**CONSIDERAÇÕES ACERCA DO COTIDIANO DE UMA SALA DE AULA COM EDUCANDOS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE-TDAH**

Larissa Rodrigues da Silva Venturim Cardozo

**RESUMO**: O objetivo desse artigo é pesquisar a realidade educacional das crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade -TDAH, quando se encontra no ambiente educacional, questões que perpassam a sala de aula e acabam envolvendo o aluno em situações mais complexas e desafiadoras. Pode-se dizer que o déficit de atenção e a hiperatividade são problemas do século XXI e que precisam ser olhados com total atenção, dentro da perspectiva de uma educação mais inclusiva. A falta de visão de muitos professores tem agravado cada dia mais esse quadro, à medida que os mesmos não promovem atividades, estratégias de trabalho que solucionem os problemas vividos em sala de aula**,** onde concluiu que o TDAH tem tomado grandes proporções nos ambientes educacionais, que é preciso estar atento a esta situação e agindo na busca de uma solução adequada, em que o aluno sinta-se assistido com todo apoio e possível compreensão para que este quadro seja revertido e consiga-se atingir o principal objetivo, a aprendizagem de todos os alunos.

Palavras-chave: Inclusão, Apoio Pedagógico, TDAH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

**RESUMEN:** El propósito de este artículo es buscar larealidad educativa de losniñoscon Transtorno por Déficit de Atención /Hiperactividad -TDAH, cuando se encuentra dentro del ambiente educativo problemas en aula y terminanenvolviendo al estudianteensituaciones más complejas y desafiante. Se puededecir que el déficit de atenciónconhiperactividad es un problema delsiglo XXI y debeanalizarsecon total atención desde laperpectiva de una educaciónmás inclusiva. La falta de visión de muchos maestros ha agravado cada dia más este marco, enla medida en que estas no promuevenactividades,estratégias que resuelvanlos problemas enel aula. donde concluyó que el TDAH ha tomado grandes proporciones en los ambientes educativos, que es necesario tomar conciencia de esta situación y actuar en busca de una solución adecuada, en la que el estudiante se sienta asistido con todo el apoyo y comprensión posible para que esta situación se invierte y se consigue el objetivo principal, el aprendizaje de todos los alumnos.

**Palabras Claves:** Inclusión, apoyo pedagógico, TDAH

**LISTA DE SIGLAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TDAH** | **-** | **Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade.** |
| **OMS** | **-** | **Organização Mundial de Saúde.** |
| **CID-9** | **-** | **Classificação Internacional das Doenças.** |
| **DSM-IV** | **-** | **Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo verificar a realidade educacional de crianças que apresentam supostos diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade - TDAH, fazendo relação com as bases teórico-metodológicas que sustentam as práticas pedagógicas relacionadas a elas. A realidade educacional dos alunos da Educação Infantil e de 1ª à 5ª séries nos traz a preocupação de entender como é feito o atendimento dessas crianças em seu meio escolar, em tempos de inclusão, muitas vezes não existem muitos recursos e que a falta de informação e preparo de pais, professores e profissionais de saúde, ainda são muito grandes.

Na expectativa de compreender melhor o que está ocorrendo com essas crianças, uma vez que elas são um desafio para todos, é que se propõe esse estudo. O artigo reconhece que existem muitas barreiras, as quais ainda não é de conhecimento e que é preciso entender para a escola acolher melhor essas crianças, pois elas possuem comportamento diferente ao das outras, diferenciando-se apenas no grau de intensidade em que aparecem os sintomas de falta de atenção e/ou hiperatividade/impulsividade em suas ações rotineiras.

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para Gil (1991), um bom pesquisador precisa, além do conhecimento do assunto, ter curiosidade, criatividade, integridade intelectual e sensibilidade social. São igualmente importantes: a humildade para ter atitude autocorretiva, a imaginação disciplinada, a perseverança, a paciência e a confiança na experiência. A pesquisa tem um caráter pragmático, é um “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos”.

Seguindo a fala de Gil (1991) o percurso metodológico definido para esse estudo quanto a natureza, é classificado como pesquisa básica, pois visa gerar conhecimentos que promovam debates sobre a realidade da temática abordada levando afuturas soluções dos problemas apontados. Quanto aos objetivos à pesquisa se classifica em exploratória. Segundo (Gil, 1991) este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema. A abordagem adotada para esse estudo é a qualitativa, valendo-se do que preceitua Minayo(2008) ao destacar que nesse modelo o importante é a objetivação, pois durante a investigação científica é preciso reconhecer a complexidade do objeto de estudo, rever criticamente as teorias sobre o tema, estabelecer conceitos e teorias relevantes.

**3 REVISÃO DE LITERATURA**

**3.1 TDAH e seu Percurso ao Longo dos Anos**

Há muito tempo se discute a respeito desses problemas na infância em muitas das grandes civilizações. Segundo Benczik (2000), o médico grego Galen foi um dos primeiros profissionais a prescrever ópio para a impaciência, inquietação e cólicas infantis. Mais ou menos em 1890, os médicos trabalhavam com pessoas que apresentavam danos cerebrais e sintomas de desatenção, impaciência e inquietação, como também indivíduos que apresentavam um retardamento sem histórico de trauma. Formularam hipóteses que esses comportamentos em indivíduos retardados era resultado de um dano ou lesão cerebral.

Em 1902, Still descreveu um problema em crianças como um “defeito na conduta moral”. Para ele a criança estava inabilitada a internalizar regras e limites. A manifestação de sintomas de inquietação, desatenção e impaciência foram por ele notificados como resultado de danos cerebrais, hereditariedade, disfunção ou problemas ambientais, manteve-se pessimista, acreditando que essas crianças não poderiam ser ajudadas, deveriam ser institucionalizadas com uma idade bastante precoce.

A partir de uma erupção de encefalite, naquela época, os profissionais de saúde observaram que havia um grupo de crianças fisicamente recuperadas das encefalites, mas que apresentavam inquietação, desatenção e que eram facilmente impacientes e hiperativas, comportamento esse que não parecia ser identificado antes da doença. Esses comportamentos foram vistos como causadores de prejuízos cerebrais causados pelo processo de doença, onde esse modelo de conduta foi descrito como uma desordem pós-encefalítica.

Charles Bradley, em 1973, trabalhava com crianças emocionalmente perturbadas em uma clínica psiquiátrica infantil e com elas experimentou medicações estimulantes. No mesmo ano, foi experimentado Benzedrina com crianças, onde pôde se observar uma notável diferença nas crianças em que se estavam administrando esse medicamento. Por algum tempo elas ficaram calmas, mais positivas, menos oposicionistas, prestavam mais atenção e pareciam aprender melhor.

Na segunda Guerra Mundial, pesquisadores tiveram oportunidade de estudar uma ampla variedade de prejuízos da guerra. Foi descoberto que em qualquer parte do cérebro que havia sofrido prejuízo poderia ocasionar desatenção, inquietação, impaciência. Essa pesquisa fez com que se concluísse que toda criança com estes sintomas teriam uma lesão cerebral.

Naquela época, Strauss e colaboradores (*apud* Goldstein e Goldstein, 1994) formularam a hipótese de que o principal problema dessas crianças era a distração. Para eles, se a distração fosse mantida em um mínimo essas crianças poderiam funcionar melhor.

Neste meio tempo ocorreu um grande uso de medicações psicotrópicas, associadas a algumas mudanças no currículo escolar e, em sala de aula, pelo professor, como retiradas de decorações excessivas, janelas fechadas etc.

Na década de 40, surgiu a designação de “lesão cerebral mínima”. A utilização desse termo apoiou-se muito nas evidências que demonstravam associação de alterações comportamentais, principalmente hiperatividade, com lesão do sistema nervoso central. Foi definido como um distúrbio neurológico, vinculado a uma lesão cerebral mínima.

As dificuldades para objetivar essas lesões provocaram mudanças nos focos das pesquisas, no conceito de diagnóstico e no tratamento de transtorno, onde surgiram denominações variadas. As mudanças na caracterização do distúrbio produziram certa confusão em relação à sua definição e denominação, como: a Hiperatividade, Lesão Cerebral Mínima, Síndrome Hipercinética e Distúrbio de Déficit de Atenção com Hiperatividade etc., como também seu prognóstico e formas de tratamento.

A partir de 1962, por alguns exames neurológicos, as hipóteses de lesão cerebral não se confirmaram. Abandonou-se, então, o termo “lesão” que foi substituído por “disfunção cerebral”. A síndrome foi então denominada “Disfunção Cerebral Mínima” (DCM).

A partir da década de 1960, surgiu a necessidade de definir essa síndrome como uma perspectiva mais funcional, dando ênfase à caracterização como síndrome de conduta e considerando-se atividade motora excessiva como sintoma primordial.

Na década de 70, a Classificação Internacional das Doenças (CID-9) manteve uma denominação semelhante – Síndrome Hipercinética.

Em 1980, o resultado de diversas investigações alterou o termo para Distúrbio de Déficit de Atenção. Foram ressaltados os aspectos cognitivos da definição da Síndrome, em especial déficit de atenção e a falta de autocontrole ou impulsividade. O DSM-III foi revisado em 1987, alterando o nome para Déficit de Atenção.

Já em 1993, o Código Internacional de Doenças (CID-10) mantém a nomenclatura como Transtorno Hipercinético.

O manual de Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, o DSM-IV[[1]](#footnote-2) em 1994, mudou a denominação para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, utilizando dois grupos de sintomas de mesmo peso para diagnóstico: a) desatenção e, b) hiperatividade/impulsividade.

Schechter (1982) refaz, em um artigo, o caminho percorrido por este conceito, identificando os movimentos, na medicina e mais especificamente na pediatria, envolvidos em suas diferentes fases. Nas duas últimas décadas, observam-se os movimentos contraditórios na história da hiperatividade. Em 1980, a Academia Americana de Psiquiatria tenta uniformizar esse conceito com a denominação única de Distúrbio de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade.

A medicina caracteriza a criança hiperativa como aquela que apresenta um conjunto variável de comportamentos inadequados, como movimentação física excessiva e despropositada, dificuldade para se concentrar em tarefas propostas, agressividade difusa e não justificada, associados à queixa de mau rendimento escolar. Com o passar do tempo, estas crianças, segundo o modelo médico, tenderiam a apresentar problemas de adaptação social, com comportamentos antissociais, dificuldades escolares, grande probabilidade a abuso de álcool e drogas, principalmente na adolescência. Propõe-se, como tratamento, o uso de medicamentos estimulantes e calmantes.

Desta forma, o modelo clínico ao definir o comportamento como sintoma de uma doença ou uma disfunção cerebral neutraliza ou ignora os conflitos a nível do sistema social. A proposta de medicalizar o problema constitui uma forma de controle social.

Nas escolas, o número de crianças com supostos sinais de TDAH vem aumentando conforme apontam os professores e a mídia. Nesse meio, a história da criança com sinais de hiperatividade é bastante conhecida por todos. Trata-se daquela criança que “não para quieta”, perturba a classe porque se levanta, mexe com os colegas, não consegue terminar as tarefas, é distraída e, frequentemente, uma criança agressiva. É comum os professores chamarem os pais e indicarem a necessidade de procurar o pediatra, neurologista ou psicólogo, para que seja feito um eletroencefalograma. Tenta-se encontrar alguma alteração neurológica que explique os distúrbios de comportamento.

O rótulo de “criança neurológica”, se por um lado, pode contribuir para uma aceitação maior também do professor, na prática tem servido para justificar o mau rendimento escolar, desestimulando o professor em trabalhar com aquele aluno (MACHADO, 2004). Com o tempo, voltam a se acentuar os problemas de comportamento, numa história cujo final é quase sempre a mudança sucessiva de escolas até a evasão escolar. Outro aspecto importante são as consequências em nível emocional sobre a criança, que também incorpora esse rótulo.

Na análise das causas que determinaram a disseminação do diagnóstico de TDAH na sociedade, Schechter (2000) ressalta o papel do médico, endossando uma visão organicista para a hiperatividade. Nos Estados Unidos, segundo ele, o pediatra obriga-se a intervir em um novo elenco de problemas trazidos ao consultório, que não se restringiam apenas aos aspectos referentes às doenças, mas sim a questões sobre o cuidado e a educação das crianças. O pediatra vem respondendo a essa nova demanda, utilizando basicamente o modelo médico tradicional.

A hiperatividade como uma síndrome clínica tem efeito reducionista, transformando um problema de comportamento inter-relacionado a questões sociais e emocionais, em um problema onde a medicalização é a sua solução. Por tais razões, torna-se crucial que as escolas se voltem para o aprofundamento das questões relativas a essa temática para pensar práticas pedagógicas que fortaleçam a inclusão dessas crianças.

3.2 Transtornos de déficit de atenção/hiperatividade: dos serviços de saúde para a sala de aula

É comum, encontrar nas escolas crianças tidas com Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH), sendo encaminhadas a serviços de saúde, que sem o conhecimento da realidade das escolas brasileiras, colaboram com as impressões dos professores, atentando/rotulando comportamentos provavelmente “normais”, em sua maioria, já que as estatísticas oficiais da Organização Mundial de Saúde é de 3 a 5% e o índice encontrado por pesquisadores nos últimos anos, nas escolas, tem girado de 15 a 18%.

Sobre esses dados, o olhar do artigo se volta para a falta de preparo de pais, professores, escola e sociedade que estão levando essas crianças a serem tidas como “especiais”, pois as que não se encaixam no padrão esperado, dentro da comunidade escolar, são tidos como “aluno problema”. Os professores se consideram despreparados e as famílias perplexas por descobrir que seu filho tem uma “doença”.

Na prática, o “transtorno” se configura como manifestações em grau excessivo de comportamentos usuais das crianças: falta de atenção, dificuldade de aprendizagem perceptivo-cognitivas dentre elas a aritmética, leitura, memória, problemas de comportamento, falta de maturidade devido a comportamentos impróprios ao que se espera em dadas situações, impulsividade, problemas de coordenação viso-motora, movimento corporal excessivo. Por isso, ele vem se tornando tão popular: na vida moderna, as pessoasestão ficando desatentas, porque são bombardeadas por muitas informações ao mesmo tempo; e hiperativas, porque é preciso dar conta de muitas coisas ao mesmo tempo.

*3.3 TDAH e seus possíveis fatores*

Uma outra linha de investigação aponta para os fatores socioambientais como determinantes. Dentre eles, pode-se citar o clima familiar, relacionamento entre os pais, determinados parâmetros educacionais, as condições de vida das crianças (espaços confusos e misturados, falta de organização, a ausência de regras), valores familiares, etc.

Mas, apesar de numerosas investigações se desenrolarem ao longo de quase um século, a polêmica persiste e falta evidência empírica que valide qualquer das teses acerca da etiologia do TDAH.

Qualquer programa de intervenção junto a essas crianças, na escola, deve considerar que, devido à própria caracterização do transtorno, a conduta disruptiva da criança torna frustrante para a professora sua relação com seu próprio oficio e redunda em um sentimento negativo e de aversão para com a criança, podendo se transformar em franca hostilidade. O resultado mais provável dos problemas advindos da relação com o professor são os problemas na aprendizagem.

Os estudos e as pesquisas que envolvem a área educacional são bem recentes e ainda mais escassos, especialmente em português. Seus enfoques, embora na área educacional, são enfoques médico-terapêuticos.

É justamente neste lugar, a escola, que se está espalhando esse "fenômeno epidemiológico", crescente, das crianças com algum comportamento de falta de atenção e/ou hiperatividade.

*3.4 O espaço da escola nesse processo*

Se considerarmos o lugar de destaque que a escola ocupa atualmente na sociedade, tornando-se importante instrumento para o desenvolvimento social e intelectual de todas as crianças, veremos que lá se abriga talvez a maior concentração de diversidade em um mesmo espaço físico.

A despeito do movimento inclusivo, é histórico o caráter excludente do sistema educacional brasileiro. A partir das discussões sobre inclusão, um novo realce passou a ser dado a questões como preconceito, estigma e, portanto, a exclusão ganhou ares de cientificidade e, agora, o aluno não é mais posto para fora da escola, ele é encaminhado aos serviços de saúde.

Então, com essa “nova” demanda escolar com tantas crianças distraídas e agitadas, é preciso pensar numa formação de professores que reflita sobre essas questões tão presentes nas salas de aula, mas não uma formação tecnicista, organicista. Uma formação que procure alcançar as crenças e os valores do professor, que tende a não “ver com bons olhos” essas crianças porque elas são desafiadoras, roubam o lugar de poder supremo do professor quando não querem ouvi-lo ou dar sua atenção a ele e, principalmente, quando não aceitam se submeter às suas regras. Essa é uma relação que tende a um desgaste imediato. Um aluno surdo ou com baixa visão, por exemplo, tende a suscitar no professor a compaixão; um com comportamentos ligados ao TDAH, desperta dúvida, tristeza e até mesmo a ira do professor.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O próprio desenvolvimento das ciências psicológicas e pedagógicas trouxe conhecimentos que estão se transformando em tentativas de "padronização" dos alunos e do que é esperado de seu desempenho acadêmico. Quem não se encaixa é "aluno problema", e todos esperam saber o que ele tem. Na verdade, mais importante do que saber o que ele tem, deveria ser conhecer suas necessidades educacionais - que tipos de adaptações seriam necessárias para "tratá-lo" na escola.

Essas são questões que justificam a existência desse trabalho porque há que se inserir, na formação inicial e continuada, discussões que permitam ao professor em formação, desconstruir a noção de TDAH como um transtorno ou doença que o aluno tem e pronto, isso é imutável e inerente ao aluno, faz parte dele, manifesta-se nele, nada à sua volta pode resolver isso a não ser um remédio.

E, ainda, há que se promover, nessa linha, uma formação-reflexão-ação que permita ao professor, num processo hermenêutico mesmo, desvelar suas concepções e valores sobre as crianças que apresentam comportamentos, supostamente ligados ao TDAH, para então se desprender de preconceitos e estereótipos que marcam, inconscientemente, sua prática pedagógica.

**4.1Discussão**

O número cada vez maior de crianças, apontadas pelos seus professores como tendo TDAH, mostra sinais de que alguma coisa vem acontecendo nas escolas. É a vida moderna que influencia a vida das crianças e as torna assim, ou a escola que não consegue dar conta dessas crianças com seus métodos tradicionais de ensino, ou é o transtorno que, mesmo sendo genético, sofre interferência do meio e se manifesta num número maior de casos, ou é a escola que agora não mais se permite excluir, diretamente o aluno, transferindo-o de uma escola a outra, e agora o transfere para os serviços médicos ou será um pouco de tudo?

O TDAH, como quadro patológico reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), poderia pelo menos, servir como um rótulo positivo, se é que isso seja possível. Mas, não é bem assim. Se há a suspeita de que o aluno tem o transtorno, ou seja, que ele não é desinteressado e sim desatento ou, que ele não é mal-educado e sim hiperativo, isso não se reverte nem antes, nem depois do encaminhamento, em uma mudança adaptativa para que ele possa ser melhor incluído. Eles simplesmente são encaminhados e espera-se que voltem adaptados/medicados.

Então, isso acende a questão: o diagnóstico é necessário para nortear o trabalho docente? O TDAH vem se tornando um rótulo facilmente aplicado a todas as crianças que apresentam algum comportamento disruptivo ou conduta não complacente.

Se faz necessário uma reflexão que deve calcar o caminho que faça da formação inicial ou continuada um momento para fomentar a busca de alternativas e/ou possibilidades de estratégias teórico-metodológicas de atuação para uma real inclusão dessas crianças.

Os pais, profissionais da saúde, educação e sociedade tem como dever compreender e ajudar essas crianças a encontrar formas de serem bem sucedidas e conseguir lidar com essas dificuldades no seu dia-a-dia.

Precisa-se permitir uma maior aproximação da condição de escolarização dessas crianças com supostos diagnósticos de TDAH.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TDAH tem tomado grandes proporções nos ambientes educacionais, por diversos fatores externos (amizades, meios de comunicação, etc.), as crianças se veem influenciadas e com isso acabam desenvolvendo um comportamento inerente ao habitual que o afetará durante todo o seu desenvolvimento enquanto ser humano.

É preciso estar atento a esta situação e agindo na busca de uma solução adequada, em que o aluno sinta-se assistido com todo apoio e possível compreensão para que este quadro seja revertido e consiga-se atingir o principal objetivo, a aprendizagem de todos os alunos.

Importante ressaltar que cada ser humano é único, precisando, desta forma, de um acompanhamento individual que busque uma melhoria em seu desenvolvimento no que diz respeito às estratégias e metodologias de trabalho. Também vale lembrar que toda a equipe escolar deve estar apoiando as propostas apresentadas para se obter um resultado satisfatório com esses alunos, reconhecendo suas dificuldades, mas incentivando-os a romper essas barreiras.

Quando se fala em apoio, desperta a importância da família na vida escolar desse aluno, ou melhor, não só desse aluno, mas de todos os discentes, tendo a sensibilidade de encará-los como crianças que precisam de uma “atenção especial” para superar essas dificuldades. Enfim, o desenvolvimento de um aluno com supostos sinais de TDAH depende da parceria entre toda a escola (profissionais), pais e profissionais de saúde.

**REFERÊNCIAS**

ALVES, Nilda. (org). **Formação de professores:** pensar e fazer. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1996.

BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni. **Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade:** atualização diagnóstico e terapêutica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

Caderno Cedes. **Fracasso escolar: uma questão médica?** 1ª edição, nº 15. Dez. 1985.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GOLDSTEIN, Sam; GOLDSTEIN Michael. **Hiperatividade**: como desenvolver a capacidade da criança. Tradução: Maria Celeste Marcondes. 4. ed. Campinas, SP: Papirus, 1994.

MACHADO, Adriana Marcondes; PROENÇA, M (orgs). **As crianças excluídas da escola: um alerta para a psicologia.** Psicologia escolar: em busca de novos rumos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MATTOS, Paulo. **No Mundo da Lua:** perguntas e respostas sobre transtorno de déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. 4. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2004.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2008.

PROENÇA, M. **A queixa escolar e o predomínio de uma visão de mundo.** In: MACHADO, A.M., PROENÇA, M. (orgs). Psicologia escolar: em busca de novos rumos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

ROHDE, Luís Augusto P.; BENCZIK, Edyleine B.P. **Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade:** o que é? Como ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

1. Denominação do DSM-IV (Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais – 4ª edição), da associação Americana de Psiquiatria. [↑](#footnote-ref-2)