TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E IMPLICAÇÕES NO CONTEXTO ESCOLAR

Attention deficit hyperactivity disorder (adhd): diagnosis, treatment and implications in school context

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: diagnóstico, tratamiento e implicaciones en el contexto escolar

SOELI APARECIDA VIEIRA CORREA
Mestre em Educação, Docente na Faculdade Gran Tietê,
http://lattes.cnpq.br/1950709639963214,
e-mail: soelicorrea@uol.com.br

RESUMO

Este trabalho teve como objeto de estudo o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), transtorno neurobiológico reconhecido pela medicina, que se caracteriza por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade, que influencia diretamente o processo de ensino-aprendizagem do aluno, assim como sua vida pessoal e social. A sustentação teórica fundamentou-se em autores especialistas em TDAH, como Mattos (2014), Barkley (2002/2008), Phelan (2005), DuPaul e Stoner (2007) e Silva (2009), e vem elucidar o que é o TDAH e seus sintomas, a importância do diagnóstico e do tratamento adequado, assim como o transtorno influencia a vida do indivíduo e pode trazer prejuízos significativos em sua trajetória acadêmica e no seu cotidiano. Tais estudos podem auxiliar as dificuldades que pais, professores e equipe escolar tem ao lidar com um portador de TDAH e trazer conhecimentos indispensáveis na desmitificação de rótulos comuns aos TDAHs. O trabalho objetivou demonstrar a importância que o diagnóstico preciso e o tratamento adequado tem, para transformar qualitativamente a vida do portador do transtorno, bem como a necessidade de as instituições escolares estarem aptas a receber e desenvolver um adequado trabalho pedagógico com o TDAH.

Palavras-chave: TDAH. Comportamento. Aprendizagem. Inclusão. Sala de Aula.

ABSTRACT

This project had as its main object of study the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), a neurobiological disorder recognized by medicine, which is characterized by harmful levels of inattention, disorganization and hyperactivity-impulsivity, that directly influences the student's teaching-learning process as well as their personal and social life. The theoretical support was based on authors specialized in ADHD, such as Mattos (2014), Barkley (2002/2008), Phelan (2005), DuPaul and Stoner (2007) and Silva (2009), and comes to clarify what is ADHD and its symptoms, also the importance of proper diagnosis and treatment, as well as the disorder influences the life of the individual and can also bring significant damage to their academic career and daily life.Theses studies can help the difficulties that parents, teachers and school staff have when they are dealing with an ADHD individual. It brings indispensable knowledge in demystifying common ADHD labels. The study demonstrates the importance of accurate diagnosis and appropriate treatment, to

qualitatively transform the life of the person with the disorder, as well as the need for schools to be able to receive and develop an appropriate pedagogical work with ADHD.

Keywords: ADHD. Behavior. Learning. Inclusion. Classroom.

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objeto de estudio el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), trastorno neurobiológico reconocido por la medicina, que se caracteriza por niveles perjudiciales de desatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad, que influye directamente el proceso de enseñanza-aprendizaje del alumno, así como su vida personal y social. La sustentación teórica se fundamentó en autores especialistas en TDAH, como Mattos (2014), Barkley (2002/2008), Phelan (2005), DuPaul y Stoner (2007) y Silva (2009), y viene aclarar el que es el TDAH y sus síntomas, la importancia del diagnóstico y del tratamiento adecuado, así como el trastorno influye la vida del individuo y puede traer perjuicios significativos en su trayectoria académica y en su cotidiano. Tales estudios pueden auxiliar las dificultades que padres, profesores y equipo escolar tiene al enfrentar con un portador de TDAH y traer conocimientos indispensables en la desmitificación de rótulos comunes a los TDAHs. El trabajo objetivó demonstrar la importancia que el diagnóstico preciso y el tratamiento adecuado tiene, para transformar cualitativamente la vida del portador del trastorno, bien como la necesidad de que las instituciones escolares puedan recibir y desarrollar un trabajo pedagógico apropiado con el TDAH.

Palabras clave: TDAH, Comportamiento, Aprendizaje, Inclusión, Sala de Clase.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo traz uma pesquisa acerca do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), considerando que este transtorno neurobiológico (APA, 2014) está presente na esfera educacional e seus efeitos repercutem no contexto familiar, cognitivo e social do aluno e, junto dele, os desafios e inquietações que o transtorno acarreta na vida do aluno e de todos que o cercam. O TDAH está classificado atualmente na 5ª ed. do Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM 5) da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2014) como transtorno do neurodesenvolvimento, que caracteriza-se por manifestar-se desde a infância.

Hoje é um transtorno que se apresenta na esfera educativa, com número crescente de diagnósticos positivos (BARKLEY, 2002/2008; DUPAUL e STONER, 2007; MATTOS, 2014; PHELAN, 2005 e SILVA, 2009).

Os estudos recentes elucidam questões, tais como as crianças que são rotuladas erroneamente como "Mal-educado", "Sem limites", "Capeta", "Louco" (Mattos, 2014), as manifestações do TDAH em idade escolar muitas vezes manifestas através do fracasso acadêmico (Barkley, 2002/2008); como ocorre a questão do atendimento e manejo das crianças com TDAH na esfera escolar (DuPaul e Stoner 2007); Mattos (2014), fornece respostas práticas e cientificas a questionamentos sobre o transtorno e por fim Phelan (2005) e Silva (2009), tratam de questões abrangentes e práticas sobre o tratamento adequado para a melhora da qualidade de vida dos portadores de TDAH.

As pesquisas apresentadas por tais autores vão ao encontro de inquietações suscitadas pelos profissionais da área da educação que buscam entender o que acontece com crianças portadoras do TDAH, presente em todas as escolas, as quais parecem "desligar-se" do mundo durante as aulas, com dificuldade de relacionamento em grupo, não aceitação de regras e muita agressividade. Busca-se ainda compreender as dificuldades encontradas pelos pais dessas crianças em conseguir auxiliá-los a vencer as dificuldades próprias do transtorno, quer na vida

acadêmica, pessoal ou social. A esfera educacional é imensamente afetada por esse transtorno, assim faz-se de supra importância aos professores, pais de alunos, ou quem faça parte do cotidiano de um portador de TDAH, um estudo que forneça as bases científicas pertinentes ao manejo de crianças com TDAH na esfera educacional.

Assim sendo, o presente artigo objetiva demonstrar a importância do diagnóstico preciso na vida do aluno com TDAH, conhecer as consequências do transtorno no contexto escolar para poder favorecer o processo de ensino-aprendizagem e comprovar a melhora na qualidade de vida desse aluno, com tratamento adequado.

2. TDAH: CONHECENDO O TRANSTORNO

A sensação de estar sempre "no mundo da lua", a dificuldade em prestar atenção ou manter-se sentado na carteira, problema de comportamento, impulsividade, inquietude, baixo rendimento escolar, dificuldades de relacionamento, necessidade da supervisão de adultos para a conclusão de tarefas rotineiras são características do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) que ocorre em crianças e adultos, homens e mulheres, estando presente em todos os grupos étnicos, em todos os estratos socioeconômicos, independente do nível de escolaridade. (BARKLEY, 2002; MATTOS, 2014)

É na infância que o TDAH tem início, porém na maioria das vezes acaba sendo considerado pelos pais e pela família como sendo apenas características de uma criança mais agitada. Já na escola, quando atenção e concentração maiores são necessárias para que possa ocorrer a aprendizagem, a dificuldade de concentração acaba sendo notada. Entretanto, a experiência tem nos mostrado não ser uma tarefa fácil fazer a diferenciação entre a distração pura e trivial e a dificuldade real em manter a atenção, assim como não é fácil distinguir entre a falta de limites e a hiperatividade. (BARKLEY, 2002; MATTOS, 2014)

Como avalia Mattos (2014), muitas vezes, as crianças portadoras de TDAH são confundidas como sendo preguiçosas, mal educadas, de pouca vontade, nada esforçadas com as questões escolares, ao invés de terem seu comportamento devidamente investigado como possível caso de TDAH.

Ainda segundo Mattos (2014), por muito tempo o TDAH foi considerado um transtorno especificamente da infância, que seria superado naturalmente com o tempo, porém estudos mostram que nem sempre isso ocorre, e que muitos portadores de TDAH carregam consigo todas as características do transtorno até a vida adulta. Muitos mitos e hipóteses permearam e ainda permeiam o universo do TDAH, com colocações como: ser uma "invenção para vender remédios", ou "todo mundo é um pouco agitado e desatento", ou ainda "é estranho não ter um exame para diagnosticar", mas, o TDAH é um transtorno de causas genéticas, reconhecido oficialmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), através da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), e a Associação Médica Americana, segundo Mattos (2014, p.18), "uma das mais rigorosas e influentes do mundo" , afirma que:

> O TDAH é um dos transtornos mais bem estudados na medicina e os dados gerais sobre sua validade são muito mais convincentes que a maioria dos transtornos mentais e até mesmo que muitas condições médicas. (p. 18)

De acordo com a 5ª revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5, APA, 2014):

> O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar – sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento. (...) O TDAH costuma persistir na vida adulta, resultando em prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional (p. 32).

Os critérios diagnósticos do TDAH, de acordo com DSM 5 (APA, 2014, p. 50-60) são:

> A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por(1) e/ou (2):
> 1. Desatenção: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e tem impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:
> Nota: os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.
> a) Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p.ex., negligencia ou deixar passar detalhes, o trabalho é impreciso).
> b) Frequentemente tem dificuldade de manter atenção em

tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversasou leituras prolongadas).
c) Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
d) Frequentemente não segue instruções ate o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).
e) Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).
f)Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lição de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários).
g)Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, livros, instrumentos, chaves, carteiras, óculos, celular.0
h) Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados.)
i)Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex, realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados.
2. Hiperatividade e impulsividade: Seis (ou mais) do seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e tem impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:
Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.
a) Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
b) Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça no mesmo lugar).
c)Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações que isso é inapropriado. (Nota: em adolescentes ou adultos pode-se limitar a sensações de inquietude)
d) Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.
e)Com frequência "não para", agindo como se estivesse "com o motor ligado" (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
f) Frequentemente fala demais.
g) Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída. (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
h) Frequentemente tem dificuldade para esperar sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).
i) Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se em conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão (...)).

E a partir dos critérios diagnósticos, o TDAH pode se manifestar de diferentes maneiras e graus de comprometimento de pessoa para pessoa, e de acordo com DSM 5 (APA, 2014), desdobra-se em três possíveis subtipos:

- os predominantemente hiperativos e impulsivos – quando há predominância dos critérios A2 (hiperatividade-impulsividade).
- os com desatenção predominante – se o critério A1 (desatenção) prevalece sobre o critério A2.
- os combinados, onde desatenção, hiperatividade e impulsividade estão presentes.

Sendo que, segundo o DSM 5 (APA, 2014, p.61):

> Hiperatividade refere-se a atividade motora excessiva (como uma criança que corre por tudo) quando não apropriado ou remexer, batucar ou conversar em excesso. A impulsividade pode ser reflexo de um desejo de recompensas imediatas ou de incapacidade de postergar a gratificação. Comportamentos impulsivos podem se manifestar com intromissão social (p. ex., interromper os outros em excesso). A desatenção manifesta-se comportamentalmente no TDAH como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização – e não constitui consequência de desafio ou falta de compreensão.

E por fim, também de acordo com o DSM 5 (APA, 2014), os subtipos poderão especificar sua gravidade em nível :

- Leve: apresentam poucos sintomas, que resultam em pequenos prejuízos no funcionamento social e acadêmico;
- Moderado: com sintomas e prejuízo funcional entre leve e grave;
- Grave: Muitos sintomas, além dos seis necessários para o diagnóstico, que resultam em prejuízo acentuado do desenvolvimento social e funcional.

De acordo com o DSM 5 (APA, 2014) o TDAH é mais frequente no sexo masculino do que no feminino,

com uma proporção de cerca de 2:1 nas crianças e de 1,6:1 nos adultos. O manual demonstra ainda que o tipo predominantemente desatento é mais habitual no sexo feminino. O tipo combinado tem demonstrado uma taxa mais elevada de comprometimento acadêmico. Já as crianças desatentas têm apresentado maior índice de isolamento social e os portadores de TDAH do tipo hiperativo- impulsivo são os que apresentam maior índice de agressividade, o que traz sérias consequências ao convívio social e faz com que acabem sendo rejeitadas pelos colegas com uma frequência muito grande. Segundo DuPaul e Stoner (2007, p. 10):

> Crianças com TDAH e agressividade exibem frequência maior de comportamentos antissociais, como mentiras, furtos e brigas físicas, que as crianças hiperativas sem agressividade (Barkley, 1998). Além disso, as crianças hiperativas-agressivas apresentam maior risco de rejeição por colegas que aquelas que exibem TDAH ou agressividade isoladamente (...) Mais importante ainda, as crianças que apresentam tanto TDAH quanto agressividade apresentam o risco mais alto de resultados problemáticos na adolescência e na idade adulta (por exemplo, maior prevalência de abuso de substâncias) em relação à qualquer outro subgrupo de crianças com TDAH.

O TDAH afeta o funcionamento das funções executivas, que segundo Cosenza (2011, p.87) "são responsáveis pela regulação cotidiana do comportamento e que tem importância fundamental nas atividades educacionais", o que acaba por acarretar prejuízos de ordem pessoal, uma vez que todo ser humano necessita de um mínimo de organização, gerenciamento do tempo, controle das emoções e da impulsividade, estabelecimento de objetivos, planejamentos, identificação e execução de metas para atingir seus objetivos de vida. Essas habilidades estão relacionadas às funções executivas, as quais "devem assegurar que as normas sociais sejam respeitadas, em um padrão comportamental considerado apropriado para um determinado contexto ou situação" segundo Cosenza (2011, p.88).

Essas Funções Executivas (FE) portanto, podem ser consideradas como o conjunto de habilidades comportamentais fundamentais para alcançar objetivos, e são o principal fator de regulação do comportamento humano, como afirma Cypel (2006, p. 382) :

> As FEs estão constantemente presentes em quase todo e qualquer ato, dos mais elementares aos mais elaborados, constituindo-se no instrumental funcional que proporcionará ai indivíduo a condição de conduzir e direcionar a sua vida com autonomia, clareza e determinação de objetivos e ponderação adequada dos riscos que envolvem seus propósitos.

Segundo Barkley (2000) apud Cypel (2006, p.384), é no ambiente escolar que a criança necessita por em prática suas funções executivas e demonstrar seu desempenho eficiente, o que não ocorre com a criança portadora de TDAH, uma vez que "as evidências mais recentes com base em critérios clínicos, neurobiológicos e neuropsicológicos indicam que o TDAH expressa na realidade uma problemática relacionada à estruturação das FEs." Dessa maneira, de acordo com Barkley (2001) apud Cypel (2006):

> (...) as FE são atividades que demandam prontidão dos mecanismos inibitórios (controle da impulsividade, tolerância à frustração, respeito à privacidade, entre outros), no sentido de otimização do que se convencionou como self regulation (pg. 381).

Nesse contexto, as disfunções executivas demonstram que o aluno TDAH, carrega prejuízos que interferem no self regulation, e segundo Cypel (2006) nessa condição;

> (...) falham em obedecer instruções, regras e limites, trazendo como consequência implicações na sua sociabilidade gerando déficits acadêmicos que por si criarão hiatos nas aquisições, que farão falta ou prejudicarão aprendizados futuros, gerando na criança reações de incapacidade, medo e ansiedade (p.384).

De acordo com Barkley (2002) o TDAH além de comportar três problemas primários na capacidade de um indivíduo controlar seu comportamento – dificuldades em manter sua atenção, controle ou inibição dos impulsos e da atividade excessiva, também reconhece dois problemas adicionais: dificuldades para seguir regras e instruções e variabilidade extrema em suas respostas e situações.

Segundo Barkley (2002, p. 64), é ultrapassado pensar que "autodisciplina, autocontrole e a vontade estão inteiramente sob nosso próprio comando. Dessa forma, crianças sem autocontrole são vistas como não querendo controlar a si mesmas", enquanto as pesquisas científicas vem demonstrando que isso não depende da vontade delas, mas sim de fatores neurológicos. Dessa maneira, segundo o autor, a inibição do comportamento torna-se o problema central para a maioria das crianças com TDAH.

3. CAUSAS DO TDAH

Muito embora o DSM 5 (APA, 2014), apresente fatores de risco e prognóstico, assim como autores como Barkley (2002) e DuPaul e Stoner (2007), sobre as causas do TDAH, ainda não se pode afirmar as causas precisas do TDAH, sendo improvável a

possibilidade de que haveria um "gene" específico para o transtorno, havendo a possibilidade de uma vulnerabilidade genética ao transtorno que somado a transtornos ambientais seriam responsáveis pelo TDAH. Segundo Mattos (2014, p.53) "Não existe um único "gene do TDAH": o transtorno é chamado de poligênico (poli = muitos), porque vários genes em conjunto, somados, dão origem ao transtorno".

Barkley (2002) aponta que as causas do TDAH estariam no desenvolvimento anormal do cérebro, produzido por fatores genéticos, ambientais (como exposição do feto ao álcool, tabaco e chumbo) e sociais, sendo que a questão do desenvolvimento anormal do cérebro prevalece sobre os demais. Ainda segundo o autor, fatores sociais podem prognosticar a gravidade do quadro ou a presença de comportamentos mais agressivos ou desafiadores.

Silva (2009) entende que o TDAH é uma disfunção, que se origina do funcionamento alterado do sistema neurobiológico central. Isso significa que:

> Substâncias químicas produzidas no cérebro, chamadas neurotransmissores, apresentam-se alteradas quantitativa e/ou qualitativamente no interior dos sistemas cerebrais, que são responsáveis pelas funções da atenção, impulsividade e atividade física e mental no comportamento humano (p. 213)

Os diversos fatores causais que estão envolvidos no funcionamento do cérebro TDAH que comumente são citados como fatores causais envolvidos no funcionamento cerebral são, segundo Silva (2009):

- Fatores genéticos: estudos epidemiológicos demonstraram uma maior incidência do problema entre parentes de crianças com TDAH em comparação com parentes de crianças não TDAHs. Na ausência de mecanismos que possam determinar a probabilidade estatística exata de adultos com TDAH terem filhos com este mesmo funcionamento mental, afirma-se que o transtorno possui caráter hereditário, sem um grau de probabilidade determinado.

- Alterações estruturais e funcionais no TDAH: através de inúmeros estudos realizados por meio de exames de neuroimagem, há indícios fortes de que o transtorno do déficit de atenção apresenta uma alteração na estrutura cerebral de seus portadores. Esses estudos foram unânimes em descrever uma hipoperfusão cerebral localizada mais significativamente na região pré-frontal e pré-motora do cérebro. O que significa que nas pessoas com TDAH, a região frontal do cérebro recebe menor aporte sanguíneo do que deveria, o que consequentemente resultará em receber menos glicose e assim terá menos energia e funcionará com seu desempenho reduzido. Uma vez que o lobo frontal é o principal responsável pela ação reguladora do comportamento do ser humano, podemos avaliar que seu hipofuncionamento está diretamente ligado às alterações funcionais apresentadas no transtorno do déficit de atenção.

- Fatores ambientais (externos): a ocorrência do TDAH está muitas vezes correlacionada a complicações durante a gravidez e no parto, inclusive com relatos de traumatismos neonatais. Corroborando com fatores externos no surgimento do comportamento TDAH, encontram-se também correlação significativa entre crianças que tem peso corporal muito baixo ao nascerem e uma probabilidade maior de apresentarem dificuldades atentivas e comportamentais importantes.

- Visão multifatorial: uma vez que nenhuma hipótese única parece apropriada sobre a origem e funcionamento do transtorno do déficit de atenção. Destaca-se ainda, o fato de que o estresse provocado por ambientes desestruturados, podem exacerbar os sintomas de TDAH. Assim também, fatores estressantes somados podem alterar a bioquímica de um cérebro geneticamente semelhantes ao de uma pessoa com TDAH.

Como demonstra Silva (2009), o conhecimento sobre a origem, assim como as causas do TDAH, ainda não foram exatamente explicados pela literatura, e, por essa razão, continuam em estudo, uma vez que não existe uma "causa única" aparente do TDAH, e a sua sintomalogia pode resultar de vários mecanismos causais e a maior parte das pesquisas que examinaram a etiologia do TDAH é correlacional.

4. A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E OUTROS FATORES

Como exemplifica Mattos (2014), o diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção é um processo complexo e sempre representa um grande desafio pelas equipes de saúde multidisciplinares, uma vez que não se dispõe até o momento, de um teste ou exame específico que, por si só, identifique o TDAH, por isso, é necessário confirmar o diagnóstico através de exames clínicos com parecer de especialista, realização de anamneses, preenchimento de questionários e testes neuropsicológicos e até avaliação da linguagem.

Levando-se em consideração que o TDAH não provém de causa única, e sim de causas multifatoriais – como elucidado no título acima - o diagnóstico do portador de TDAH, assim como a ausência de diagnóstico preciso, está sempre diante de uma problemática desafiadora, que depende da sutil delimitação da fronteira diagnóstica entre o dito normal, os ditos problemas educacionais e o dito TDAH, o que dá procedência à rotulação, como afirma Benczik (2000, p.53):

> Infelizmente, o Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade tem-se tornado um rótulo de quase toda criança que exibe algum tipo de comportamento disruptivo ou conduta não complacente. Tem-se percebido uma alta taxa de problemas educacionais e psicológicos, todos indicados com o rótulo de TDHA.

Nesse contexto, como completa Silva (2009), na maioria das vezes, a maior parte dos pais atinge o ponto de descobrir que os problemas de seu filho excedem a capacidade da família e da escola em conseguir resolvê-los, e quando já esgotou todas as suas possibilidades de encontrar ajuda pertinente, muitas vezes, dão o primeiro passo em direção ao auxílio profissional, ainda relutantes e oprimidos.

De acordo com Barkley (2002), esses pais tomam a decisão de considerar a busca pela avaliação profissional, depois de perceberem, principalmente em idade escolar, que seus filhos parecem se comportar de maneira diferente de outras crianças. A hiperatividade, a falta de atenção e de controle de emoções, a agressividade, a excitabilidade, e outros sintomas, se tornam difíceis de serem ignorados. Assim, quando todos os métodos experimentados para conduzir as alterações de comportamento e temperamento, não surtem efeito, chegam a conclusão de que algo está errado e decidem buscar auxilio profissional.

De acordo com os autores que dão sustentação teórica a este trabalho, é possível afirmar que o melhor critério para se diagnosticar o TDAH é a própria história, como explicita Silva (2009, p.223)

> Na Era High Tech da medicina nuclear, dos exames computadorizados, dos transplantes e das terapias genéticas, as ciências que estudam o cérebro e o comportamento humano ainda tem como maior recurso e melhor ferramenta, a velha e boa anamnese.

Muitas vezes, a equipe escolar é a grande responsável em apontar que os "problemas" da criança necessitam de intervenção clínica para diagnóstico, daí a importância do preparo dos profissionais da educação em saber reconhecer, identificar e encaminhar casos supostos de TDAH na esfera escolar, para o diagnóstico clínico (BARKLEY, 2002).

Segundo Phelan (2005), o diagnóstico deve envolver a coleta de dados de diversas fontes, além da própria criança. É preciso ouvir pais, professores e quem mais conviva com ela, para a maior captação possível de detalhes da sua história e seu desenvolvimento.

Ainda segundo Phelan (2005), o processo de diagnóstico deverá envolver os seguintes passos, invariavelmente:

> 1. Entrevista com os pais – esse é o primeiro passo, para se investigar o histórico de desenvolvimento da criança e a história familiar, cujos dados deverão ser comparados aos critérios do DSM – V, para TDAH;
> 2. Entrevista com a criança – cujo objetivo é excluir possíveis distúrbios mais sérios, tais como a psicose e obter o máximo de informações sobre como ela vê a escola, sua casa, sua vida social;
> 3. Escalas de Classificação e Questionários – fazem parte da avaliação, as escalas de classificação estruturada do TDAH, que são feitos através de uma grande quantidade de perguntas em um curto espaço de tempo. Assim, de acordo com as respostas, a pontuação da criança será comparada à norma para seu grupo de idade.
> 4. Informações da Escola – a ideia é coletar dados anteriores, desde o início da idade escolar, como notas, observações de professores, resultados em testes de desempenho, colocação atual da criança, entre outros.
> 5. Exames médicos, se necessário.

Sendo assim, de acordo com Phelan (2005), o diagnóstico de portador do TDAH, só poderá ser definitivo, com base na integração de todos os dados coletados, cujo profissional responsável, além de confirmar a ausência ou presença de TDAH, também estará traçando um perfil particular dessa criança, o que também diagnosticará a presença de fatores comórbidos ao TDHA, como por exemplo: Transtorno Opositivo-Desafiador, Transtorno de Conduta, Distúrbios de Ansiedade, Depressão Grave, Distúrbio Bipolar, Distúrbios do Sono, Distúrbios de Tiques, Distúrbio de Aprendizado, entre outros.

É importante destacar que vários fatores, como boas habilidades sociais; QI alto e timidez, podem provocar mudanças substanciais no quadro de sintomas típicos de TDAH, e impedir que sejam diagnosticadas como portadoras de TDAH, mesmo que o sejam genuinamente. (PHELAN, 2005).

E então, segundo Silva (2009), a partir do diagnóstico conclusivo de TDAH, pais e crianças podem vislumbrar um futuro promissor e mais feliz, com um tratamento adequado e acompanhamento permanente, assim como o contrário também poderá resultar em fracassos e insatisfações.

5. O TRATAMENTO

Para Mattos (2014), o tratamento do TDAH envolve vários aspectos que são complementares, como confirmação do diagnóstico; explicações detalhadas sobre o transtorno; uso de medicamentos; orientação aos pais e orientação à escola.

Para Silva (2009, p.236):

> O critério de tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade deve basear-se na dialética Conforto x Desconforto. Assim sendo, os próprios indivíduos com TDAH devem avaliar se sua forma de viver, pensar e agir está lhes proporcionando uma existência confortável ou não.

Segundo a mesma autora, para os adultos, essa pode ser uma tarefa fácil, visto que podem se autoavaliar. Já para crianças e adolescentes TDAHs, é necessário contar com a valiosa colaboração dos pais na descrição dos comportamentos que podem sinalizar inadaptação ou sofrimento por parte da criança.

Ainda segundo Silva (2009), é importante que o tratamento do transtorno seja polivalente e dividido em etapas, tais quais: informação/conhecimento, apoio técnico, terapêutica medicamentosa e psicoterapia, com os efeitos que se seguem:

- Informação/conhecimento: quanto mais informação acerca do TDAH, mais capacitado estarão aqueles que participam do cotidiano do portador do transtorno, sejam os pais, cuidadores ou professores. E assim, esse conhecimento auxiliará na compreensão de como o transtorno afeta a vida de quem é portador de TDAH e de quem com ele convive;
- Apoio técnico: consiste na criação de uma rotina pessoal que facilite a vida prática do portador de TDAH, e que seja capaz de compensar, em parte, sua desorganização interna;
- Terapêutica medicamentosa: uma medida sempre polêmica, porém a prescrição de medicamentos psicotrópicos é o tratamento mais comum para o portador de TDAH. Numerosos estudos têm demonstrado, de modo coerente, a rápida melhora do funcionamento comportamental, acadêmico e social da maioria das crianças tratadas com substâncias que podem ser das categorias: a) estimulantes; b) antidepressivos e c) acessórios; podendo ser prescritos isolados ou combinados.
- Psicoterapia: faz-se necessária, uma vez que os portadores do transtorno carregam vivências significativas, principalmente na infância, que se tornam marcas difíceis de serem extintas, que acabam por resultar em cargas emocionais negativas, como a baixa autoestima. Muitos portadores de TDAH podem desenvolver uma autopercepção de inadequação e incapacidade, e precisam ser tratados por uma abordagem psicoterápica que busque a mudança nos afetos e comportamentos através de uma reestruturação cognitiva.

É importante ressaltar que o uso de medicação é um dos assuntos mais debatidos quando se fala em tratamento do TDAH, porém, como afirma Barkley (2002), é importante desmitificar o tema da medicação das crianças com TDAH, uma vez que o autor afirma que os efeitos dos medicamentos utilizados no tratamento do transtorno já foram mais estudados que qualquer outra modalidade de tratamento para qualquer outro transtorno da infância. E exatamente devido à sua eficácia, é importante que todos aqueles que participam do cotidiano do portador de TDAH se familiarize com a terapêutica medicamentosa que lhe é peculiar.

6 O TDAH E SUAS IMPLICAÇÕES NO CONTEXTO ESCOLAR

Como DuPaul e Stoner (2007) afirmam, os alunos portadores de TDAH, representam sempre um desafio para os profissionais da educação pelas características que apresentam – são inquietos, desatentos, falantes, desorganizados, etc, - e por apresentarem "alto risco de dificuldades crônicas de conquista acadêmica, desenvolvimento de comportamento anti-social e problemas no relacionamento com colegas, pais e professores." (p. XV). E como a esfera escolar é muitas vezes o local mais privilegiado de manifestação das dificuldades do TDAH, torna-se cada vez mais evidente a necessidade de entendimento e manejo do TDAH na esfera escolar.

As principais características do TDAH – desatenção, impulsividade e hiperatividade-, se traduzem em dificuldades para essas crianças em suas atividades escolares, uma vez que apresentam problemas para manter a atenção em tarefas que exigem concentração e em realizar tarefas autônomas propostas em sala de aula, ou em forma de tarefas. Tais dificuldades acabam por configurar um baixo desempenho acadêmico desses alunos (DuPAUL e STONER, 2007).

Ainda segundo DuPaul e Stoner (2007, p.4) os alunos com TDAH são aqueles que:

> (...) com frequência perturbam a aprendizagem dos colegas. Por exemplo, as crianças com TDAH podem exibir impulsividade de várias maneiras, incluindo falar sem permissão, conversar com colegas em momentos inapropriados e ficar zangadas quando confrontadas com reprimendas ou tarefas frustrantes. A qualidade dos trabalhos em sala de aula e em casa também podem ser afetada negativamente devido a um estilo de resposta impulsivo e descuidado nessas tarefas.

E no que tange à hiperatividade, DuPaul e Stoner (2007, p.4), afirmam que os problemas em sala de aula incluem "sair da cadeira sem permissão, brincar com objetos inapropriados, batucar com os dedos, bater os pés ritmicamente e se remexer na cadeira e que "embora esses comportamentos possam parecer relativamente benignos, quando ocorrem com frequência podem perturbar imensamente a instrução na sala de aula".

Nesse contexto, segundo DuPaul e Stoner (2007, p.5) os alunos com TDAH estão sempre propensos à dificuldades, "como se os problemas de desatenção, impulsividade e hiperatividade servissem como um "imã" para outras dificuldades que, em alguns casos, são mais graves que os déficits principais do TDAH." Para os autores, entre todas as dificuldades, os três correlatos mais frequentes são: o fraco desempenho acadêmico, altas taxas de desobediência e agressividade e perturbações nos relacionamentos com colegas.

Como a literatura (Jensen, Martin e Cantwell, 1997; Loney e Milich, 1982) apud (DuPaul e Stoner, 2007) explicita a forte correlação entre hiperatividade e agressividade associados ao TDAH e sendo o de maior frequência comórbida o transtorno oposicional desafiante (APA, 2000), presente em 40% das crianças com TDAH e 65% dos adolescentes com TDAH (Jensen, 1997) apud (DuPaul e Stoner, 2007), tais crianças apresentam maior risco de conflitos interpessoais em casa, na escola e com colegas do que crianças que exibem apenas o TDAH. Tal fato torna ainda mais desafiadora e estressante a experiência dos professores desses alunos.

Segundo Barkley (2002, p.107), quando as crianças com TDHA ingressam na escola, deposita-se sobre elas um peso social que durará por toda sua escolaridade:

> Ficará provado que se trata da área de maior impacto sobre suas incapacidades, criando uma fonte de angústia maior para muitas delas e para seus pais. As habilidades de sentar quieto, atender, escutar, obedecer, inibir um comportamento impulsivo, cooperar, organizar ações e seguir completamente as instruções, bem como dividir, brincar de maneira adequada e interagir de forma agradável com outras crianças são essenciais para conquistar uma carreira acadêmica de sucesso.

Barkley (2002) afirma que 20 a 25% das crianças com TDAH apresentam um transtorno de leitura, que só será evidenciado quando as tarefas escolares de leitura se iniciarem, o que duplamente afetará seu desempenho acadêmico e segundo o autor, o padrão geral de rejeição social também começará a aparecer nos anos escolares, e ambos os fatos concorrerão para o quadro de baixa autoestima.

Para Barkley, 2002; DuPaul e Stoner, 2007, as crianças com TDAH 'funcionamento cognitivo, ao mesmo tempo em que uma porcentagem significativa de crianças TDAH exibe dificuldades com solução de problemas e habilidades organizacionais, capacidades de linguagem expressiva e/ou controle motor fino ou grosso.

Mas é importante ressaltar, como afirma DuPaul e Stoner (2007, p.67), que "crianças com TDAH não diferem do restante da população escolar em termos de funcionamento intelectual. Isto é, o transtorno não parece afetar as capacidades cognitivas gerais de crianças diagnosticadas como um grupo." Por isso, é importante reforçar: "a suposição de que o TDAH não está relacionado a uma falta de capacidade, mas representa um déficit de desempenho." (Barkley,1998) apud DuPaul e Stoner, 2007, p.68).

Para DuPaul e Stoner (2007), as características dos alunos portadores de TDAH, assim como as dificuldades funcionais associadas e suas possíveis comorbidades, transformam a tarefa do professor ainda mais difícil, uma vez que para eles, transmitir o conhecimento e as habilidades que perfazem o currículo e ensinar as crianças a se comportarem de modo coerente com as expectativas organizacionais, sociais e culturais, já são tarefas naturalmente desafiadoras. O trabalho do professor se torna altamente desafiador, porque os comportamentos dos alunos com TDAH interferem na aprendizagem em sala de aula e impedem interações sociais positivas.

Nesse contexto, a atuação do professor é de extrema importância, pois é preciso que segundo DuPaul e Stoner (2007, p. 127):

> (...) os profissionais envolvidos assumam um enfoque contínuo e sistemático para criação, implementação e avaliação de ajustes para uso em sala de aula que combine abordagens tanto preventivas quanto remediadoras para lidar com os problemas apresentados e que envolva múltiplos agentes de intervenção.

As propostas de intervenção escolar, nos casos de TDAH, segundo Barkley (2002) e DuPaul e Stoner (2007), dependem de bases conceituais para intervenção nos problemas de atenção e comportamento, e quando isso não se traduz na realidade escolar, e existe a necessidade do sistema em justificar o fracasso escolar, acaba-se por transferir ao aluno essa responsabilidade, como afirma Assumpção (2011, p.2):

> Há algum tempo a educação e a escola brasileira procura nos indivíduos a justificativa para suas deficiências educacionais (...). Atualmente o fenômeno do fracasso escolar tem sido camuflado pelas escolas, pois a ideologia posta nos índices estatísticos encobre a verdadeira realidade e, para justificar seu descompromisso, mais uma vez o sistema educacional coloca sobre os indivíduos o problema, agora travestido por um transtorno, ou transtornos, os quais colocam sobre os indivíduos a culpa pelo seu fracasso escolar.

Assim, como elucida Mattos (2014, p. 120), "para lidar com uma criança com TDAH, antes de qualquer coisa, o professor precisa conhecer o transtorno e saber diferenciá-lo de "má-educação", "indolência" ou "preguiça"". Dessa maneira, para poder enfrentar o desafio de ser professor de um aluno com TDAH, é necessário que exista base teórica que alimente sua prática pedagógica, para que saiba equilibrar as necessidades dos demais alunos com as necessidades do aluno com TDAH. Esse professor deve antes de tudo:

> Ele tem que percebê-la como uma pessoa que tem potencial (que poderá ou não se desenvolver, como com todo mundo), interesses particulares, medos e dificuldades e tem que estar realmente interessado em ajudá-la. Embora existam várias "dicas" (...), não existe uma técnica nem abordagem pedagógica específica que possa melhorar a atenção e o desempenho da criança com TDAH. (MATTOS, 2014, p. 120).

Para que isso se concretize, é preciso que o professor receba suporte e formação sistemática adequada, para que realizem as adaptações necessárias ao planejamento escolar e didático, implementem e avaliem as intervenções aplicadas em sala da aula com alunos portadores de TDAH. (DuPAUL e STONER, 2007)

Hoje, em consonância ao movimento mundial pela Inclusão, movimento esse reconhecido como uma ação política, cultural, social e pedagógica, está instituída e amparada legalmente a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, alicerçada em princípios teóricos fundamentados em ideais democráticos de igualdade, equidade e diversidade. (BRASIL, 1996)

E para garantir esses princípios, a Lei n° 9394/96, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), no capítulo referente a Educação Especial estabelece:

> Art. 58. Entende-se por educação especial, para os efeitos desta Lei, a modalidade de educação escolar oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação.
> § 1º Haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de educação especial.
> § 2º O atendimento educacional será feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular.
> § 3º A oferta de educação especial, dever constitucional do Estado, tem início na faixa etária de zero a seis anos, durante a educação infantil.
> Art. 59. Os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação:
> I - currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos, 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;
> IV - educação especial para o trabalho, visando a sua efetiva integração na vida em sociedade, inclusive condições adequadas para os que não revelarem capacidade de inserção no trabalho competitivo, mediante articulação com os órgãos oficiais afins, bem como para aqueles que apresentam uma habilidade superior nas áreas artística, intelectual ou psicomotora;
> V - acesso igualitário aos benefícios dos programas sociais suplementares disponíveis para o respectivo nível do ensino regular.
> Art. 60. Os órgãos normativos dos sistemas de ensino estabelecerão critérios de caracterização das instituições privadas sem fins lucrativos, especializadas e com atuação exclusiva em educação especial, para fins de apoio técnico e financeiro pelo Poder Público.
> Parágrafo único. O poder público adotará, como alternativa preferencial, a ampliação do atendimento aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento

> e altas habilidades ou superdotação na própria rede pública regular de ensino, independentemente do apoio às instituições previstas neste artigo. (BRASIL, 1996)

No entanto, a LDB não estabelece as singularidades das necessidades especiais de educação (NEE), tampouco cita o termo Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. Vejamos o que as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Especial estabelecem:

> Art. 5º Consideram-se educandos com necessidades educacionais especiais os que, durante o processo educacional, apresentarem:
> I - dificuldades acentuadas de aprendizagem ou limitações no processo de desenvolvimento que dificultem o acompanhamento das atividades curriculares, compreendidas em dois grupos: a) aquelas não vinculadas a uma causa orgânica específica b) aquelas relacionadas a condições, disfunções, limitações ou deficiências; II – dificuldades de comunicação e sinalização diferenciadas dos demais alunos, demandando a utilização de linguagens e códigos aplicáveis; III - altas habilidades/ superdotação, grande facilidade de aprendizagem que os leve a dominar rapidamente conceitos, procedimentos e atitudes. (BRASIL, 2001)

Conforme a revisão de literatura explicita nos capítulos anteriores do presente trabalho, muitos estudos demonstram que o aluno portador de TDHA apresenta grandes dificuldades na aprendizagem e no desempenho escolar, conforme afirma Barkley (2002):

> Uma área de grande dificuldade para crianças com TDAH está nas realizações acadêmicas (a produtividade do trabalho na sala de aula e no desempenho acadêmico o nível de dificuldade daquilo que as crianças já aprendera, e dominaram). Quase todas as crianças com TDAH em tratamento clínico vão mal na escola. Geralmente, apresentam desempenho fraco em relação aos próprios níveis conhecidos de habilidade, determinados por teste de inteligência e desempenho acadêmico. Acredita-se que esse desempenho fraco resulte do comportamento desatento, impulsivo e inquieto em sala de aula.

Por isso, em busca da garantia legal da inclusão do portador de TDAH, a Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), afirma que é salutar que a política nacional de inclusão, não se restrinja à criança com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, como alunos com necessidades especiais de educação, mas sim que contemple toda criança, em sua vasta diversidade de habilidades e dificuldades

Nesse contexto, o que vemos é que as práticas inclusivas não incluem todas as crianças com NEE, como é o caso do aluno portador de TDAH, o que gera um distanciamento significante das proposições teóricas e legais (ABDA, 2011).

Atualmente existem iniciativas que apontam a necessidade de se repensar a Inclusão como um processo de aspecto multidimensional e não exclusivamente voltado às crianças com deficiências ou NEE, partindo da premissa científica de que há diversidade no desenvolvimento infantil, seja típico ou atípico, como afirma a Cartilha da Inclusão Escolar – Inclusão baseada em evidências científicas -, da Associação Brasileira do Déficit de Atenção – ABDA - (2011):

> O cérebro humano é um sistema complexo tão singular quanto as impressões digitais e, embora sua estrutura básica seja a mesma, não existem dois cérebros idênticos. Apesar de existirem padrões gerais de organização estrutural e funcional do aprendizado no cérebro, cada indivíduo apresenta padrões e combinações singulares de habilidades e dificuldades.

Assim, é importante que haja uma mudança de paradigmas na Educação Inclusiva, para que todas as crianças tenham "reabilitadas suas dificuldades, estimuladas suas habilidades e respeitada sua singularidade, viabilizando um desenvolvimento em plenitude". (ABDA, 2011, p.7)

E para que isso aconteça, essa mudança de paradigma deve se apoiar em uma política de formação e educação continuada de professores, "verdadeiros pilares para a construção da inclusão escolar." (ABDA, 2011, p.6). Conforme afirmam Arruda e Almeida (2011), na Cartilha da Inclusão Escolar: baseada em evidências científicas:

> O processo de inclusão deve ser capaz de atender a todos, indistintamente, incorporando as diferenças no contexto da escola, o que exige a transformação de seu cotidiano e, certamente, o surgimento de "novas formas de organização escolar, audaciosas e comprometidas com uma nova forma de pensar e fazer educação.
> Portanto, a proposta de uma educação inclusiva coloca-nos frente a este grande desafio: transformar a escola da realidade. Para isso se faz necessária a mudança de comportamento e rompimento de numerosas barreiras históricas, financeiras, físicas e atitudinais (p.6).

Portanto, é preciso que o aluno portador de TDAH seja incluído e possa desfrutar de uma educação inclusiva de qualidade, que contemple a necessidade de todos os alunos, é preciso de:

> Uma Pedagogia que contemple e inclua toda a diversidade infantil, com base em evidências científicas e garantindo

> os direitos civis das pessoas com deficiência, se apresenta como uma alternativa de vanguarda e esperança por uma comunidade escolar e sociedade mais justas e igualitárias (ABDA, 2011, p.7).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo buscou demonstrar que é preciso reconhecer que a família, a escola e o professor estejam tecnicamente preparados para receber o aluno TDAH, que saibam o que é o transtorno, quais as características dos alunos que o apresentam, como identificar esse aluno em sala de aula e os outros transtornos que se manifestam comorbidamente ao TDAH e que se traduzem em baixo desempenho escolar, baixa autoestima e dificuldade de interação social. É preciso ainda extrema atenção à investigação das situações de baixo desempenho e dificultosas relações sociais, uma vez que tais situações devem sempre ser consideradas e investigadas as suas causas, para evitar que o aluno TDAH tenha diagnóstico e acompanhamento tardio, pois isso significa maiores prejuízos à qualidade de vida desse aluno.

O estudo demonstra que sem o diagnóstico do TDAH, e consequentemente sem tratamento adequado, não há como superar as dificuldades impostas pelo transtorno, significando maiores prejuízos na vida pessoal, familiar e acadêmica.

Importante ainda desmistificar o uso dos medicamentos no tratamento do TDAH, para derrubar barreiras infundadas e preconceituosas acerca dos benefícios proporcionados pelos estimulantes e a segurança de utilizá-los, uma vez que a literatura afirmou que o tratamento psicoterápico ou outra qualquer terapia complementar, não surtem efeito sem a medicação.

Com vistas à importância de constatação de um quadro clínico de TDAH e como esse transtorno afeta a vida de uma criança/adolescente, nos aspectos pessoais, familiares e acadêmicos, e em contrapartida, a desinformação técnica que envolve a família e a equipe pedagógica muitas vezes e que resultam num diagnóstico não realizado, ou então tardio, é necessário que as instituições de ensino estejam mais próximas do que é o TDAH.

Para que isso ocorra, é necessário que o TDAH seja conhecido e encarado como um transtorno neurobiológico reconhecido pela ciência e que os alunos que apresentem as características do TDAH sejam devidamente encaminhados para avaliação diagnóstica e que após essa comprovação, possa desenvolver um trabalho de inclusão desse aluno com qualidade, através de um trabalho que busque novas possibilidades de intervenção.

E para que isso seja possível para as instituições escolares, é necessário que os professores sejam capacitados para essa diversidade de alunos, que inclua mudanças atitudinais e reconhecimento dessa diversidade. Isso se faz necessário para destruir a barreira atitudinal das posturas afetivas e sociais, que se traduzem em discriminação e preconceito, através de rótulos e adjetivações, que tanto em sala de aula, como externa a ela, acarretam em prejuízos afetivos aos portadores de TDAH. Nesse contexto, também é preciso ressignificar a política de educação inclusiva, com vistas também ao aluno com TDAH.

As instituições escolares que recebem alunos com TDAH precisam refletir sobre a formação do seu corpo docente com vistas à diversidade de características dos seus alunos e, além disso, construir um planejamento de ensino que ofereça metodologia diferenciada, com um currículo que se adeque às especificidades desses alunos, ao mesmo tempo que ofereça aos professores um espaço adequado de formação e troca de experiências, para construir estratégias conjuntas para a melhora acadêmica do aluno TDAH.

É preciso quebrar tabus, no que concerne à medicação do aluno TDAH, para que os benefícios revelados pela dialética Conforto x Desconforto seja levada em consideração.

O presente estudo não encerra-se no limite dessas páginas, uma vez que o TDAH vem sendo tratado com relevância e atenção tanto no âmbito médico, como escolar, e tais estudos suscitam novas inquietações sobre o TDAH, uma vez que o caminho de pesquisa ainda está sendo percorrido, tendo em vista que o mecanismo exato que rege o comportamento TDAH ainda não é totalmente compreendido.

REFERÊNCIAS

ABDA. Associação Brasileira do Déficit de Atenção, 1999. Cartilha da Inclusão Escolar: Baseada em evidências científicas. Disponível em URL: http://www.tdah.org.br. Acessado em março de 2015.

ALMEIDA, M e ARRUDA, M.A. Cartilha da Inclusão Escolar: Baseada em evidências científicas. In: ABDA. Associação Brasileira do Déficit de Atenção, 1999. Disponível em URL: http://www.tdah.org.br. Acessado em março de 2015.

ASSUMPÇÃO, Maiara Pereira: et al. Desnaturalizando o TDAH: o professor como sujeito essencial no processo de aprendizagem da atenção voluntária. X CONPE – Congresso nacional de Psicologia Escolar e Educacional – 2001, 14p.

BARKLEY, A. Russell. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Guia completo para pais, professores e profissionais da saúde. Tradução de Luís Sérgio Roizman. Porto Alegre: Artmed; 2002.

BENCZIK, Edileine Belini Peroni. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica: características, avaliação, diagnóstico e tratamento: um guia de orientação para profissionais. Colaboradores: Luis Augusto P Rodhe e Marcelo Schimitz. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

BRASIL. LDB. Lei de Diretrizes e Bases da Educação. Lei nº 9.394 de 1996. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional. Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CEB 2 de 2001. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1998 14 de set; seção 1E.

CERVO, Amado; BERVIAN, Pedro e DA SILVA, Roberto. Metodologia Científica. 6ª edição. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COSENZA, Ramon Moreira; GUERRA, Leonor B. Neurociência e Educação: como o cérebro aprende. Porto Alegre: Artmed, 2011

CYPEL, Saul. O papel das funções executivas nos transtornos da aprendizagem. In: ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia e RIESGO, Rudimar dos Santos. Transtornos da Aprendizagem – Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais/ American Psychiatric Association. Tradução de Maria Inês Correa Nascimento et. al. Revisão Técnica de Aristides Volpato Cordioli et. al.

DuPAUL, George , STONER, Gary. TDAH nas escolas – Estratégias de Avaliação Intervenção. Tradução de Dayse Batista. São Paulo: M.Books do Brasil, 2007.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da Autonomia – Saberes necessários à prática educativa. 5ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

MATTOS, Paulo. No Mundo da Lua - Perguntas e respostas sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em Crianças, Adultos e Adolescentes. 15ª edição. Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), 2014.

PHELAN, Thomas W. TDA/TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Tradução de Tatiana Kassner. São Paulo: M. Books do Brasil, 2005.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. Mentes Inquietas : TDAH : desatenção, hiperatividade e impulsividade. Rio de Janeiro : Objetiva, 2009.