

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES
FACULDADE DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES DE SÃO GONÇALO
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO**

Tatiana Barbosa de Oliveira Carneiro

**A Hiperatividade no contexto escolar:
pistas para sua compreensão a partir da literatura médica e educacional**

São Gonçalo – RJ
2011

Tatiana Barbosa de Oliveira Carneiro

**A Hiperatividade no contexto escolar:
pistas para sua compreensão a partir da literatura médica e educacional**

Trabalho monográfico apresentado à
Faculdade de Formação de Professores da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
como requisito obrigatório para a obtenção
do grau de Licenciada em Pedagogia.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Eveline Algebaile

São Gonçalo – RJ
2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CTC/C

[inserir ficha de catalogação]

Tatiana Barbosa de Oliveira Carneiro

**A Hiperatividade no contexto escolar:
pistas para sua compreensão a partir da literatura médica e educacional**

Trabalho monográfico apresentado à
Faculdade de Formação de Professores da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
como requisito obrigatório para a obtenção
do grau de Licenciada em Pedagogia.

Aprovada em: _____

Banca Examinadora:

Prof^ª Dr^ª Eveline Algebaile (Orientadora)
Faculdade de Formação de Professores da UERJ

Prof^ª Dr^ª Monica Dias Peregrino
Faculdade de Formação de Professores da UERJ

Dedicatória

Dedico exclusivamente ao meu marido Marcelo que me incentivou e me apoiou financeiramente ao longo da minha graduação. E que contribuiu para a realização de mais um sonho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus que sempre me guiou nessa jornada e que me permitiu chegar ao fim.

Agradeço a minha filha que em suas horas de sono, me ajudou no desenvolvimento da monografia.

A minha mãe que sempre me incentivou e me apoiou em mais essa caminhada.

E não poderia esquecer de agradecer à Professora Orientadora Eveline pela sua cordialidade em me atender na elaboração do trabalho, demonstrando uma expressiva generosidade e dedicação nesse momento da realização da minha monografia.

Saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção.

Paulo Freire

RESUMO

Esta Monografia tem o objetivo de discutir a hiperatividade, considerando sua caracterização na literatura médica, bem como seu debate na literatura educacional, em face dos impasses da escola, dos profissionais da educação e das famílias diante de situações de aprendizagem e convívio escolar entendidas como relacionadas à conduta hiperativa. Metodologicamente, apoiamo-nos em pesquisa bibliográfica, com síntese das principais questões e formulações encontradas sobre o tema, destacando dois principais eixos de abordagem do mesmo: a hiperatividade vista sob o ponto de vista médico e a presença da hiperatividade no contexto escolar. Dentre os autores utilizados para avançar na compreensão pretendida, destacamos, no caso dos estudos sobre a literatura crítica da hiperatividade na ótica médica, autores como Werner (2005), Barkley (2002) e Guarido (2006). No caso dos estudos voltados para a hiperatividade no contexto da escola e os desafios da prática docente, destacamos os estudos de Mattos (2008) e Espanha (2010). Concluímos reconhecendo a importância de pesquisas médicas e acadêmicas que contribuam para o conhecimento e enfrentamento dos problemas educacionais contemporâneos relacionados à questão do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade.

Palavras-Chave: Hiperatividade infantil; fracasso escolar; aprendizagem; desempenho escolar.

LISTA DE SIGLAS

DA/H	Déficit de Atenção / Hiperatividade
DCM	Disfunção Cerebral Mínima
DDA/H	Distúrbio de Déficit de Atenção / Hiperatividade
DSM IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV
LCM	Lesão Cerebral Mínima
TDA/H	Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade

SUMÁRIO

Introdução	11
-------------------------	-----------

Capítulo I – A hiperatividade na ótica médica

Revisão de literatura sobre:

1.1 - O que é hiperatividade?	14
1.2 - Como a hiperatividade foi sendo identificada e definida ao longo do tempo	17
1.3 - Qual a incidência da hiperatividade na população infantil e juvenil?	23
1.4 - Propostas de abordagem da hiperatividade do ponto de vista médico	24

Capítulo II - A hiperatividade no contexto escolar.

2.1 - Hiperatividade e fracasso escolar nas décadas de 1970 / 1980	27
2.2 - A literatura crítica a respeito da questão da medicalização dos alunos portadores de TDA/H	29

Capítulo III – Hiperatividade e desempenho escolar: conceituações, debates e desafios no contexto atual

3.1 – Diferenças, deficiências e os desafios de inclusão escolar	32
3.2 – Os desafios da prática docente frente à questão das relações entre hiperatividade e aproveitamento escolar	34

Considerações finais	39
----------------------------	----

Referências bibliográficas	41
----------------------------------	----

INTRODUÇÃO

O interesse pela hiperatividade, na construção desta monografia deve-se ao forte fascínio que este tema tem exercido na minha formação humana e intelectual. De certa forma, justifico meu interesse pelo tema: “hiperatividade no cotidiano escolar” levando em consideração a minha própria experiência profissional, pelo fato de ouvir e observar sempre professores rotularem determinadas crianças um pouco mais agitadas como hiperativas, sem pesquisar as possíveis causas da sua agitação ou até procurando um diagnóstico concreto que constatasse a hiperatividade. Essas questões sempre me incomodaram, no entanto, o que mais me incentivou a pesquisar este tema foi a experiência de ter por dois anos, em minha sala de aula, uma criança diagnosticada como hiperativa, usuária de medicamentos, mas que, por outro lado, observava que gostava de chamar atenção e que provavelmente só queria um pouco de carinho e atenção.

Durante o trabalho pedagógico desenvolvido com alunos “diagnosticados” com hiperatividade, em anos anteriores, e diante das dificuldades por mim enfrentadas, enquanto professora, bem como das crianças e de suas famílias, que nos víamos diante da “emergência” do discurso da “anormalidade”, da “diferença” em relação a outros comportamentos considerados pela escola como “normais”, incapazes de afetarem a “ordem” da instituição, comecei a me questionar: quais os fatores que levam a escola e os professores a “diagnosticarem” ou “aceitarem” o diagnóstico de uma criança como hiperativa?; ou ainda, como a instituição escolar “lida” com uma criança que recebe o diagnóstico de hiperativa?

Defendo a importância de se pesquisar este tema, pelos desdobramentos que ele oferece, já que isto nos proporciona a oportunidade de questionar conceitos como “normalidade” e “diferença”, e as próprias relações de poder que atravessam o espaço escolar, bem como de avançar na compreensão das dificuldades reais de alunos, professores e famílias, no processo formativo escolar, de modo a construirmos respostas verdadeiramente capazes de melhor orientar esse processo e seus resultados. Acredito que enquanto professores precisamos (ou é de nossa responsabilidade) acompanhar essas crianças, procurando intervir de forma coerente e significativa em seu processo de desenvolvimento e aprendizagem, esclarecendo melhor o assunto para outros educadores, que ainda acreditam que tem o “poder” de diagnosticar seus educandos.

Tendo essas questões como elemento motivador, desenvolvi a pesquisa aqui apresentada com o objetivo de demonstrar que o conhecimento da história e do conceito de hiperatividade pode ajudar a ter uma visão crítica diante do problema, desmistificando-o enquanto uma doença responsável pelo mau rendimento escolar. Pela extensão e complexidade do tema, optamos por limitar a pesquisa ao estudo de bibliografia de referência sobre o assunto, com destaque para dois eixos de abordagem da questão da hiperatividade: um primeiro eixo relativo ao conhecimento e às práticas médicas; e um outro eixo relacionado às problematizações desenvolvidas sobre o tema a partir dos desafios observados no contexto escolar.

O estudo consistiu na revisão de textos de referência sobre o assunto, com gradativa realização de sínteses que, posteriormente, serviram de base à organização da discussão do tema com vistas à redação dos diferentes capítulos desta Monografia. Na seleção dos textos, bem como na sistematização e discussão das questões por eles abordadas, buscamos priorizar os seguintes aspectos:

- a) No que diz respeito à literatura relacionada às abordagens médicas relativas à hiperatividade, priorizamos textos que nos ajudassem: a identificar aspectos relevantes da história da compreensão e intervenção médica relativos aos comportamentos identificados como denotativos de distúrbios passíveis de tratamento ou acompanhamento médico; a identificar conceituações que referenciam o debate do tema; a identificar as tendências contemporâneas de compreensão, diagnóstico e encaminhamento da questão.
- b) No que diz respeito à literatura relacionada à questão da hiperatividade no contexto escolar, priorizamos textos que nos ajudassem: a entender aspectos relevantes da história da compreensão, do debate e das práticas de abordagem dos chamados distúrbios de aprendizagem e de suas supostas relações com o fracasso escolar; as discussões contemporâneas sobre os impasses e desafios enfrentados por educadores e famílias diante da questão da relação entre hiperatividade, inclusão e aprendizagem no contexto escolar atual.

Dentre os autores que referenciam este trabalho, destacamos, no primeiro caso, Barkley (2002), Werner (2005) e Guarido (2006) e, no segundo caso, Mattos (2008) e Moysés (2008).

Na redação final desta monografia, esses temas ganharam a seguinte organização.

No primeiro capítulo, procuramos abordar os diferentes conceitos de hiperatividade, considerando como a hiperatividade foi sendo identificada e definida ao longo dos anos e como é feito o diagnóstico de uma criança portadora desse transtorno. Finalizamos com a discussão sobre a incidência do TDA/H na população infantil e juvenil e as diferentes abordagens sob o ponto de vista médico.

No segundo capítulo, relacionamos o debate do fracasso escolar ao debate sobre a hiperatividade, nas décadas de 1970 e 1980, e relatamos a tendência à medicalização do transtorno, desde então observada e ainda hoje muito presente na vida das crianças hiperativas.

No terceiro capítulo, abordamos os desafios da prática docente ao lidar com crianças que possuem diversas diferenças e deficiências.

Nas considerações finais, além de sintetizarmos o trabalho realizado, buscamos, a partir de nossa experiência docente, ao longo da qual tem sido possível observar a presença da questão da hiperatividade, refletir sobre as possibilidades de cada professor, apoiado pelo trabalho coletivo escolar, retomar o âmbito educativo escolar e a sala de aula como o centro de sua atuação e como lugar fundamental para que as dificuldades de inserção escolar e aprendizagem sejam acolhidas e encaminhadas, antes de tudo, como questão que não pode ser, a priori, tratada pelo lado clínico e medicalizador.

Acho importante registrar, por fim, que essa pesquisa realizada foi de grande importância para a minha prática docente, possibilitando-me compreender melhor o assunto. Espero que todas as questões aqui identificadas, sistematizadas e discutidas possam contribuir também, de algum modo, com consultas e estudos daqueles que reconhecem a importância do tema e se dispõem a avançar na sua compreensão.

Capítulo I – A HIPERATIVIDADE NA ÓTICA MÉDICA

1.1- O que é hiperatividade?

O termo Déficit de Atenção e Hiperatividade (DA/H) tem sido frequentemente utilizado para definir todo comportamento que foge do padrão estipulado pela escola, padrão este que se define pelo aluno responsável, quieto, atento, que participa das aulas quando solicitado e com ótimo rendimento escolar.

Hoje em dia, no campo médico, é um distúrbio muito estudado, que se afigura entre as principais reclamações relacionadas ao comportamento do aluno em sala de aula, mas até o momento não se definiu com precisão a principal causa desse transtorno. É necessário buscarmos definições, embora provisórias, de médicos e profissionais da saúde que vêm utilizando o termo para esclarecer o comportamento da criança.

Muitas dessas crianças quando chegam aos serviços de saúde podem ser diagnosticadas e recebem a medicação, mesmo que não se encontre alteração neurológica ou psíquica. Com isso, vemos a importância de incluirmos este distúrbio em diálogo com os profissionais da educação e da saúde.

Segundo Jairo (2005), a revisão da literatura coloca em evidência uma grande variedade de termos utilizados, ao longo da história, para classificar a hiperatividade como uma doença: lesão cerebral mínima (Strauss e Lehtinen, 1947); síndrome do impulso hipercinético (Laufer, 1957); disfunção cerebral mínima (Grupo de Estudos Internacionais de Oxford, 1962); reação hipercinética da infância (Associação Americana de Psiquiatria, 1968); síndrome hipercinética da infância (OMS, 1978); distúrbio deficitário de atenção – com ou sem hiperatividade (Associação Americana de Psiquiatria, 1980); distúrbio de hiperatividade por déficit de atenção (Associação Americana de Psiquiatria, 1987); transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (Associação Americana de Psiquiatria, 1993).

Temos alguns critérios médicos utilizados para diagnosticar os transtornos de déficit de atenção / hiperatividade (TDA/H), com isso vemos como necessidade

abordarmos e conhecermos a base histórica do próprio conceito, para depois estudarmos os critérios médicos utilizados como diagnósticos estudados e pesquisados.

Oficialmente também existem definições de distúrbios de aprendizagem, entre elas a proposta no Congresso by Advisory Committee on Handicapped Children (1969) e pelo National Joint Committee for Learning Disabilities (EUA, 1981), que consideram o termo genérico, pois envolve um grupo de diversos problemas que podem ser decorrentes de dificuldades na aquisição e no uso da audição, da fala, da leitura, e ainda as de origem social e emocional, ou de influências ambientais.

Segundo Johnson & Myklebust (1987) temos dois critérios para definir os distúrbios de aprendizagem. Onde o primeiro se refere às integridades gerais e o segundo, as deficiências na aprendizagem. Para os autores, as crianças que possuem dificuldades de ler, escrever, calcular; não são consideradas e enquadradas como deficientes mentais, pois não apresentam perturbações emocionais e déficit sensorial.

Por outro lado o D.S.M IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV, 1995) utilizou o termo transtorno de aprendizagem, incluindo fatores culturais e étnicos, como se toda a pessoa que divergisse culturalmente estivesse interligada em ser um “portador” do referido problema.

Cabe ressaltar aqui, que os critérios definidos pelo DSM-IV são questionados e criticados por pesquisadores. São critérios limitados e trouxeram desvantagens, sendo uma delas quanto ao próprio sistema, que realizou grande fragmentação nos quadros clínicos dos transtornos mentais fazendo com que muitos pacientes recebessem ao mesmo tempo vários diagnósticos.

Segundo o neurologista Cypel (2003), O DA/H caracteriza-se por apresentar-se como um quadro sindrômico, sendo sua conceituação atribuída à manifestação de comportamentos de desatenção, de hiperatividade e impulsividade.

O termo vem se configurando como um rótulo para todo comportamento entendido como inquieto e desatento, percebemos que as crianças com TDA/H correm maiores riscos de apresentar problemas de conduta, de aprendizagem, deserção escolar, e outros problemas psicológicos do que as outras crianças da sua idade.

Depreendemos dessas formulações que o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, ou TDAH, é um transtorno de desenvolvimento do autocontrole, que observamos na criança uma grande dificuldade de controlar o seu impulso e na

realização de suas atividades. Esses fatores são refletidos em prejuízos na vontade da criança ou em sua dificuldade de controlar seu comportamento relativo à passagem do tempo.

Ressaltamos que o TDAH não se trata de um estado temporário, uma questão de criança desatenta ou com uma grande quantidade de energia. Não é causado por uma falta de disciplina ou falta de limite que os pais não observaram ao longo dos anos.

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é um transtorno real, um problema muito conhecido, debatido e estudado ultimamente, pelo fato de vermos crianças cujos problemas com atenção, superatividade e falta de inibição atingem certo nível de incapacidade em seu desenvolvimento e controle.

Segundo Barkley (2002) para alegar que o TDAH é um transtorno comportamental real, em estudos muitos cientistas precisam demonstrar que: (1) ele aparece cedo no desenvolvimento de uma criança; (2) observam-se com nitidez as diferenças dessas crianças de crianças normais ou daquelas que não possuem esse transtorno; (3) é relativamente difuso ou ocorre em meio a diferentes situações cotidianas, embora não necessariamente em todas elas; (4) afeta a capacidade da criança de responder satisfatoriamente as demandas típicas solicitadas para sua idade atual; (5) é persistente durante o período de desenvolvimento; (6) não é facilmente explicado por causas puramente ambientais ou sociais; (7) está associado a anormalidades no funcionamento ou desenvolvimento do cérebro, o que significa que existe uma falha ou um déficit no funcionamento da capacidade mental própria de seres humanos que não possuem esse transtorno; (8) e está relacionado a outros fatores biológicos que podem alterar o funcionamento e desenvolvimento do cérebro.

A partir das definições abordadas ao longo do capítulo, acreditamos que o TDAH consiste em três problemas primários na capacidade de uma criança controlar o seu comportamento: dificuldade em manter a sua atenção, controle ou inibição do impulso em atividades excessivas.

1.2 - Como a hiperatividade foi sendo identificada e definida ao longo do tempo

Na década de 1980 a 1990 muitas crianças que apresentavam um problema de natureza orgânica recebiam um diagnóstico de distúrbio de aprendizagem, onde o conceito era pautado em um pensamento médico que se referia a uma doença individual de natureza orgânica, que não poderia ser confundida com incapacidade de aprendizagem.

Segundo Werner (2005), a hiperatividade era relacionada a uma doença, que foi descoberta no Brasil via literatura norte-americana, principalmente a partir dos anos 60 e 70. Nessas décadas, iniciou-se nos Estados Unidos a formação e a expansão de um campo específico voltado para o diagnóstico e o tratamento dessas crianças que apresentavam diversas dificuldades escolares.

De acordo com Werner (2005), segundo um panfleto da Fundação Americana para Crianças com Distúrbio de Aprendizagem estimava-se, em 1985, que mais de dez milhões de crianças americanas sofriam deste tipo de problema.

Nos anos sessenta, o termo médico para a hiperatividade e problemas de aprendizagem era conhecido como Disfunção Cerebral Mínima (DCM), conceito este que se popularizou nos Estados Unidos e desde então tem sido responsável pelo encaminhamento de crianças para os programas clínicos específicos.

Segundo Guarido (2006), no final do século XIX e início do século XX se tem pressuposto a possibilidade de mensuração empírica e de construção de categorias universais sobre o homem, especialmente seus comportamentos, as vicissitudes de seu desenvolvimento e de sua adaptação; representados pelas produções teóricas da medicina e da psicologia; por outro lado, um conjunto de práticas terapêuticas e educativas, o que percebemos e reconhecemos como um conjunto de técnicas que vemos surgir ao longo do período para dar conta daquilo que teoricamente surgiu.

A mudança do século XIX ao XX foi o momento fundador dos conjuntos importantes de teorias sobre o homem e seus sofrimentos, como a formalização dentro da

medicina de medidas higiênicas e da psiquiatria da criança e a psicologia do desenvolvimento. Apareceram dois discursos, a psicologização da escola e a medicalização dos discursos.

No início do século XX tivemos um conjunto de informações para realizarmos procedimentos no interior da escola e das famílias, ordenando práticas escolares e de controle familiar com objetivo de reduzir os termos teóricos, tais como prevenção, saúde, bem estar e a produção de indivíduos saudáveis e capazes. Nesse período, se insere nesse contexto o desenvolvimento da psicometria, a definição de um termo teórico como o quociente de inteligência, que permitiu não somente uma classificação das crianças e jovens em torno de uma curva de normalidade, bem como legitimou toda uma divisão na escola, tal como as formas especiais de educação e a exclusão de algumas crianças no contexto escolar.

As influências desse início de século estão muito presente nos dias de hoje pelo fato de haver uma diferenciação na forma de ensino para essas crianças, que muitas das vezes nem têm a oportunidade de acessar e fazer parte da comunidade escolar.

Nas primeiras quatro décadas do século XX, Kanner (1971), ao historiar a psiquiatria da criança, defende as contribuições de diversas disciplinas para a formação de seu campo, bem como as diversas práticas que individualizam os cuidados das crianças deficientes ou desadaptadas socialmente. Percebemos que o autor defende a individualização dos cuidados voltados a essas crianças.

O termo foi oficialmente mudado em 1994 para Déficit de Atenção/Hiperatividade, onde temos a compreensão de que o problema pode ocorrer com ou sem componente de hiperatividade. Tem como característica principal um padrão de desatenção, e mais frequentemente observado em crianças de mesma idade que estão no mesmo nível de desenvolvimento.

O estudante com este transtorno acaba acarretando diversas dificuldades na escola, como o convívio e a interação com os colegas harmoniosamente, em prestar atenção, em permanecer por muito tempo sentado, começar e terminar uma mesma tarefa, produzir um trabalho consistente, sendo também percebidas dificuldades no âmbito familiar e social, com conflitos de ordem comportamental e psicológica.

A partir dos acúmulos das pesquisas e práticas no campo médico, alguns procedimentos clínicos vêm se consolidando. Alguns desses procedimentos compõem as práticas de diagnóstico.

Como bem sido feito os quadros nosológicos das doenças mentais na infância tem se dado a partir dos quadros dos adultos, e o debate de seu surgimento foi bem próximo ao da psiquiatria geral.

Nas estatísticas epidemiológicas, percebemos encaminhamentos das crianças a neurologistas e psiquiatrias infantis, feitos em grandes números nas escolas, bem como a busca de informações sobre os novos quadros nosográficos, pelos professores e pela equipe escolar. Com isso, temos a educação pautada no discurso do especialista que diagnosticará a criança.

O TDA/H está associado a um grande número de comorbidades. A pesquisa realizada por Newcorn e Halperin (2000), descreveu as seguintes prevalências: transtorno opositivo – desafiador e transtorno da conduta (35 a 65%); depressão (15 a 20%); transtornos de ansiedade (25%); transtorno de aprendizagem (10 a 25%); e abuso de drogas (9 a 40%). Podemos analisar que diversos fatores podem contribuir para obter o diagnóstico de TDA/H.

O modelo de diagnóstico empregado para avaliar tais transtornos não oferece visibilidade para a construção de indicadores sobre os sentidos subjetivos constituídos pela pessoa na condição de “problemático”, de “desajustado”, dentre outros termos baseados em um único padrão de referência de sujeito, sociedade e educação.

A partir do diagnóstico de TDA/H, nos últimos cinquenta anos temos a medicalização muito presente, onde o uso dela em crianças chama a atenção por termos a infância considerada como um tempo de cuidados e preservação.

Vemos que o diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade deve obedecer aos critérios do DSM-IV (1995, p. 82-83) que se seguem.

- Alguns sintomas de hiperatividade e impulsividade ou desatenção devem ter início antes dos sete anos, manifestar-se em mais de um ambiente, por exemplo, casa e

escola, e estar presentes há mais de seis meses, sendo incompatível com o nível de desenvolvimento.

- O quadro causa significativas dificuldades ou impedimentos no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
- Exclui-se o diagnóstico, quando os sintomas ocorrem apenas no curso de transtornos invasivos do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, ou quando os sintomas enquadram-se melhor em outro transtorno mental (por exemplo: transtorno de humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo ou transtorno de personalidade).

No que se refere à desatenção, devem estar presentes pelo menos seis sintomas apresentados no quadro abaixo.

Quadro 1

CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE

DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

(Desatenção)

- (a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
- (b) com frequência tem dificuldades para manter atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- (c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- (d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);
- (e) com frequência tem dificuldade de organizar tarefas e atividades;
- (f) com frequência evita, antipatiza ou recusa envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
- (g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex. brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);
- (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
- (i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

Fonte: DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 1995. Apud Werner, 2005, p. 112.

No que se refere à hiperatividade e impulsividade, devem estar presentes seis dos sintomas, apresentados no quadro 2.

Quadro 2
Critérios Diagnósticos Para Transtorno de
Déficit de Atenção/Hiperatividade
(Hiperatividade/Impulsividade)

<ul style="list-style-type: none"> • Hiperatividade <p>(a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;</p> <p>(b) frequentemente abandona sua cadeira na sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;</p> <p>(c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isso é inapropriado (em adolescentes e adultos pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);</p> <p>(d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;</p> <p>(e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”;</p> <p>(f) frequentemente fala em demasia;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impulsividade <p>(g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;</p> <p>(h) com frequência tem dificuldade de aguardar sua vez;</p> <p>(i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras).</p>
--

Fonte: DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 1995. Apud Werner, 2005, p. 113.

O transtorno de déficit de atenção apresenta quatro classificações diagnósticas onde a primeira é do tipo combinado quando além dos critérios gerais, os itens de desatenção e hiperatividade são satisfeitos; a segunda é do tipo predominantemente desatento quando além dos critérios gerais, o item de desatenção é satisfeito; a terceira é do tipo

predominantemente hiperativo-impulsivo quando além dos critérios gerais, o item de hiperatividade-impulsividade é satisfeito; e a quarta não apresenta outra especificação quando há presença de sinais de desatenção ou hiperatividade e impulsividade, mas não satisfazem os sinais exigidos para a síndrome.

Analisando os quadros 1 e 2 percebemos que estão presentes os comportamentos que constituem o critério de diagnóstico do chamado TDA/H. Esses comportamentos segundo o DSM-IV são classificados em dois grupos de sintomas o da desatenção e o da hiperatividade/impulsividade.

A desatenção é considerada para a maioria dos autores, o sintoma central da síndrome, ou seja, o núcleo primário do TDA/H, que junto a falta de controle do impulso, seria o fator determinante dos problemas relacionados a essa síndrome.

Em síntese, ao longo dos últimos cinquenta anos, os TDA/H na infância passaram a ocupar lugar de destaque na literatura médica e na vida social – regulada por uma tipologia do sujeito “hiperativo e desatento”, cujas repercussões se fazem sentir, em especial, por meio de fraco desempenho escolar e desajustamento social. Sobressai, entretanto, o fato, de que, despeito de as antigas e novas hipóteses sobre os TDA/H não apresentarem contornos mais definidos, isso não afeta a credibilidade científica e social do diagnóstico. (WERNER, 2005, p. 113).

Percebemos que ultimamente temos diversos profissionais da área da educação que ao se depararem com os sintomas do TDA/H acabam diagnosticando os educandos como possuidores dessa síndrome. Vale ressaltar que esses diagnósticos impostos pelos professores acabam dificultando o ajustamento social, emocional e acadêmico da criança e do adolescente.

1.3 - Qual a incidência da hiperatividade na população infantil e juvenil?

Segundo Mattos (2008), acredita-se com base em diferentes estudos realizados em várias regiões do mundo, inclusive no Brasil, que a prevalência do TDA/H varia de 5% a 8% das crianças. Entre a população juvenil varia de 1,5% a 4%. Hoje em dia, dificilmente uma pessoa não conhece uma criança que possua esse transtorno. Isso nos deixa claro que esse transtorno está muito presente nas crianças do Brasil.

Escutamos falar que o TDA/H é mais comum em meninos do que em meninas. Entretanto, quando são feitas pesquisas na população em geral, concluímos que parece existir o mesmo número de meninas e meninos. Porém, a forma predominantemente hiperativa/impulsiva parece ser mais comum no sexo masculino, pelo fato dos meninos serem mais agitados e inquietos, sendo, então, encaminhados por seu professor para uma avaliação médica. Por isso, quanto mais são encaminhados, mais são diagnosticados.

Percebemos que quando há casos em meninas, é porque parecem apresentar uma desatenção nas aulas, mas não pelo fato de atrapalharem o rendimento da turma. Com isso, raramente são encaminhadas para uma avaliação, com isso acabam passando a vida toda com o TDA/H e não são diagnosticadas.

Cabe ao professor observar atentamente cada aluno, caso tenha alunos com TDA/H o educador deverá dar um tratamento diferenciado, e sempre motivá-lo para conseguir o desenvolvimento máximo de suas capacidades.

O tópico que aborda a incidência da hiperatividade na população infantil e juvenil foi comentado com poucos dados, porém identificamos na literatura crítica do campo educacional, sérias problematizações da tendência a se tratar de qualquer diferença comportamental dos alunos, especialmente nas escolas de classes populares, como se fosse indício de algum distúrbio que requeresse intervenção médica. As críticas nessa perspectiva ressaltaram, assim, a tendência à medicalização do fracasso escolar. Mas este é um assunto que trataremos de forma mais aprofundada na parte II deste trabalho.

1.4 - Propostas de abordagem da hiperatividade do ponto de vista médico

A hiperatividade é um distúrbio de comportamento diagnosticado frequentemente em crianças e está muito associada ao fracasso escolar. Atinge de 3 a 5% das crianças em idade escolar e persiste até a vida adulta, em 30 a 50% dos casos com uma expressão maior em desatenção.

Segundo Barkley (2002), 44% dos pacientes diagnosticados com TDAH apresentam outra comorbidade psiquiátrica; 32% apresentam duas; e 11%, três. Somente 13% apresentam TDAH puro. É considerado de grande impacto na sociedade devido ao estresse que causa à família, às dificuldades acadêmicas e relacionadas que a criança com o transtorno apresenta, além do sentimento de baixo estima.

No caso das crianças após serem diagnosticadas com TDAH, o tratamento envolve vários aspectos que são complementares; como a confirmação do diagnóstico e avaliação de outros diagnósticos associados, que deve exigir o parecer de um especialista da área da saúde; devemos estimular o conhecimento mais detalhado do transtorno, indicando livros, sites que abordam melhor o tema para os pais; o uso de medicamentos; a orientação aos pais, incluindo as modificações do ambiente de casa e aconselhamento de como lidar com esse transtorno e a orientação à escola, procurando levar para a instituição o laudo emitido pelo médico que trata o paciente.

Se o diagnóstico de TDAH estiver claro, ou seja, se há desatenção, hiperatividade e impulsividade que causam problemas significativos na escola, no ambiente familiar e no convívio com outras pessoas. Muitos médicos acabam optando para o tratamento medicamentoso. Muitos pais acabam se preocupando em administrar um medicamento ao seu filho, ainda mais um remédio de receita controlada.

Atualmente, os médicos tendem a tratar as doenças com base nos resultados de diversas pesquisas realizadas ao redor do mundo. Essas pesquisas são feitas por muitos estudiosos, cada qual interessado no seu tema a ser pesquisado. O grupo de pesquisadores após passarem diversos anos estudando a cerca do assunto se reúne em consensos e informam as principais conclusões acerca do assunto, para que todos tornem conhecimento

delas. A ideia de usar medicamentos nos casos de TDAH é um consenso entre os especialistas pesquisadores.

Ao abordamos as informações sobre o grupo de pesquisadores, concluímos que os benefícios do medicamento são muito maiores que os eventuais riscos para o portador de TDAH.

Segundo Mattos (2008), o aluno portador de TDAH possui uma diminuição da quantidade de dopamina e noradrenalina em determinadas regiões do sistema nervoso central, mais especificamente nas regiões que controlam os impulsos, os níveis de atenção e de atividade motora. Uma regulação deficitária nos sistemas de dopamina e/ou noradrenalina parece estar envolvida no aparecimento dos sintomas de TDAH.

A maioria das pesquisas que foram realizadas demonstrou que o uso de medicamentos é a forma de tratamento mais eficaz. A medicação de primeira escolha é o metilfenidato e os derivados dos anfetamínicos. Esses inibem os impulsos, aumentando a vigilância, o controle motor e a capacidade da memória operacional. Deve ser indicado por médico (neurologista, psiquiatra infantil ou pediatra) e usado diariamente durante o período escolar ou a critério médico.

Os medicamentos não curam o TDAH, eles ajudam a normalizar os neurotransmissores enquanto estão sendo tomados. Com o passar do tempo, todas as pessoas acabam desenvolvendo a capacidade de prestar mais atenção, controlar o comportamento, administrar as deficiências pessoais e etc.

Segundo Mattos (2008), alguns indivíduos com diagnóstico do TDAH na infância não apresentam sintomas significativos quando adultos, entretanto, demonstram que o transtorno desapareceu.

Sabemos que o tratamento precoce pode diminuir as consequências emocionais negativas e as dificuldades na escola, a baixa auto-estima e a má adaptação social. Percebemos que através do diagnóstico feito ainda quando criança poderá ocorrer à diminuição do impacto do TDAH na vida de quem é portador do transtorno.

Constatamos que a melhor maneira de ajudar as crianças com dificuldades de atenção é por meio de um diagnóstico preciso e até mesmo por meio de um projeto

pedagógico que estimule a criatividade e os focos de interesse do aluno, abrindo um leque de oportunidades para o vínculo que ele irá construir com a aprendizagem escolar. Porém este é um assunto que abordaremos de forma mais aprofundada na parte III deste trabalho.

Capítulo II - A HIPERATIVIDADE NO CONTEXTO ESCOLAR.

2.1 – Hiperatividade e fracasso escolar nas décadas de 1970 / 1980

De acordo com autores como Moysés e Colares (1992), Werner (2005) e Moysés (2008), a hiperatividade é um distúrbio considerado uma “anormalidade patológica por alteração violenta na ordem natural”. O uso dessa expressão tem se expandido de maneira assustadora entre professores e, embora a maioria não consiga explicar seu significado claramente, quando a utilizam se referem comumente a uma doença e um problema localizado no aluno e ligado ao fracasso escolar.

As primeiras descrições médicas sobre o TDA/H apareceram no início do século XX, mas é a partir da década de 1970, principalmente no contexto norte-americano, que após a epidemia de encefalite letárgica, chegou-se à conclusão que o comportamento atípico, basicamente a inatenção e hiperatividade, exibido pelas crianças sobreviventes, poderia ser provocado pela doença, que, então, passou a ganhar destaque nos diagnósticos das crianças e adolescentes em processo de escolarização.

Em 1940, surgiu a designação “Lesão Cerebral Mínima” (LCM) que, na década de 1960, teve sua denominação modificada para “Disfunção Cerebral Mínima” (DCM). Ambas as terminologias abrigavam o conjunto de sintomas que compõem o atual quadro de definição sintomática de TDA/H.

Em 1962, realizou-se um Simpósio Internacional em Oxford, reunindo os grupos de pesquisadores que se dedicavam a estudar a LCM. Os estudiosos envolvidos no simpósio reconheceram estar errados, porém, ao se questionar o ponto crucial de sua postura medicalizante, reconheceram não haver uma Lesão e proclamaram a existência de uma disfunção. Surge, assim, a DCM.

Ao se colocar os distúrbios de aprendizagem como uma das possíveis manifestações da DCM, está se explicitando o conceito subjacente à discussão inicial, onde os distúrbios são expressão de uma alteração biológica, individual. Essa “doença” teria por

manifestações clínicas: hiperatividade, agressividade, distúrbio de aprendizagem, distúrbio de linguagem, incoordenação motora, déficit de concentração, instabilidade de humor e baixa tolerância a frustrações.

Comparando as definições de distúrbios de aprendizagem estabelecidas em 1968 e em 1981, pode-se constatar que, embora se pretendendo objetiva e precisa, a última, ao aceitar a concomitância de condições anteriormente exclusivas, permite que qualquer criança com dificuldades na escola seja passível de enquadramento nesse diagnóstico. O hiperativo invade o cotidiano da sala de aula, infiltra-se na fala dos professores. A hipótese transforma-se em verdade absoluta, incontestável.

Em 1980, a Academia Americana de Psiquiatria, considerando imprecisos os conceitos de DCM, hiperatividade, criança hiperativa, distúrbios de aprendizagem e outros, buscou a unificação dessas definições em uma nova síndrome chamada de Distúrbios por Déficit de Atenção. Essa síndrome pode ser apresentada com ou sem hiperatividade.

Atualmente, o conceito incorporado nos consultórios médicos para uma clientela mais diferenciada, que traz o mau rendimento escolar como queixa ao médico, vai se difundindo a todos os meios sociais. Infelizmente, observamos principalmente nas escolas públicas a hiperatividade ou a DCM tornarem-se um excelente rótulo para os comportamentos “desviantes” que explicitam a inadequação do modelo escolar aos padrões de vida da criança.

Temos, por outro lado, que muitas crianças desenvolvem um comportamento hiperativo em reação às constantes críticas e repreensões dos pais ou professores. Na escola podemos encontrar diversas situações responsáveis pela expressão de um comportamento “hiperativo”, como a inadequação do método educacional levando ao desinteresse dos alunos. É comum observarmos que crianças vindas da periferia, sem terem frequentado a pré-escola, apresentando uma situação onde se espera um comportamento ao qual elas não estão habituadas, sejam rotuladas como hiperativas. As crianças estigmatizadas como “crianças problemas” são convencidas, muitas vezes, pelos próprios profissionais da educação, de que não tem perspectiva de melhora, o que reforça o comportamento agressivo e o mau rendimento.

O professor é um profissional de grande importância para essas crianças, que na maioria das vezes são encaminhadas à investigação médica mediante uma avaliação do educador. Entretanto, o comportamento do aluno em sala de aula pode diferir bastante daquele apresentado em uma situação de consulta individual com o médico ou mesmo no ambiente familiar.

2.2 – A literatura crítica a respeito da questão da medicalização dos alunos portadores de TDA/H

Percebemos que, na sociedade em vivemos, delegamos à medicina a tarefa de normatizar e legislar a vida, para a medicalização dos seres humanos, assim como o tratamento para problemas no comportamento e na aprendizagem.

As transformações vão acontecendo com o crescimento das cidades, surgindo assim novos problemas, destacando-se novas doenças, essas com propagação amplificada. A preocupação com as doenças interpõe-se à necessidade de construir o papel da criança, resultando no surgimento de um movimento conhecido como puericultura. Atribuindo as doenças à ignorância da população, tem por objetivo básico ensinar.

A medicina acaba exercendo um papel normatizador com grande eficiência, que transforma os problemas da vida em doenças, distúrbios. Aí, surgem como exemplos atuais, os distúrbios de comportamento, os distúrbios de aprendizagem, a doença do pânico e os diversos e crescentes transtornos.

Segundo Moysés (2008), a medicalização é fruto do processo de transformação de questões sociais, humanas em biológicas. Ao tomar para si o campo das relações humanas, a medicina os olhará pelo lado da saúde e pelo lado da doença. Ao normatizar e legislar o cumprimento das normas estabelecidas para garantia da saúde e da aprendizagem saudável, possibilitará a criação das doenças da aprendizagem e as doenças do não - aprender.

Aprendizagem, comportamento e inteligência são exemplos de questões muito presentes e incorporadas ao pensamento e atuação dos médicos.

O comportamento foi o primeiro a ser tornado como objeto biológico. Temos a escolarização destinada exclusivamente às classes da elite, com isso o comportamento desviante já constitui um problema a ser controlado. O comportamento desviante, ou anormal, será oposto ao modelo de homem saudável, ou médio.

A partir desse momento, o processo de medicalização da sociedade, transformando questões sociais em biológicas, tornar-se-á mais frequente.

Na transição entre os séculos 19 e 20, a medicina já havia tomado como objeto de estudo a aprendizagem. O olhar clínico começou a se debruçar sobre o aprender e, principalmente, o não-aprender.

Moysés (2008), afirmou a existência das doenças do não-aprender, que acabam necessitando da disseminação médica pelos ambientes escolares como garantia de aprendizagem adequada, ou, da salvação.

De acordo com Moysés (2008), o pensamento do movimento puericultor centra na ignorância das pessoas pobres a causa de todos os problemas por elas vivenciados, incluindo a falta de qualidade de vida, doenças, ignorância, analfabetismo e até mesmo a própria pobreza. É nesse campo que surge a doutrina da Saúde Escolar, originalmente designada Higiene Escolar.

A higiene escolar normatiza e legisla sobre padrões de construção dos prédios escolares, até mesmo sobre dimensão de corredores e altura de degraus; sobre os móveis escolares e sua distribuição espacial; sobre o currículo e horas de trabalho e de recreio.

A medicina acaba atuando no campo escolar segundo sua própria concepção. Ao normatizar preceitos para a aprendizagem adequada, estende-se para o não-aprender. Medicaliza a educação, transformando os problemas pedagógicos e políticos em questões biológicas e médicas.

Temos a medicalização da aprendizagem. Vemos nessa concepção uma escola atordoada e impotente com o fracasso escolar das crianças das classes populares, desencadeado com a democratização da escola, que tivesse recorrido aos especialistas para socorrerem. A criação das classes especiais, ou de aperfeiçoamento, seria, assim, consequência da entrada de um segmento social que nunca havia frequentado a escola.

Na luta contra determinadas formas de institucionalização, muito frequentes e sem critérios, os especialistas propunham hospitais-escolas, que aliaram a educação ao tratamento nas classes especiais para as crianças atrasadas, defasadas ou com debilidade mental leve.

Clínicos tentam diferenciar suas competências das dos psiquiatras e, de outro lado, afirmar a necessidade de sua atuação para o trabalho adequado do educador. Infelizmente, em menos de quinze anos, a escola deixa de ser para todos, criando “alunos problemas” que são colocados em classes especiais, tornados constituintes da elaboração de um novo aparato: o campo médico- pedagógico.

Segundo Moysés (2008), a medicalização da aprendizagem não decorre da ampliação do número de vagas nas escolas e consequente acesso de crianças oriundas das classes trabalhadoras, com o aumento da taxa de retenção e evasão. Decorre não do surgimento de um problema educacional. Ao contrário. A medicina alerta que as crianças das classes trabalhadoras são debilitadas, mal nutridas, doentes e, portanto, irão apresentar problemas na escola, a menos que haja uma atuação médica.

De acordo com Moysés (2008), a importância de Artur Ramos para o pensamento educacional e médico brasileiro não deve ser minimizada, sendo responsável por propostas de mudanças do olhar clínico onde, ao conceito de criança anormal, agrega-se o de criança problema e ambos passam a conviver, aparentemente de forma tranquila e sem conflitos nos discursos médicos, psicológicos e pedagógicos sobre a criança.

Por fim, a atuação medicalizante da medicina é capaz de se infiltrar no pensamento do cotidiano. E a extensão em que esse processo ocorre pode ser apreendida pela incorporação do discurso médico.

A medicina constrói artificialmente as doenças do não-aprender-na-escola e pela demanda por serviços de saúde especializados, ao se afirmar como instituição competente e responsável pela resolução do problema.

Percebemos que a emergência da “criança problema” é vista como uma síndrome clínica, que tem um efeito reducionista, de transformar um problema de comportamento ou de aprendizagem em um sintoma medicável, tornando sua abordagem mais segura.

Capítulo III – HIPERATIVIDADE E DESEMPENHO ESCOLAR: CONCEITUAÇÕES, DEBATES E DESAFIOS NO CONTEXTO ATUAL

3.1 – Diferenças, deficiências e os desafios de inclusão escolar

A educação é um direito de todos, independentemente da raça, cor, gênero, ou classe. Somente as leis e declarações que fundamentem o movimento de inclusão não são suficientes para que essa seja efetivada e consolidada. No cotidiano escolar, verifica-se ainda uma grande discrepância entre o que aborda na lei e o que é efetivamente realizado na prática.

Temos que ter consciência que existindo o compromisso de trabalhar com o aluno, não importando se é ou não deficiente, num mesmo espaço pedagógico, a prática da escola precisa ser alterada.

A implantação da proposta inclusiva nas escolas, sejam elas particulares ou públicas, vem se configurando cada vez mais nos dias de hoje como uma exigência social que não pode ser desprezada e esquecida. Todavia, este processo de mudança é difícil e deve ser muito bem feito, para que possa ser realizado com responsabilidade. A transição de uma escola tradicional para uma escola integrativa já foi um processo de difícil aceitação por parte dos educadores. Percebemos a resistência de muitos profissionais da educação e mesmo das escolas para se enquadrarem à educação inclusiva.

A dificuldade de implantar uma educação inclusiva esbarra nas políticas educacionais, na formação dos professores de ensino básico e na preparação da escola para receber e saber lidar com alunos especiais. Temos diversos cursos disponíveis para os professores de ensino básico, mas estes acabam valorizando a teoria e distanciando da prática docente na sala de aula.

Percebemos que o trabalho na sala de aula não se resume em colocar em prática tudo que aprendemos no curso do magistério ou na faculdade de pedagogia, pelo contrário, percebemos que quando nos deparamos em uma sala de aula com situações inusitadas,

vemos que a teoria não nos dará respostas prontas, mas referências que, somadas à experiência diária com os alunos, irão fazer com que o professor cresça e aprenda constantemente.

Apesar das propostas educacionais concordarem e incentivarem a inclusão, o que presenciamos é que muitas escolas continuam diferenciando os alunos pelas deficiências que apresentam, e não pelas habilidades que possuem. A prática inclusiva requer um novo planejamento, a reformulação das turmas, um novo currículo escolar, uma nova avaliação e um corpo docente preparado para lidar e conviver com alunos que possuem diferentes deficiências.

Os indivíduos no contexto escolar recebem nomeações que servem de forma negativa em relação a eles mesmos, pois acaba determinando a maneira que são vistos e tratados, e como a forma com que se subjetivam.

A atenção ao aluno, como um sujeito único, com características próprias, com história de vida diferente dos demais, parece irrelevante diante do fato de se padronizar um comportamento imposto e esperado pela escola e que se encaixa no perfil de aluno ideal.

O que mostra o ensino de hoje, é a dificuldade de inclusão do aluno dito “diferente” no contexto da sala de aula. O termo “diferente” entende-se, por aquele que não é igual, que é divergente; que está em desarmonia. É assim a criança hiperativa, ela está em desarmonia em termos de postura, atenção, concentração e comportamento.

A educação é um processo que não pode parar, deixar de evoluir, não pode ser estática, ela necessita de intervenções e mudanças. Precisa acompanhar as mudanças sociais que requerem uma reflexão acerca do assunto e uma mudança efetiva do professor.

Por sua vez, ao se questionar sobre o comportamento do aluno em ser hiperativo ou não, o professor e a escola se deparam com a questão sobre o trabalho que deverá ser realizado com esse educando. Essa é a questão que pode se tornar possível o processo de inclusão. Hoje o aluno deficiente e o aluno diferente não podem conviver separados ao processo de aprendizagem, nem podem ser responsabilizados pelo fracasso escolar. A escola inclusiva é sim aquela que consegue educar todos os alunos em uma sala de aula regular.

3.2 – Os desafios da prática docente frente a questão das relações entre hiperatividade e aproveitamento escolar

Para lidar e conviver com uma criança com TDAH, em primeiro lugar o professor deverá conhecer a síndrome para não confundi-la com “má-educação”, “falta de limite” e “indolência”. Ele terá que equilibrar as necessidades dos demais alunos com a dedicação e atenção ao aluno portador de TDAH.

Aos poucos, o conhecimento sobre o TDAH vem se expandindo mundialmente, tornando-se mais acessível aos profissionais de educação. Desse modo, um novo olhar está sendo construído em relação ao aluno que não consegue controlar os sintomas de impulsividade, hiperatividade e desatenção, devido ao fato de não receber o tratamento específico.

É muito importante que o professor saiba observar diariamente seus alunos, durante o período de aula, pois este profissional assume um papel fundamental na história do desenvolvimento cognitivo, motor e psíquico da criança.

É observando atentamente e diariamente o que a criança pode e o que não pode controlar em relação às possíveis alterações de comportamento, isto é, observar se a criança está significativamente mais desatenta, agitada e impulsiva que as demais, verificando as possíveis situações que podem estar desencadeando tal comportamento.

Sendo assim o professor deverá ter um conhecimento a respeito do TDAH para que possa identificar precocemente os casos que necessitam da intervenção médica, pois o TDAH jamais poderá ser diagnosticado isoladamente sem considerar o contexto social presente na vida da criança. Logo, o professor poderá dar grandes contribuições para os médicos, para daí diagnosticar e propor o tratamento indicada para a criança.

Desse modo o educador terá um papel fundamental, pois ele minimizará a quantidade de crianças que são excluídas do sistema regular por apresentarem um comportamento dito “diferente” dos demais e chegando até ocasionar uma dificuldade de aprendizagem e aumento do índice de repetência e fracasso escolar.

O professor ideal tem mais “jogo de cintura” e criatividade para gerar uma variedade de alternativas, avaliando qual delas “funcionou melhor” para uma dada situação em particular. Ou seja, ele tem que ser capaz de modificar as estratégias de ensino, de modo a adequá-las ao estilo de aprendizagem e às necessidades da criança. Se ela aprende matemática melhor com jogos, então o professor ideal será aquele que consegue produzir uma variedade de jogos matemáticos interessantes. (Mattos 2008, p. 110).

O desempenho acadêmico de alunos com TDAH varia muito, algumas crianças conseguem ter um bom desempenho acadêmico, mas muitas delas apresentam desempenho abaixo do esperado em relação aos seus pares e ao seu potencial. O TDA/H ocorre em toda faixa de inteligência.

Além da inteligência, outros fatores podem modificar o prognóstico de quem tem TDAH, como a presença de outros fatores associados como problemas familiares significativos; presença de quadros de depressão ou ansiedade e abuso de álcool e/ou drogas.

Mattos (2008, p. 112 e 113), relata que, quanto àqueles alunos que apresentam dificuldades e estas são exclusivamente secundárias aos sintomas do TDAH, observa-se que são crianças que:

- a) vivem no mundo da lua. Dessa forma, “perdem” boa parte da explicação do professor na sala de aula ou daquilo que estão lendo no livro;
- b) não conseguem copiar do quadro na mesma velocidade dos demais e sempre pedem mais um pouco de tempo;
- c) comete erros “por bobagem”, isto é, por mera distração (erram vírgulas, sinais matemáticos etc.). Acabam tendo notas inferiores às que realmente poderiam ter;
- d) parecem estar prestando atenção a outra coisa durante uma explicação, especialmente se for mais longa;
- e) esquecem-se com frequência de conteúdos que haviam estudado previamente. Isso ocorre porque a atenção era superficial enquanto estudavam e, assim, o material não é levado corretamente para os armazéns da memória. A atenção é o portal da memória;
- f) respondem antes de ler ou ouvir a pergunta até o final;

g) evitam tarefas muito longas, monótonas ou que exijam concentração. Acabam dando a impressão de serem alunos indolentes ou preguiçosos.

Observamos que as dificuldades são muitas, mas cabe ao professor realizar necessárias adaptações e ter em mente a diferença entre “dificuldades em se adaptar ao sistema educacional” e “impossibilidade de aprendizagem”. Essas crianças com TDAH querem apenas uma chance, para futuramente serem bem sucedidas.

Como um dos maiores impactos do TDAH é na escola, cabe ao professor instrumentalizar-se sobre o quadro e intervir utilizando estratégias.

De acordo com Espanha (2010) ps. 40 e 41, alguns métodos de intervenção podem ser utilizados para uma melhor adaptação do aluno à sala de aula:

- Manter contato com a família regularmente.
- Manter contato com os profissionais envolvidos no processo.
- Chamar e prender a atenção do aluno com incentivos, sinais, códigos construídos no grupo, que favoreçam o estabelecimento de regras comuns a todos.
- As rotinas diárias em sala de aula devem ser explicadas antes de sua realização e mantidas de forma estruturada, tanto quanto possível.
- Motivar os alunos com estímulos visuais (listas, mapas, figuras, etc.), auxiliando-os na busca de referências temporais e espaciais.
- Transmitir conceitos baseados no concreto (exemplo: situações diárias). Procurar simplificar conceitos de linguagem mais abstrata, com o uso de recursos diversos, como: jornais, revistas, visitas culturais.
- Posicionar o aluno próximo à mesa do professor, se possível.
- Treino contextualizado da leitura, escrita com lembretes, listas, brincadeiras de escrita e livros com foco em interesses dos alunos.
- Realizar testes e provas em locais alternativos.
- Elaborar testes e provas diferenciadas.
- Recompensas! Eles necessitam de estímulo para se sentirem motivados.
- Tempo livre extra, com intervalos entre as atividades ou aulas.
- Regras claras e mantidas com sistemática. A organização externa é fundamental para favorecer a interna.

- Repetir sempre o que foi combinado. Esses alunos necessitam que a informação seja repetida muitas vezes.
- Manter o olhar, propiciando contato visual, sempre que dirigir-se ao seu aluno.
- Assegurar-se de que as instruções sejam claras e simples, para melhor compreensão do que deverá ser realizado.
- O diálogo compartilhado propiciará ao aluno momentos de reflexão sobre o conhecimento e oportunidades para que o “outro” possa ter uma escuta atenta e mediadora.
- As crianças com TDAH necessitam de organizadores externos (listas de tarefas, regras registradas, planos de trabalho) que as lembrem do que foi combinado.
- Estabeleça uma rotina de hábitos de estudo, com orientações para casa previamente combinadas com os pais.
- Elas necessitam de algo como *doses homeopáticas* de administração do ritmo e do tempo. Dentro das regras estabelecidas, proporcione a possibilidade de saídas de sala por alguns instantes.

Do mesmo modo como se ensina do conteúdo mais fácil e depois passa para o mais difícil, as exigências devem começar pelas mais fáceis e depois passar para as mais complexas. Com isso, o aluno portador de TDAH irá se adaptar mais facilmente na rotina diária da escola.

O professor com toda sua prática pedagógica deverá ter muito cuidado para que os alunos com TDAH não fiquem “marcados”, “rotulados” como diferentes se forem oferecidos auxílios extras ou se não souber do diagnóstico. A criança com esse transtorno se comporta de forma diferente e são automaticamente rotuladas quando são as únicas que não terminaram o dever no tempo hábil ou quando são encaminhadas frequentemente para a coordenação por mau comportamento. Infelizmente percebemos hoje que o diagnóstico de TDAH troca um rótulo depreciativo por uma denominação médica.

Se começarmos a lidar direito com o problema, poderemos conseguir que os fatores associados ao TDAH sejam administrados de um modo mais produtivo. É natural

queremos ser tão iguais aos outros, mais é certo que um tratamento diferenciado terá efeitos menos danosos do que não se fazer nada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término da elaboração deste trabalho, constatamos o quanto foi envolvente esta pesquisa. A escolha do tema deu-se em função de lidarmos com alunos agitados ou mesmo sem limites, daí a importância de buscarmos conhecimentos para sabermos melhor conviver com eles e identificar se o mau comportamento é simplesmente falta de limites ou se trata do distúrbio o TDAH.

A cada nova fonte pesquisada víamos que eram muitas as informações que adquiriríamos e registrávamos passo a passo, de como proceder e agir com uma criança portadora de TDAH.

Vimos, no primeiro capítulo, a hiperatividade na ótica médica, procurando pesquisar suas diferentes definições, para poder assim escolhermos a que mais nos esclarece acerca do tema, nos aprofundamos em saber como a hiperatividade foi sendo identificada e definida ao longo dos anos, mostrando os diferentes nomes dados ao longo da história. Achamos interessante abordarmos o diagnóstico de um aluno portador de TDAH e como vem sendo feito e identificado do ponto de vista médico.

No segundo capítulo, procuramos abordar a hiperatividade no contexto escolar nas décadas de 1970 e 1980, sendo vista na época como fracasso escolar, e observamos que, nesse período, o que os estudiosos sabiam sobre o assunto era muito pouco estudado e abordado na época. Trabalhamos a questão da medicalização dos alunos portadores de TDA/H, onde identificamos que é muito mais fácil para os profissionais da educação e da área médica medicar do que se aprofundar-se acerca do problema que está ocorrendo com o aluno dito “problema”.

No terceiro capítulo abordamos assuntos atuais e muito presentes na vida das professoras que lidam com alunos hiperativos, trabalhamos os desafios que estes profissionais deverão enfrentar ao longo de sua caminhada acadêmica-escolar.

Constatamos que um dos problemas fundamentais da educação é perceber que não será por meio do estudo do erro, da doença, por um possível, porém raro distúrbio de aprendizagem, que se entenderá o processo ensino-aprendizagem. O problema da escola

brasileira não se resolverá pela transformação do espaço pedagógico, do sadio, do prazer, em espaço clínico da doença, da rotulação. Cabe ao professor e à escola a tarefa de retomarem o seu próprio campo de conhecimento, qual seja, o de atuação no âmbito educativo escolar e no cotidiano de sala de aula.

Os profissionais da educação, ao invés de aplicarem rótulos e proporem soluções medicalizantes, devem procurar entender determinantes envolvidos, identificando formas específicas de ajuda à criança. O conhecimento da história e do conceito da hiperatividade pode ajudar a ter uma visão crítica diante do problema, desmitificando-o enquanto uma doença responsável pelo mau rendimento escolar.

Por fim, a questão do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade traz para a pesquisa médica e acadêmica grandes desafios a serem estudados e conhecidos, bem como para a prática médica e docente envolvidas com a garantia do acesso, permanência e efetiva participação no processo formativo escolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANACHE, Alexandra Ayach & BENEDETTI, Ieda Maria Munhós. Problematizando o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade. Revista da ABRAPEE. Disponível em: <http://www.abrapee.psc.br/artigo30.htm>. Acesso em: 20-04-2011.

DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BARKLEY, Russel A. Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (TDAH): guia completo para pais, professores e profissionais da saúde./ Russell A. Barkley; tradução Luís Sérgio Roizman. – Porto Alegre: Artmed, 2002.

GUARIDO, Renata. A presença do discurso médico na educação. Col. LEPSI IP/FEUSP. Ano 6. São Paulo: USP, 2006. Disponível em: HTTP://WWW.proceedings.scielo.php?Pid=MSC0000000032006000100059&sc_ript= sci_artlext. Acesso em 27/09/2010.

MACHADO, Vilma Bastos. O professor e a inclusão do aluno com déficit de atenção e hiperatividade, Puc Campinas. São Paulo, 2007.

MATTOS, Paulo. No Mundo da Lua: Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. 8ª ed. Ver. E atual. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2008.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. A Medicalização na Educação Infantil e no Ensino Fundamental e as Políticas de Formação Docente: A medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal. Caxambu – MG, 31ª Reunião Anual da ANPED, 2008. Disponível em: http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/4sessao_especial/se%20-%2012%20-%20maria%20aparecida%20affonso%20moyses%20-%20participante.pdf. Acesso em: 21-04-2011.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso & COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Cadernos Cedes: A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. 1ª ed. Centro de Estudos Educação e Sociedade. Campinas: Papirus, 1992.

ESPANHA, Cristina. Revista Sinpro. Rio / Sindicato dos Professores do Município do Rio de Janeiro e Região, - nº 05 (Mai, 2010). – Rio de Janeiro: Sinpro-Rio, 2010.

WERNER, Jairo. Saúde & Educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno. (Educação em diálogo; 5). Rio de Janeiro: Gryphus, 2005.