapazes, com sua autoestima rebaixada e com dificuldades em se relacionar socialmente, com as pessoas ao seu redor. Em razão de não terem a atenção sustentada, ficam sempre agitadas, mudam de interesse com facilidade e distraem facilmente, por estes motivos, estão sujeitas ao baixo desempenho escolar e, por conseguinte, problemas de socialização. Todavia, isso não pode ser aceito como regra.

Diante do aluno com TDAH, o professor desempenha papel importante no desenvolvimento, principalmente no que tange sua autoestima. É necessário reconhecer nesse aluno possibilidades de crescimento e sucesso, tanto no âmbito acadêmico como social como um todo, para que o transtorno tenha respostas positivas.

Outrossim, foi possível concluir que o sistema de educação atualmente, tem que ser de inclusão, ou seja, pessoas diferentes preenchendo os mesmos espaços, por meio da convivência e respeito. Por outro lado, esse sistema deve disponibilizar os atendimentos necessários para garantir o pleno desenvolvimento do aluno, além de possibilitar o trabalho do professor, ou seja, dá ferramentas e capacitações necessárias aos educadores.

Enfatiza-se a importância do trabalho integrado entre pais, criança portadora de TDAH, professores e outros profissionais, permitindo deste modo, que à criança com TDAH, possa incluir-se de forma organizada e estruturada em seu dia-a-dia, criando possibilidades de ter uma vida socialmente desejada e produtiva.

No entanto, infelizmente, a bibliografia voltada a esse tema ainda é muito escassa, visto que somada a essa escassez, que limita a compreensão do TDAH, ainda falta uma legislação que ampare o atendimento ao aluno com esse transtorno, considerando que não há garantias legais de atendimento especializado para ele. Nesse sentido, espera-se que esse trabalho possa ser referencial para outras pesquisas sobre o tema, e novos autores possam produzir novas pesquisas sobre essa temática, a fim de encontrarem soluções para as pessoas que sofrem com os sintomas do TDAH, bem como divulgar essa temática, objetivando levar o conhecimento dela, para outros educadores, facilitando assim o processo de aprendizado dos alunos com TDAH.

No decorrer de nosso estudo, buscamos apresentar, a falta de entendimento e compreensão relacionado a criança com TDAH, enfatizando a sua inserção na escola, momento este em que é notado os sintomas do transtorno. Todavia, nos deparamos, com diversas dificuldades, como: despreparo da escola para receber estes alunos; a falta de apoio dos professores e familiares; o preconceito por parte dos colegas e em alguns casos dos próprios professores; a falta de recursos e profissionais suficientes e a falta de capacitação dos professores para conseguirem identificar a doença e desenvolver o aprendizado com estes alunos.

O estudo também demonstrou as dificuldades de aprendizagem que mais se apresentam no processo de alfabetização, de crianças Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), como: dificuldade de concentração e a defasagem do desenvolvimento cognitivo, nas escolas, sobretudo nos anos iniciais, ressaltando o papel da escola, buscando subsídios para um novo horizonte frente a esse problema. Levando em consideração, que esta pesquisa poderá trazer contribuições para professores e pais, no sentido de auxiliar na aprendizagem das crianças com TDAH.

O autor Silva (2003) demonstra que as pesquisas têm enfatizado um número expressivo de diagnósticos feitos de forma errônea e descontrolados, em que a hiperatividade é se confunde com outros tipos de problemas, sujeitando algumas crianças ao tratamento inadequado e ineficiente, o que nos mostra o despreparo de um grande número de professores para trabalhar com alunos que apresentam TDAH.

Entretanto, nesse processo de alfabetização e socialização, o professor tem fundamental papel para auxiliar no diagnóstico do TDAH, mediante a hiperatividade que se evidencia no período escolar, quando é necessário aumentar o nível de concentração para aprender. Assim, é preciso que o professor tenha conhecimentos sobre o TDAH para identificar uma criança sem limites de uma hiperativa, visto que o portador do TDAH precisa ter na escola um acompanhamento especial, já que não consegue conter seus impulsos, tumultuando a sala de aula, a vida dos colegas e dos seus professores.

Deste modo, é preciso aplicar uma ação didático-pedagógica direcionada para esta criança, visando estimulá-la, levando em conta a sua falta de concentração, criando atividades diversificadas e desafiadoras para que não haja um comprometimento durante sua aprendizagem.

Neste embate, professor é o principal elo entre a família e o especialista, durante o tratamento do TDAH, pois seu papel não é o de dar o diagnóstico, mas sim o de elucidar aos pais que esta doença, se não for tratada, gera inúmeras complicações para seu portador no convívio social, levando-o a depressão, e em grande parte dos casos, a possível busca de drogas, a insatisfação e a infelicidade por gerar um conflito interno ao não conseguir atender as exigências de atividades banais do cotidiano, gerando rejeição pelos demais companheiros da escola, visto que é uma doença genética com consequências bem mais graves sobretudo para o aprendizado e para a socialização.

Por fim, destaca-se que a escola e a família, trabalhando juntas com o portador de TDAH, auxiliando no seu tratamento, na sua socialização e no seu aprendizado irão contribuir para o desenvolvimento pleno do educando.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAMINI, Karina Simon. **A inclusão do aluno com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade dos anos iniciais da rede municipal de Criciúma.** Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Curso de Pedagogia. Criciúma, 07 de dezembro de 2010.

ANTONIOLLI, Carina. **Projeto Político Pedagógico:** criança hiperativa. Disponível em: < http://www.ideau.com.br/upload/artigos/art_56.pdf>. Acesso em: 18 dezembro. 2021.

BENCZIK, Edyleine B. P. **TDAH:** Atualização diagnóstica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais – Adaptação Curriculares** Brasília: MEC/SEESP, 1998.

_____. **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica.** Brasília: MEC/SEESP, 2001.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica.** 4.ed. São Paulo: MAKRON Books, 1996.

CONDEMARÍN et al. **Transtorno do Déficit de Atenção:** Estratégias para o diagnóstico e a intervenção psicoeducativa. São Paulo: Planeta do Brasil, 2006.

CORREIA, Clarissa Tambara. **Transtorno de Déficit de Atenção E Hiperatividade (TDAH): Entre Diagnósticos e o Desejado Controle dos Corpos.** Centro Universitário UNIVATES. Curso de pedagogia Lajeado, novembro de 2014.

CYPEL, Saul. **A Criança com Déficit de Atenção e Hiperatividade:** Atualização para pais, professores e profissionais de saúde. 2. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, T.D. **Métodos de Pesquisa.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Projetos de Pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GOLDENBERG, Miriam. **A arte da pesquisa:** como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

GOLDSTEIN, S.; GOLDSTEIN, M. **Hiperatividade:** Como desenvolver a capacidade de atenção da criança. 7. ed. Campinas: Papirus, 2001.

HALLOWELL, Edward M.; RATEY, John J. **Tendência à distração:** Identificação e gerência do Distúrbio do Déficit de Atenção da infância à vida adulta. Tradução de André Carvalho. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

KOCK, Alice Sibile; ROSA, Dayane Dicionário da. **Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade**. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?420>>. Acesso em: 03 de janeiro. 2022.

LARA, A. M. B.; MOLINA, A.A. **Pesquisa Qualitativa: Apontamentos, Conceitos e Tipologias**. 2020.

LIMA, Francelina Alves de Oliveira. **Transtorno de Déficit de Atenção E Hiperatividade: Entendendo melhor a criança com TDAH, no contexto da escola pública**. Universidade aberta de Brasília. Brasília, 2011.

MATTOS, Paulo. **No mundo da lua: Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

Resolução CNE/CEB Nº 2, de 11 de setembro de 2011. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf>>. Acesso em 18 outubro. 2021.

ROHDE, Luís Augusto P. BENCZIK, Edyleine B.P. **Atenção/Hiperatividade: O que é? Como ajudar?**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

_____ ; MATTOS, Paulo e Cols. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SANTIAGO, Roberto Wagner Medeiros. **Hiperatividade e suas consequências na aprendizagem** (2009). Disponível em: <<http://analgesi.co.cc/html/t45086.html>>. Acesso em: 12 janeiro. 2022.

SILVA, Ana Beatriz. B. Mentas Inquietas: **Entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas**. 13. ed. Rio de Janeiro: Napades, 2003.

PETRY, Arlete dos Santos et al. **Hiperatividade: características e procedimentos básicos para amenizar as dificuldades**. Disponível em: <<http://www.smec.salvador.ba.gov.br/site/documentos/espaco-virtual/espaco-praxis-pedagogicas/DIFICULDADE%20DE%20APRENDIZAGEM/hiperatividade%20-%20caracteristicas%20e%20procedimentos%20basicos.pdf>>. Acesso em: 12 janeiro. 2022.

ZAGURY, Tânia. **Limites sem trauma**. 57. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

TOPCZEWSKI, Abram. **Hiperatividade: Como lidar?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.