



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
LICENCIATURA EM PEDAGOGIA**

JENNIFFER CAROLINE CERQUEIRA RIBEIRO

**A CRIANÇA COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE NO CONTEXTO ESCOLAR: O QUE APONTAM OS
ESTUDOS?**

Amargosa
2022

JENNIFFER CAROLINE CERQUEIRA RIBEIRO

**A CRIANÇA COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE NO CONTEXTO ESCOLAR: O QUE APONTAM OS
ESTUDOS?**

Trabalho de Conclusão do Curso de Licenciatura Plena em Pedagogia, apresentado à banca examinadora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como obtenção do título Licenciada em Pedagogia.

Orientador (a): Prof(a) Dr^a. Thereza Cristina Bastos Costa de Oliveira

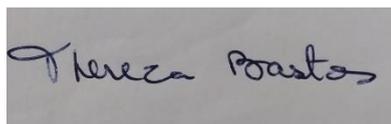
Amargosa
2022

JENNIFFER CAROLINE CERQUEIRA RIBEIRO

**A CRIANÇA COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE NO CONTEXTO ESCOLAR: O QUE APONTAM OS
ESTUDOS?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Licenciatura em Pedagogia,
Centro de Formação de Professores, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como
requisito para obtenção do grau de Pedagoga.

Amargosa, 15 de março de 2022.



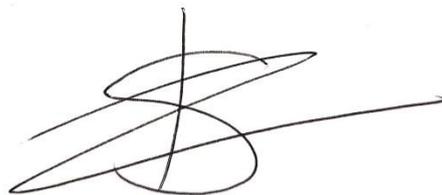
Profa. Dra. Thereza Cristina Bastos Costa de Oliveira (Orientadora)

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia



Prof. (a) Dr. (a) Sabrina Torres Gomes

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia



Prof. (a) Dr. (a) Sirlândia Reis de Oliveira Teixeira

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

A minha pequena Cecília, personificação do amor. Fonte de vida, luz, resistência e resiliência.

AGRADECIMENTOS

Dou início esta passagem agradecendo à Deus, o meu alívio em meio as turbulências, minha certeza de presença, amor e proteção. Sem Ele eu não seria, não existiria e muito menos teria a oportunidade de me reerguer a cada amanhecer.

Agradeço a toda minha família, em especial aos meus pais Antoniel e Gleide, por caminharem junto comigo, dia após dia se sacrificando em prol do meu sonho de conquistar a tão sonhada graduação, machucando os próprios pés para que os meus se mantivessem sãos. Aos meus irmãos Geovanna, Isabella e Lázaro, por acreditarem em mim e no meu potencial.

À minha filha Cecília, por ser a minha força nos dias em que tudo o que eu quis foi abandonar a universidade, nos momentos em que eu não me reconheci naquele ambiente, não me enxerguei. Juntas atravessamos o puerpério, a minha depressão, os desafios em conciliar a vida acadêmica e a maternidade, juntas também tocaremos o diploma.

À Mateus Ribeiro, por nunca ter me permitido desistir do sonho de ser professora, por acreditar em mim quanto eu mesma não acreditei. Por me impedir de trancar a faculdade, por garantir a minha permanência, por todo socorro, incentivo e auxílio.

Ao meu grupinho, Kamilla Leal (Milla), Luana Chaves (Lulu), Taiane Souza (Tai) e Vanessa Neres (Nê) por permanecerem comigo dentro e fora das paredes da UFRB, por me acolherem, me ajudarem, me ouvirem, aconselharem e me tornarem uma cidadã amargosense.

À minha segunda família em Amargosa, Dita, Luciano, Soraia e Luly, que surgiram em minha vida através da universidade. Por cuidarem tão bem de nós duas (eu e Cecília), por serem apoio e afago.

Agradeço a minha orientadora Thereza Bastos, por todos os ensinamentos neste processo de escrita e construção pessoal, eles foram extremamente valiosos e enriquecedores. Agradeço por toda a compreensão e auxílio. Muito obrigada por exercer a docência com tanta delicadeza e zelo. Em contrapartida, agradeço pela grande ideia de reunir todos os orientandos em reuniões e possibilitar a troca de conhecimentos.

Por fim, agradeço a todos e todas que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação acadêmica desde o início até a chegada desse momento. Aos professores, colegas de classe, servidores e técnicos da universidade, todos foram extremamente importantes neste processo.

“Cada criança é como todas as crianças, como algumas crianças e como nenhuma outra criança”.

(Moris, 1984)

JENNIFFER, Caroline, Cerqueira, Ribeiro. **A criança com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade no contexto escolar: o que apontam os estudos?** Monografia (Graduação em Pedagogia) - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-UFRB, Amargosa, 2022, p. 59.

RESUMO

A presente pesquisa busca compreender as implicações da criança com diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) no contexto escolar. Este transtorno de ordem neurobiológica, se desdobra sob o desenvolvimento de autocontrole do indivíduo, ademais acomete ambos os sexos, entretanto os estudos apontam maior prevalência em pessoas do sexo masculino, e provoca grande impacto nas diversas áreas da vida do indivíduo. Esta definição e nomenclatura adotada pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) V, indica os sintomas de desatenção, impulsividade e hiperatividade. Com o aperfeiçoamento científico, possíveis fatores etiológicos tem sido pauta de estudos, dentre eles a hereditariedade, a ingestão de substâncias tóxicas na gravidez, complicações durante a gestação ou parto, exposição ao chumbo e até mesmo a existência de problemas familiares. As características do transtorno, que manifestam os seus primeiros sinais durante a infância, em maioria são observadas no início da vida escolar. A criança com TDAH tende a apresentar barreiras acadêmicas das mais diversas ordens, desde as dificuldades no percurso de aprendizagem, a problemática de interação e socialização entre os pares, os comportamentos observados como indevidos e/ou fora de hora e até mesmo o preconceito de quem a circunda. Esta pesquisa de ordem qualitativa, mediante caráter bibliográfico, foi realizada a partir da busca em livros impressos, bem como artigos, teses e dissertações disponíveis nas plataformas digitais como a Google acadêmico, a SciElo e repositórios institucionais, a partir dos descritores TDAH; Crianças; Educação Infantil; de modo que atende aos objetivos direcionados a compreender as características do TDAH, diagnóstico e tratamento, as implicações na vivência da criança no âmbito escolar, bem como práticas pedagógicas que auxiliem na aprendizagem e na interação das crianças com seus pares. Desse modo, traça um novo olhar sob a criança com TDAH dentro do espaço escolar utilizando como principais bases teóricas os autores BARKLEY (2002), BENCZIK (2000), CARDOSO (2007), RIBEIRO (2011), RIBEIRO et al. (2019) e ROHDE e BENCZIK (1999), bem como documentos legais tais quais Declaração de Salamanca (1994), PNEE (2020) e Lei Federal nº 14.254 de 2021. Os estudos apontam que o saber sobre o que é o TDAH contribui para que os educadores possam adotar práticas mais assertivas que favoreçam a vivência da criança no ambiente escolar, além disso assinalam que a parceria entre escola/família e profissionais da saúde possibilita a atenuação de outros problemas que comprometam o desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: TDAH, criança, educação infantil.

JENNIFFER, Caroline, Cerqueira, Ribeiro. **The child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the school context: what do the studies point out?** Monograph (Degree in Pedagogy) - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-UFRB, Amargosa, 2022, p. 59.

ABSTRACT

This research aims to understand the implications of children diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the school context. This neurobiological disorder, which unfolds under the development of individual self-control, also affects both sexes; however, studies point to a higher prevalence in males, and has a great impact on the different areas of the individual's life. This definition and nomenclature adopted by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) V, indicates the symptoms of inattention, impulsivity and hyperactivity. With the scientific improvement, possible etiological factors have been the subject of studies, among them heredity, ingestion of toxic substances during pregnancy, complications during pregnancy or childbirth, exposure to lead and even the existence of family problems. The characteristics of the disorder, which manifest its first signs during childhood, are mostly observed in early school life. Children with ADHD tend to present academic barriers of the most diverse orders, since the difficulties in the learning path, the problem of interaction and socialization between peers, the behaviors observed as inappropriate and/or out of time and even the prejudice of those who surround it. This qualitative search, based on bibliographic character, was carried out from the search in printed books, as well as articles, theses and dissertations available on digital platforms such as academic Google, Scielo and institutional repositories, from ADHD descriptors; Children; Early Childhood Education; so that it meets the objectives directed to understand the characteristics of ADHD, diagnosis and treatment, the implications in the child's experience in the school environment, as well as pedagogical practices that help in the learning and interaction of children with their peers. Thus, it draws a new look at children with ADHD within the school space using as main theoretical bases the authors BARKLEY (2002), BENCZIK (2000), CARDOSO (2007), RIBEIRO (2011), RIBEIRO et al. (2019) and ROHDE and BENCZIK (1999) as well as legal documents such as the Salamanca Declaration (1994), PNEE (2020) and Federal Law 14,254 of 2021. Studies indicate that knowing what ADHD is contributes to educators adopting more assertive practices that favor the child's experience in the school environment, also point out that the partnership between school/family and health professionals enables the mitigation of other problems that compromise child development.

Key words: ADHD, child, early childhood education.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

BNCC- Base Nacional Comum Curricular
CID- Classificação Internacional de Doenças
COVID-19- *Coronavirus Disease 2019*
DCM- Disfunção Cerebral Mínima
DDAH- Distúrbio Déficit de Atenção / Hiperatividade
DSM- Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EEG- Eletroencefalograma
ERE- Ensino Remoto Emergencial
LBI- Lei Brasileira de Inclusão
LDB- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MSD- *Merck Sharp and Dohme*
NEE- Necessidades Educacionais Especiais
NI- Neuroimagem
NIMH- *National Institute of Mental Health*
PNEE- Política Nacional de Educação Especial
OMS- Organização Mundial de Saúde
SciELO - *Scientific Electronic Library Online*
TAG- Transtorno de Ansiedade Generalizada
TC- Transtorno de Conduta
TDAH- Transtorno do Déficit e Atenção e Hiperatividade
TOC- Transtorno Obsessivo Compulsivo
TOD- Transtorno Desafiador Opositivo
TOD- Transtorno Opositivo-Desafiador
TT- Transtorno de Tiques
TUS- Transtorno por Uso de Substância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. PERCURSO METODOLÓGICO	15
3. O QUE É TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E QUAIS AS SUAS CAUSAS?	18
3.1 Uma breve linha do tempo.....	18
3.2 Concepções e aspectos neurobiológicos.....	19
3.3. A etiologia do transtorno	22
3.4. Tríade de sintomas.....	25
3.5. Prevalência.....	27
3.6. Comorbidades.....	29
4. DA COMPLEXIDADE DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO	33
4.1. O diagnóstico.....	33
4.2. O tratamento	35
5. O TDAH E SUAS IMPLICAÇÕES EDUCACIONAIS.....	39
5.1. Aspectos legais que asseguram os direitos do aluno com TDAH	39
5.2. A padronização no âmbito escolar	42
5.3. Implicações educacionais da criança com TDAH.....	43
5.4. A pandemia do COVID-19 e o ensino remoto	49
5.5. Práticas pedagógicas assertivas	51
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
7. REFERÊNCIAS	57

1. INTRODUÇÃO

Em meio a uma sociedade que diariamente acorda e adormece disposta a julgar, colocando o outro no banco do réu prestes a ouvir a sentença, a criança com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) encontra uma vastidão de barreiras dentro do contexto educacional, para além das impostas pelo transtorno. Convive com os adjetivos indevidos, a falta de informação e bom senso, os conceitos deturpados, o caos. Constantemente observada e rotulada como “inquieta”, “agressiva”, “desatenta”, essa criança tem sua infância declarada culpada aos olhos de quem pouco se importa em ajudar.

A infância pode ser compreendida como um tempo cronológico que perpassa a vida do indivíduo, é o começo, um aglomerado de sentimentos e experiências que formarão memórias futuras. A criança, vista como uma tábula rasa, foi distanciada das temáticas de estudos científicos, pouco se discutia. Segundo Vasconcellos e Sarmiento (2007) a realidade social da criança foi anulada por longos anos.

Partindo desse pressuposto é cabível acentuar que esse processo foi ainda mais extenso no que se refere a criança com Necessidades Educativas Especiais (NEE), engloba-se nesse grupo indivíduos que necessitam de recursos e métodos educativos específicos durante sua trajetória escolar, na tentativa de que haja um melhor desempenho e qualidade de vida.

Vale salientar que, a educação da criança com TDAH é assegurada através de políticas públicas que regem o cenário educacional brasileiro. A Declaração de Salamanca (1994) atua como ferramenta primordial de inclusão, de modo que reforça a necessidade de uma educação de qualidade e que esta desempenhe uma pedagogia centrada na criança, observando e atendendo suas singularidades e necessidades educativas especiais. Embora a Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da vida (PNEE, 2020) não defina o TDAH como público alvo (englobando apenas pessoas com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento, altas habilidades ou superdotação), configurando um grande prejuízo para estes sujeitos, é preciso acentuar um ganho imensurável obtido através da Lei Federal nº 14.254 de 30 de novembro de 2021. Tal sanção dispõe sobre o acompanhamento integral do indivíduo com TDAH, desde a identificação precoce, encaminhamento ao diagnóstico até apoio na rede educacional e de saúde. Acentuando que a garantia de educação de qualidade e bem-estar global da criança é capaz de minimizar os impactos desencadeados pelo transtorno.

O interesse por delimitar o objeto desta pesquisa em compreender a criança com TDAH no contexto escolar ocorreu no início da minha graduação no curso de Pedagogia, quando tive o prazer de ouvir e aprender um pouco mais sobre o TDAH durante as aulas do componente curricular de Psicologia da Educação e posteriormente no componente de Aspectos Biológicos da Educação. Tudo que pude ouvir e aprender nesses momentos aguçaram meu interesse em continuar buscando conhecimentos sobre um transtorno tão pouco discutido dentro da sociedade, mas que possui prevalência tão acentuada. A ascensão do número de crianças em idade escolar diagnosticadas, em contrapartida a falta de conhecimento e manejo de pais e professores para com estas crianças, exprime a importância de desencadear novos estudos tais como esse, que atendam a essas lacunas e possibilitem aos envolvidos um pouco mais de tranquilidade em meio à turbulência.

O TDAH se caracteriza por um transtorno de saúde mental, de origem neurobiológica que normalmente manifesta os seus primeiros sinais durante a infância, podendo acompanhar o indivíduo até a vida adulta. Mediante estudos aprofundados sobre a temática através de uma revisão detalhada nos arquivos pré-existentes, foi constatada a prevalência do transtorno à nível mundial de 6,48% em crianças com idade escolar. (POLANCZY et al., 2007)

A tríade de sintomas do TDAH está pautada em desatenção, hiperatividade e impulsividade. De acordo com Barkley (2002) essas dificuldades se configuram na capacidade da criança de expressar o controle do corpo, de modo que não se resume a atitudes de mau comportamento ou mera “maldade”.

É válido salientar que não existe uma fórmula mágica para o desempenho dos sintomas, eles agem de maneira distinta em cada indivíduo. De acordo com Benczik (2000) em alguns casos há predominância da desatenção, outros podem haver maior incidência da hiperatividade/impulsividade, bem como, existem situações em que há presença de ambos em modo simultâneo, também conhecido como o TDAH combinado.

Segundo Barkley (2002), crianças com TDAH têm grandes dificuldades de ajustamento diante das demandas escolares exigidas, um terço ou mais destas ficarão para trás na escola, no mínimo uma série, durante sua carreira escolar. Essa estatística reflete a situação do sistema educacional que, por vezes, não se encontra preparado para lidar e auxiliar crianças com NEE.

Este público por muitos anos esteve excluído das instituições de ensino, até que como afirma Silva (2009), são inseridos nesses ambientes sob métodos de segregação, ocupando espaços educacionais designados para suas especificidades. Quando passam a integrar as escolas regulares, ainda sob a visão da autora mencionada acima, são integrados na tentativa de “normalizá-los” e estabelecer o convívio com os demais.

A medida que se atinge um novo agir, como acentua Mantoan (2009, p.12) há “uma ruptura de base em sua estrutura organizacional, como propõe a inclusão, é uma saída para que a escola possa fluir, novamente, espalhando sua ação formadora por todos os que dela participam”.

No entanto, cabe-se ressaltar que na prática, por vezes, esta educação não ocorre segundo os escritos, de modo que mesmo garantindo o acesso do aluno com NEE, não são ofertadas as condições favoráveis à aprendizagem. A educação da atualidade tem por essência disciplinar, impondo aos seus alunos normas e regras a serem seguidas e punir aquele que as descumpra. Quando a unidade escolar se depara com uma criança que apresenta os sintomas característicos do TDAH tenta conduzi-la às mesmas ações disciplinadoras que aplicadas ao restante do grupo, falhando notoriamente.

A incógnita que permeia esta pesquisa surgiu a partir do questionamento sobre quais são as implicações educacionais da criança com TDAH dentro deste espaço. Pois como afirma Ribeiro (2011):

No cotidiano da escola em função das atribuições e da sua dinâmica de funcionamento e organização perde-se a escuta e o olhar sensível para as manifestações dos estudantes, que são bastante diversificadas. O que se pretende é a homogeneização, controle, resultados satisfatórios, todos acompanhando no mesmo ritmo; aqueles que fogem do padrão idealizado sofrem por não se ajustarem a essa idealização, são excluídos, são considerados como “alunos problemas”. (RIBEIRO, 2011, p.10)

As dificuldades encontradas pela criança com TDAH se estendem desde à dificuldade em habilidades cognitivas, motoras até as organizacionais, corroborando para a criação do estereótipo de “aluno fracassado”. Como afirma Cardoso (2007), ainda que existam algumas particularidades, é comum que professores tomem como desrespeito a eles e até mesmo aos colegas de classe alguns comportamentos tais quais atitudes de indisciplina, falta de limite, desatenção e inquietação.

Somando-se a isso, a interação entre os pares educativos possui papel fundamental, tanto numa perspectiva professor-aluno quanto aluno-aluno. O docente é peça imprescindível dentro desse ciclo, é ele quem deve mediar, intervir, se fazer presente, adequar a sua prática para atender a especificidade do aluno. No entanto, é preciso que a escola também esteja aberta a novos moldes e concepções, de modo que rompa modelos autoritários e inove sua metodologia, valorizando o potencial do estudante.

Mediante tais constatações sobre o tema escolhido foi desencadeado o objetivo geral desta pesquisa: compreender acerca da criança com TDAH dentro do âmbito educacional, levando em consideração as barreiras e dificuldades acarretadas pelo transtorno. Partindo desse pressuposto os objetivos específicos destacados são: 1. Analisar o Transtorno do Déficit de

Atenção e Hiperatividade e suas características, 2. Observar como é realizado o diagnóstico do transtorno 3. Analisar como é realizado o tratamento do transtorno. 4. Avaliar as implicações da criança com TDAH no contexto educacional, 5. Reunir práticas pedagógicas assertivas.

Desse modo esta pesquisa encontra-se pautada em 7 (sete) capítulos. O presente capítulo apresenta a contextualização do tema, questão norteadora, justificativa da pesquisa e objetivos a serem traçados. O segundo, percurso metodológico, apresenta os caminhos trilhados para o alcance de resultados. O terceiro capítulo se refere ao TDAH e suas características, no que permeia a sua linha do tempo, concepções de alguns autores, tríade de sintomas, etiologia, prevalência e comorbidades. O quarto se refere a compreensão da complexidade do processo diagnóstico, alternativas assertivas ao tratamento e a medicalização dos corpos. O quinto capítulo trata acerca do contexto educacional, aspectos legais que asseguram os direitos do aluno com TDAH, a padronização no âmbito escolar, as implicações da criança nesse ambiente, os desdobramentos do ensino remoto, assim como reúne práticas pedagógicas assertivas. O capítulo 6, onde se encontram as considerações finais do estudo e por fim, o sétimo que corresponde as referências.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

O presente capítulo visa abranger o modo como a pesquisa foi desempenhada, perpassando por abordagem metodológica, coleta de dados e método adotado para análise dos mesmos.

Através do caráter exploratório este estudo aproxima-se do objeto proposto, pois como reflete Gil (2002) este modelo é desenvolvido na tentativa de fornecer uma visão geral, aproximativa, de modo que é utilizado principalmente quando o tema é pouco explorado, tornando-se difícil desempenhar hipóteses acerca do mesmo. Assim como é o caso do TDAH no contexto escolar, um assunto de tamanha relevância, mas com pouca disseminação.

Este estudo foi desenvolvido de maneira qualitativa, na busca por descrever o objeto em sua profundidade, mediante coleta de informações que atendam as inquietações sobre quais são as implicações da criança com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade dentro do contexto escolar. A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental. (GODOY, 1995, p.62)

Gatti (2006) reflete que dentro da pesquisa qualitativa o pesquisador está diretamente ligado ao processo e não apenas aos números e resultados gerados por ela, como acontece na abordagem quantitativa, entretanto é válido ressaltar que ambas as pesquisas não devem ser vistas como totalmente distintas. Diante disso, esta pesquisa qualitativa apresenta o entrelace destas abordagens ao tratar alguns dados quantitativos relevantes no que se refere à prevalência do TDAH, bem como as estatísticas encontradas em possíveis causas. Gatti (2006) acentua ainda que:

É preciso considerar que os conceitos de quantidade e qualidade não são totalmente dissociados, na medida em que, de um lado, a quantidade é uma interpretação, uma tradução, um significado que é atribuído à grandeza com que um fenômeno se manifesta (portanto é uma qualificação dessa grandeza), e de outro, ela precisa ser interpretada qualitativamente, pois, em si, seu significado é restrito. Por outro lado, nas abordagens qualitativas, é preciso que o evento, o fato, se manifeste em uma grandeza suficiente para sua detecção – ou seja, há uma quantidade associada aí. (GATTI, 2006, p.28)

Considerando os princípios da pesquisa, é de grande valia a contribuição dessa abordagem qualitativa escolhida, de modo que possibilita um olhar atento e empático ao sujeito, sendo este observado como um todo.

O método técnico pelo qual transcorre este estudo é a pesquisa bibliográfica. Atuando como fonte secundária, está pautada na busca por informações já existentes acerca da criança com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade no contexto escolar, com a

intencionalidade de aprimoramento e construção do conhecimento. Severino (2007) acentua tal função aplicada a esse modelo de pesquisa como:

[...] registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. Utilizam-se dados de categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir de contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos. (SEVERINO, 2007, p. 122)

De acordo com Fonseca (2002), a pesquisa bibliográfica busca unicamente por referências teóricas já publicadas, na tentativa de recolher informações que desempenhem respostas contundentes ao problema que se anseia por respostas. Assim é possível afirmar que essas referências já se encontram no âmbito científico, seja através de livros, artigos e teses, por exemplo.

A pesquisa bibliográfica exprime vantagens em seu desempenho, sendo indispensável nas mais diversas áreas do conhecimento. Bem como afirma Gil (2002), uma das grandes vantagens deste viés é promover ao pesquisador acesso a uma gama de informações sobre o objeto de estudo, que de fato seria extremamente difícil encontrar mediante a pesquisa direta à campo.

A escolha do procedimento de pesquisa adotado, surgiu em virtude do cenário complexo que assola o mundo. Com a chegada da Pandemia do *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), autuada mais precisamente em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), todas as relações foram afetadas, a vida virou do avesso, um novo normal foi conceituado, nos restou apenas a adaptação. Assim como em diversas áreas, o contexto caótico também se estendeu à educação. Foi preciso repensar novas técnicas, novos moldes, perspectivas e metodologia.

Esta pesquisa se fundamenta em livros impressos, bem como artigos científicos, teses e dissertações disponíveis nas plataformas digitais como Google acadêmico, SciElo (*Scientific Eletronic Library Online*) e repositórios institucionais, isto a partir dos descritores TDAH; Crianças; Educação Infantil. Além disso, constrói reflexões a partir de documentos legais tais como Declaração de Salamanca (1994), Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida (PNEE, 2020) e Lei Federal nº 14.254 de 30 de novembro de 2021. Como critérios de busca foram priorizadas as publicações sobre o tema entre os anos 1994 a 2020. Este intervalo temporal se deve a existência de fontes extremamente relevantes e elucidativas acerca do transtorno, escritas por autoridades brasileiras e estrangeiras sobre o objeto de estudo, além disso bases legais de extrema importância que regimentam a

educação. Partindo desse pressuposto, foram utilizados os livros escritos pelos autores Russel Barkley (2002) para discutir o TDAH sob perspectiva médica, Edyleine Benczik (2000) para um olhar sob viés psicológico, Luís Rohde e Edyleine Benczik (1999) para acentuar orientações sobre o que é e como ajudar, assim como dissertação da autora Diana Maria Pereira Cardoso (2011) para acentuar o contexto educacional e Maria Izabel Souza Ribeiro (2011) e Maria Izabel Ribeiro; Lygia de Sousa Viégas; Elaine Cristina de Oliveira (2019) para traçar o enfoque acerca da medicalização dos corpos.

Os arquivos foram selecionados por meio de aproximação ao tema, inicialmente detectada sob leitura do resumo e após constatação do alinhamento deu-se início uma leitura detalhada. A partir da manipulação, leitura aprofundada, compreensão das fontes coletadas e construção de fichamentos, esta pesquisa foi favorecida a alcançar um novo olhar sobre a criança com TDAH dentro do contexto escolar, levando em consideração as implicações desse sujeito no âmbito mencionado.

3. O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E SUAS CARACTERÍSTICAS

3.1. Uma breve linha do tempo

O TDAH surge na literatura médica, até então não reconhecido como o transtorno propriamente dito, através estudos que observaram crianças com sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Cada um destes estudos foi realizado a partir de subsídios acessíveis à época de execução, bem como apresentam expressões que acentuam o pensamento dos indivíduos no dado momento. Partindo desta análise é possível perceber como diversas denominações anteriormente utilizadas no meio científico, hoje, são consideradas pejorativas e preconceituosas.

A propriedade de um diagnóstico correto percorreu longos caminhos, por vezes cercado de dúvidas. Manteve seu pontapé inicial a partir de estudos realizados no ano de 1902 pelo renomado pediatra inglês George Frederic Still, que conceituou como um defeito de conduta moral os sintomas característicos do transtorno, assim como a dificuldade da criança em obedecer às regras e limites impostos. Still centrou sua pesquisa no que observou ser resultado de complicações hereditárias, danos cerebrais, disfunção ou até mesmo problemas ambientais. (BENCZIK, 2000)

Durante o século XX um surto de encefalite aguçou o interesse pelo TDAH, as crianças sobreviventes apresentaram em seu comportamento sinais de impulsividade, desatenção e hiperatividade. Houve diversos estudos publicados dentro do contexto da literatura médica. (BARKLEY, 2002)

No ano de 1930 o mundo vivia o desolador cenário da Segunda Guerra Mundial, houve o surgimento de inúmeros casos de lesão cerebral, acompanhados de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Os médicos intitularam como Lesão Cerebral Mínima o que acreditavam se tratar de uma lesão do sistema nervoso central. Em 1962 surgiu a hipótese de que havia uma lesão responsável por estes comportamentos, no entanto não obtiveram resultados sobre possíveis alterações orgânicas. Dessa maneira, passou-se a utilizar o termo Disfunção Cerebral Mínima (DCM) para agrupar todas as crianças que sofriam com determinada patologia. (BENCZIK, 2000)

Na década de 60, século XX, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM II) designou o termo Reação Hiperkinética para se tratar dessas alterações comportamentais. Na década seguinte uma denominação muito parecida foi mantida pela Classificação Internacional das Doenças- CID 9, Síndrome Hiperkinética. Posteriormente o

DSM III apresentou alterações e o termo passou a ser chamado de Distúrbio de Déficit de Atenção, podendo este vir ou não acompanhado da hiperatividade. O CID-10 designou a nomenclatura de Transtornos Cinéticos, apenas o DSM IV, trouxe a patologia como Distúrbio Déficit de Atenção / Hiperatividade – DDAH, cujo os sintomas são desatenção, hiperatividade e impulsividade. A versão brasileira passou a ser conhecida como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). (BENCZIK, 2000)

É possível perceber que muitos termos foram utilizados, assim como diversas nomenclaturas foram adotadas para denominar o TDAH, alguns até mesmo carregados de preconceito. Por vezes os indivíduos que apresentavam sintomas característicos do transtorno eram alvo de exclusão e segregação na sociedade, principalmente no que se refere ao contexto escolar.

Com o enquadramento do TDAH como patologia reconhecida no DSM, muito além da nomenclatura, também foi possível estabelecer um novo olhar sobre o conceito, os sintomas e até mesmo o diagnóstico. Representando o quanto entendimentos mais assertivos são capazes de proporcionar ao indivíduo uma melhor qualidade de vida e valorização das potencialidades. Não há dúvidas que se trata de um processo árduo, a disseminação de informações contundentes e orientação aos envolvidos, no entanto os frutos colhidos não de ser saborosos.

3.2. Concepções e aspectos neurobiológicos

Chegada a tal conclusão a respeito da nomenclatura, representando um grande marco científico para o transtorno, é imprescindível que algumas visões sobre o conceito do TDAH sejam observadas. A Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA, 2017) o caracteriza como um transtorno neurobiológico com grandes interferências genéticas, que possui sintomas pautados em desatenção, impulsividade e hiperatividade. Compromete a vida do indivíduo em diversos setores, além disso se inicia na infância também podendo percorrer até a vida adulta.

De acordo com o DSM V (p. 59), a característica essencial do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é “um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento”.

Desde a sua concepção o TDAH tem sido alvo de diversos estudos, na tentativa de compreender ainda mais sobre suas características e aprimorar pesquisas já desenvolvidas. É válido salientar que estes avanços permitiram o alcance de conclusões um tanto quanto assertivas, auxiliando na desmistificação de informações veiculadas. Muito se especulou sobre

os desdobramentos dos sintomas, observando-os como realizados por vontade própria e “malcriação”.

Isso acontece devido ao subjetivismo de quem circunda o indivíduo com TDAH, o fato de não conhecer acerca do transtorno e muito menos compreender como este manifesta os seus sintomas corrobora para que visões deturpadas sejam criadas e deem origem a interpretações errôneas, caracterizando o sujeito simplesmente como indisciplinado e mal-educado.

Há uma constante relação entre a subjetividade social, no entanto, é válido salientar que a subjetividade social não exercerá de modo padrão a mesma influência em todos os sujeitos, variando de um para o outro. (CENCI; COSTAS, 2011)

Essa subjetividade social, ou seja, os diversos sentidos subjetivos existentes nos espaços pelo qual a criança com TDAH transita (como ela é vista pelo outro), interfere de maneira intrínseca no processo de construção da subjetividade individual dessa criança, em como ela se enxerga e principalmente como ela enxerga o transtorno. Partindo desse pressuposto, é possível que prejuízos ocorram primordialmente no campo emocional, ocasionando malefícios consideráveis.

Barkley afirma o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade como “um transtorno real, um problema real e, frequentemente um obstáculo real”. (BARKLEY, 2002, p.35). No entanto, muito se especulou sobre a real existência do transtorno.

Caliman (2009) acentua que, durante a década de 90 houveram incontáveis polêmicas em torno da existência do transtorno no cenário estadunidense. Fatores como controvérsias e paradoxos acerca do TDAH, o aumento exorbitante dos casos diagnosticados e a prescrição de estimulantes como tratamento somente corroboravam para o clima de desconfiança da população e ascendiam as manchetes questionadoras estampadas nas mídias da época. A autora reflete que:

Não é por acaso que, analisando o cenário científico americano, alguns autores descrevem a década de 90, a “década do cérebro”, como o auge dos estudos neurológicos sobre o déficit de atenção, financeiramente marcado por um investimento maciço do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH). Nessa mesma década, o quarto volume do Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM IV) foi publicado, e o transtorno do TDAH definitivamente reconhecido como tal. (CALIMAN, 2009, p.140)

Ao contrário do que se pensa, atualmente, não é difícil encontrar pessoas desacreditadas sobre a existência do TDAH, e uma dessas razões se dá pelo fato de que a grade de sintomas se manifesta de modo parecido a comportamentos já existentes nas ações infantis, no entanto em maior intensidade e frequência consideravelmente maior. Então, esses mesmos

comportamentos exacerbados são observados mediante rótulos e não como uma patologia passível de diagnóstico e tratamento.

Com os avanços tecnológicos a nível mundial, os achados científicos colaboraram para um maior acúmulo de informações acerca do TDAH. Estudos de neuroimagem foram cruciais neste processo e contribuíram para desmistificar teorias anteriores que invalidavam a existência do transtorno, apresentando através de imagens constatações cerebrais. Rohde e Benczik (1999) salientam a existência de uma alteração no funcionamento dos neurotransmissores, à medida que esses funcionam com a função de levar informações entre os neurônios assim como interligam as áreas do cérebro.

Lopes (1998) acentua a existência de uma área que demonstra estar envolvida ao transtorno, intitulada córtex frontal esta desempenha a função de manter a atenção, controlar os impulsos, atenuar pensamentos críticos, resolver problemas, assim como também está diretamente proporcional as habilidades, emoções a aprendizagem mediante experiências.

Essa mesma área é mencionada por Ana Beatriz Barbosa Silva em uma entrevista no seu próprio canal do Youtube, mais precisamente durante o quadro *Mentes em Pauta*, ano de 2018. A médica psiquiatra utilizou de metáfora para definir como age o nosso cérebro, que, para ela, funciona como uma incrível orquestra, onde a área frontal atua como o maestro, desempenhando o papel de filtrar os pensamentos. Na configuração do indivíduo com TDAH, essa localidade funciona em uma frequência consideravelmente menor, em contrapartida há um excesso de atividade cerebral numa velocidade maior do que a média, estabelecendo então um impasse nas ações e pensamentos do sujeito.

Barkley (2002) conceitua que diversos estudos foram realizados em crianças utilizando um eletroencefalograma (EEG), essas crianças permaneciam em repouso, sentadas, de modo que foi constatado através dos exames uma atividade elétrica menor nos indivíduos que apresentavam o TDAH, em especial na área frontal. O autor também sinaliza que:

A evidência mais empolgante de que existe um problema no cérebro nos portadores de TDAH surgiu a partir de um recente estudo de Alan Zametkin e seus colegas no NIMH. Nesse estudo, a atividade do cérebro de 25 adultos com TDAH foi comparada à de 50 adultos sem TDAH usando-se de um procedimento extremamente sensível conhecido como *tomografia de emissão de pósitrons* (PET). Nesse procedimento, injeta-se na corrente sanguínea, glicose radioativa, o açúcar usado como combustível pelas células nervosas no cérebro. Um aparelho de PET *scan* faz fotografias do cérebro à medida que ele utiliza a glicose. Zametkin verificou que adultos com TDAH apresentavam menor atividade cerebral, particularmente na área frontal. (BARKLEY, 2002, p.83-84)

Assim como afirma Lou e Henriksen (1984 apud Szobot et al., 2001, p.32) “um dos primeiros estudos com crianças e TDAH encontrou hipoperfusão na região central dos lobos

frontais nos 11 casos avaliados e, em menor proporção, hipoperfusão no caudato e uma hiperperfusão occipital. Após o uso de metilfenidato, houve aumento no fluxo nas regiões centrais, incluindo gânglios da base e mesencéfalo. ” Vale salientar que a hipoperfusão se refere a diminuição do fluxo sanguíneo enquanto a hiperperfusão se refere ao aumento deste fluxo.

Em meados de 2019 um grupo de pesquisadores obteve publicação de sua pesquisa pela *Radiology: Artificial Intelligence*. De acordo com Ming Chen et al. (2019) os estudos desempenhados alcançaram resultados na criação de uma rede neural, através de inteligência artificial. Esta rede neural combina dados do conectoma cerebral (mapa das conexões existentes no cérebro de cada indivíduo) e demonstrou eficácia na detecção do TDAH.

O diagnóstico do TDAH ainda tem o critério clínico (DSM-V ou CID-10) como base. No entanto, é necessário reafirmar o quanto a tecnologia a favor da ciência produz ganhos inenarráveis. O papel da pesquisa científica é trazer cada vez mais informações aos olhos da sociedade, que auxiliem tanto profissionais durante sua prática quanto a população em geral envolvida com o objeto de estudo. Quando se obtém resultados também se avança em direção à compreensão.

3.3. A etiologia do transtorno

A causa do TDAH ainda é uma incógnita no meio científico, no entanto, diversos estudos foram e ainda são desempenhados em busca de respostas que atendam a esta lacuna. A presente passagem versa sobre algumas hipóteses apresentadas por estudiosos para explicar os motivos que originam as alterações no comportamento do indivíduo.

Barkley (2002) afirma que cientistas que possuem como campo de estudo os comportamentos desses indivíduos, bem como suas causas biológicas, devem estar frequentemente em busca de informações sugestivas, no entanto não poderão comprová-las com absoluta certeza.

Muito se discute sobre as causas que desencadeiam o TDAH, os fatores que acarretam essas alterações cerebrais nos indivíduos. Nesta perspectiva sobre entender o porquê do transtorno, elementos como hereditariedade, substâncias ingeridas na gravidez, complicações durante a gestação ou no parto, exposição ao chumbo, problemas familiares e até mesmo alguns mitos inviáveis são pauta de discussão.

Um dos campos de pesquisa que mais intriga os cientistas está na ligação entre hereditariedade e TDAH, Rohde e Benczik (1999) indicam que estudos realizados com famílias demonstraram que 25% dos familiares em primeiro grau de crianças com TDAH também

possuem transtorno, bem como estudos realizados com gêmeos idênticos apontam que quando há a presença do diagnóstico afirmativo em um dos indivíduos a chance do outro também apresentar o transtorno fica entre 80 a 90%.

Rohde et al. (2019) acentua que em dados apresentados por Sprich e colaboradores ficou expresso que famílias com filhos biológicos que possuem TDAH demonstram taxas do transtorno relativamente maiores entre os familiares em comparação a familiares cujo as crianças são adotadas. Assim como, foi observado que a incidência deste último caso se assemelha aos resultados de familiares de crianças sem o transtorno.

Há inúmeras questões envoltas sobre essa relação, primordialmente sobre a quantidade de genes afetados. Barkley (2002) explica que no mínimo dois genes podem estar entrelaçados ao TDAH, o D4RD que é ligado à personalidade, a busca por novidades, ao correr riscos, ser impulsivo e hiperativo. Bem como o gene DAT1, relacionado a regulação da atividade da dopamina na região cerebral, a rapidez em que ela percorre. O médico psiquiatra afirma ainda que no mínimo seis outros genes podem estar relacionados ao transtorno.

Rohde et al. (2019) reflete que todos os indivíduos carregam consigo algumas variantes de DNA (diferenças comuns encontradas em mais de 1% da população) associadas ao TDAH, mas apenas alguns destes possuem variantes suficientes para desenvolver o transtorno. Vale ressaltar que, para que isso ocorra é necessário dezenas ou centenas de milhares destas variantes, visto que possuem efeito pequeno. Rohde et al. (2019, p. 8-9) acentua ainda que “quando cientistas descobrem uma associação entre uma variante de DNA e o TDAH, fica claro que o transtorno não “causa” determinada variação de DNA, mas sim que carregar a variação de DNA logicamente aumenta o risco de ter o transtorno. ”

Após desenvolvimento de pesquisas alguns resultados apontam que substâncias como nicotina e álcool, quando ingeridas na gestação, podem causar alterações em determinados locais do cérebro do bebê, mais precisamente na região frontal. Durante a realização desses estudos, foi constatado que as crianças fruto da gestação citada anteriormente possuíam mais chances de apresentar problemas de comportamento, hiperatividade e desatenção, sintomas clássicos do TDAH, no entanto é necessário sinalizar que esses resultados apontam para alterações cerebrais, sinalizando uma associação, não um determinismo de causa e efeito. (BENCZIK, 2000)

A ocorrência de problemas durante a gravidez ou até mesmo no parto também foi alvo de estudos desempenhados. Segundo Rohde e Benczik (1999) alguns desses sugerem que mulheres que tiverem essas complicações possuíam maior chance de dar à luz a crianças com TDAH. É imprescindível que se acentue novamente que essa não é uma causa clara, os mesmos

autores afirmam ainda que “ assim, um problema durante o parto poderia funcionar como um “gatilho ambiental” que desencadearia os sintomas do TDAH em que já tivesse vulnerabilidade genética”. (ROHDE e BENCZIK, 1999 p, 59)

Barkley (2002) conceitua algumas evidências que apontam para a associação de que altos níveis de chumbo no organismo poderiam executar relação à existência de comportamentos hiperativos e desatentos. Segundo Barkley (2002, p. 87) “ essa relação parece existir especialmente quando a exposição ao chumbo ocorre entre os 12 e 36 meses de idade. Embora fraca, tal situação se mostra constante em diversos estudos”. Benczik (2000) entrelaça essa reflexão ao contribuir que essa associação ganha mais evidencia quando a exposição ao elemento químico age de maneira prejudicial ao cérebro, desempenhando como um fator irritante.

Em meio a tantas discussões, diversos mitos surgiram na tentativa de preencher lacunas. Alguns estudos sugerem a ocorrência de problemas familiares como causa do transtorno. Rohde e Benczik (1999, p. 61) elencam que a sugestão desses problemas engloba “ funcionamento caótico familiar, alto grau de discórdia conjugal, baixa instrução materna, famílias com nível socioeconômico mais baixo, famílias com apenas um dos pais”. Estudos recentes desmistificam tais observações, “características familiares levariam ao surgimento de sintomas que frequentemente acompanham o TDAH, mas não o transtorno propriamente dito”. (ROHDE e BENCZIK, 1999, p. 61-62)

A alimentação por diversas vezes foi alvo de matérias tendenciosas veiculadas na imprensa leiga, associando a ingestão de açúcar em grande quantidade, ou até mesmo alimentos ricos em conservantes e aditivos, para explicar o comportamento hiperativo em crianças. No entanto é preciso salientar que estudos realizados acerca de tal vertente nunca apontaram taxas maiores que 5% na população em geral. (BENCZIK, 2000)

Um estudo publicado em 1993 apresentou uma alta frequência do TDAH em pacientes com deficiência de hormônios da tireoide, no entanto estudos realizados posteriormente não verificaram nenhuma relação significativa entre ambos, deixando margem para possíveis erros durante a realização do estudo inicial. (BARKLEY, 2002)

Até mesmo o uso excessivo da televisão foi apresentado como causa. O colunista John Rosemond disseminou que o TDAH ocorria principalmente em crianças que utilizavam a tela de maneira excessiva, no entanto estudos posteriores derrubaram esta teoria. (BARKLEY, 2002)

É sabido que estudos apontam uma atividade cerebral reduzida na região frontal dos indivíduos com TDAH, no entanto ainda há uma incógnita sobre a sua etiologia. A grande

maioria das pesquisas parte da ideia de que o TDAH pode ser fruto de uma vulnerabilidade genética, podendo essa ser agravada por fatores ambientais, mas isso não quer dizer que apenas por ser uma patologia com possível carga hereditária haverá a prevalência de inúmeros casos configuração familiar.

Rohde et al. (2019, p. 11) observa que, esta interação entre gene-ambiente “ocorre quando os genes mutantes somente causam doenças na presença de sinais específicos do ambiente. As variantes de DNA que elevam o risco de TDAH não atuam no vácuo; elas encontram-se em células nas quais produzem proteínas em resposta a sinais celulares, e o ambiente pode ser o gerador desses sinais.”

A diversidade de investigações que buscam maior gama de informações sobre o TDAH executa um papel crucial, visto que atuam como fontes de conhecimentos capazes de criar paradigmas consistentes, bem como desmitificar paradigmas errôneos já impregnados na sociedade.

3.4. A tríade de sintomas

Mediante estudos acerca do TDAH, chegou-se à conclusão sobre a tríade de sintomas que compõe o transtorno. Fundamentada em desatenção, hiperatividade e impulsividade, esta tríade acarreta barreiras e dificuldades na vida do indivíduo, principalmente no que se refere ao contexto educacional.

Benczik (2000) afirma que esses sintomas aparecem, no geral, durante o início da vida escolar da criança, visto que é durante o processo de aprendizagem que se exige o foco de atenção e o “ficar quieto” durante as aulas.

Rohde e Benczik (1999) discorrem que:

Têm-se visto que em algumas crianças com TDAH os sintomas aparecem após os sete anos, apresentando tantas dificuldades quanto às crianças que começaram a tê-los antes dessa idade. Assim, há uma tendência mais moderna de estender o limite de início dos sintomas um pouco mais, até por volta dos 12 anos. (ROHDE e BENCZIK, 1999, p. 41-42)

Em consonância a esta reflexão, é possível descrever que quando esses mesmos sintomas, por exemplo, surgem apenas na adolescência muito provavelmente podem ter como origem outro fator qualquer, que não o TDAH. Visto que muitos desses comportamentos são percebidos ainda na infância.

Cardoso (2007) denota que anteriormente se acreditava que os sintomas manifestados através do transtorno desapareciam na fase adulta, no entanto, o que ocorre é uma alteração na

manifestação, de modo que estes atuam em número menor durante esta etapa, quando comparado a infância ou adolescência.

Este assunto foi pauta de pesquisas por bastante tempo, alguns pesquisadores acreditavam que o TDAH somente manifestava sintomas durante a infância, já que essa etapa da vida se configura num momento em que o indivíduo é mais propenso a agitação e pelo fato da menor faixa etária ainda poderia ter dificuldade em internalizar e compreender regras.

Rohde e Benczik (1999) salientam ainda que não há necessidade da existência de todos os sintomas de maneira simultânea para se concretizar o diagnóstico do TDAH, observando que o transtorno pode variar a sua manifestação de um indivíduo para outro.

Este é um aspecto que merece evidência, ainda que numa grande maioria dos casos exista a prevalência de vários sintomas de maneira simultânea, cabe salientar que esta não é uma regra. Assim como também é importante frisar que estes sintomas precisam acontecer com frequência, não apenas em períodos e momentos isolados.

O indivíduo com TDAH tem grande dificuldade de manter o foco por um período maior de tempo, principalmente ao se tratar de atividade repetitivas e que não despertam o interesse. As tarefas escolares, palestras, exercícios extensos e leituras grandes se caracterizam como ações complicadas para desenvolver e conseqüentemente prestar a atenção. (BARKLEY, 2002)

O comportamento desatento, segundo Benczik (2000) se desdobra na vida da criança por meio de vários fatores, como por exemplo, não prestar atenção aos detalhes, possuir hábitos desorganizados, perder itens escolares frequentemente, evitar atividades com esforço mental, se distrair facilmente.

O comportamento hiperativo se manifesta em ordens distintas, como acentua Benczik (2000) pode ocorrer através de inquietação, ações como não permanecer sentado, fazer muito barulho até mesmo em momentos de diversão, subir e correr sem parar e falar em excesso.

Barkley (2002) reflete que pais e professores descrevem as crianças com TDAH a partir de ações comportamentais impulsivas tais como, respondem perguntas sem pensar e querem que seus desejos se realizem imediatamente. Estas situações demonstram a dificuldade da criança em saber esperar pelas coisas ou até mesmo controlar seus impulsos.

Rohde e Benczik (1999) apontam para a existência de três tipos do TDAH, sendo eles:

I. TDAH com predomínio de sintomas característicos da desatenção: Crianças diagnosticadas nessa vertente apresentam maior incidência dos sintomas de desatenção (ao menos seis, segundo critério diagnóstico do DSM V), possuem menos que seis sintomas relacionados à hiperatividade/impulsividade. Este tipo apresenta maior prevalência em meninas, e acredita-se estar relacionado a maiores dificuldades de aprendizagem.

II. TDAH com predomínio de sintomas característicos da hiperatividade/impulsividade: Ao contrário do anterior, crianças que possuem este tipo de TDAH apresentam mais que seis sintomas de hiperatividade/impulsividade e menos de desatenção. Acredita-se que há maior prevalência em crianças de menor faixa etária, além disso parece estar associado a dificuldade de interação entre os pares e problemas comportamentais.

III. Combinado: As crianças com esse tipo do transtorno possuem simultaneamente muitos sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade. Esse tipo parece estar associado a prejuízos de ordem global na vida do indivíduo.

É necessário elencar informações relevantes acerca da manifestação dos sintomas da criança com TDAH, alguns pontos podem ser evidenciados tais como demonstrar níveis de desatenção inadequado para a idade apresentada, ser impulsiva, dificuldade em seguir normas e regras. Somado a isso, pode agir de maneira agressiva, indicar problemas em lidar com o “não”, possuir problemas de conduta, implicações durante a socialização, dificuldades de aprendizagem e também apresentar comprometimento da autoestima. (BENCZIK, 2000)

É recorrente que pais e professores se sintam perdidos em como lidar com essas implicações, e como realizar o manejo a partir da existência desses comportamentos. As implicações acarretadas pelos sintomas do TDAH marcam a vida da criança, podendo executar consequências capazes de lesar toda uma trajetória, e no que se refere ao contexto educacional essa situação é ainda mais complicada, podendo ocasionar prejuízos severos.

Quando se cobra o autocontrole, a autodisciplina, a atenção, a padronização, no entanto se negligencia a especificidade, é equivalente a exigir corpos (lê-se números) que atendam a estatísticas de sucesso.

3.5. Prevalência

Há algumas décadas o TDAH atua como objeto de estudos realizados por pesquisadores que dedicam uma vida a compreender ainda mais sobre o transtorno, bem como encontrar questões que até hoje são motivo de dúvida para a sociedade. A prevalência do transtorno é um desses aspectos, cujo será retratada nesta passagem.

É importante iniciar a partir da sinalização de que as pesquisas não são executadas mediante um padrão, conseqüentemente os resultados obtidos também não seguem uma precisão. Isto se deve por diversos fatores, dentre eles variantes sobre o público estudado, a metodologia empregada, os critérios diagnósticos e até mesmo todo o levantamento de informações que se tem acerca do transtorno. (BARKLEY, 2002)

Em sua teoria, Barkley (2002) discute partindo da ideia que muitas informações coletadas nos estudos sobre o TDAH são obtidas através da concepção de pais e professores acerca das crianças sob sua responsabilidade, levando em consideração a manifestação dos sintomas.

Diante disso, é notório que dados assim podem ser compreendidos de maneira subjetiva e não a partir de uma investigação minuciosa de cada criança diagnosticada, visto que o diagnóstico em si é de extrema valia para alcançar a melhoria na qualidade de vida em todos os aspectos da vida do indivíduo.

Barkley (2002) considera que:

Os estudos indicam que a prevalência de TDAH é aproximadamente 2-4% das crianças em idade escolar. O transtorno é três vezes mais comum em meninos que em meninas e, segundo indicam as pesquisas, ocorre em aproximadamente 1-3% das meninas e 3-8% dos meninos. (BARKLEY, 2002, p.104)

Ainda não há uma resposta para explicar a razão desta maioria relativa ao sexo masculino, no entanto, diversos especialistas traçam a hipótese de que meninos são mais diagnosticados e, por conseguinte passíveis ao tratamento por apresentarem maior frequência na manifestação de sintomas de hiperatividade e impulsividade e consequentemente gerarem mais incômodos aos adultos, enquanto meninas se mostram mais “quietas”. Enquanto meninos correm e não param, meninas não trazem grandes transtornos.

Diante de uma construção social que dita ações a partir do gênero, dissemina-se a naturalidade de que meninas sejam tranquilas, brinquem de modo silencioso, não corram ou se aventurem por aí. Esta construção dita a “ordem das coisas”. No que se refere aos meninos, estes podem pular, saltar, brincar, porém não em demasia, não compete a eles romper a dinâmica harmônica do ambiente. Quando isso acontece desperta a atenção do adulto com facilidade, tornam-se “crianças problema” e isso necessita ser mudado com urgência. Encaminha-se ao médico em busca de tratamento.

Barkley (2002) afirma que:

Estudos realizados em muitos países durante as duas últimas décadas verificaram que o TDAH existe em todos os países e grupos étnicos estudados até hoje. Esses estudos produziram, por exemplo, os seguintes quadros de prevalência: Nova Zelândia, 2-7%; Alemanha, 4%; Índia, 5-29%; China, 6-9%; Japão, 7-8%; Holanda, 1-3% dos adolescentes (crianças não foram estudadas), e Brasil, 5-6%. (BARKLEY, 2002, p. 105)

Diante de tais resultados é possível perceber a quão acentuada é a prevalência do TDAH, numa perspectiva global, trazendo à tona o quanto é importante a compreensão e discussão sobre o transtorno.

Benczik (1997, apud Benczik, 2000) retrata que pais tendem a subestimar a prevalência do transtorno, enquanto professores e integrantes do contexto escolar em geral tendem a superestimar, sob a perspectiva de educadores no Brasil os números chegaram a 15,2%.

É possível refletir estas estatísticas a partir da padronização existente no âmbito escolar, a imposição de regras e normas de conduta, assim como a punição aos que se deviam. A criança com TDAH possui dificuldade em controlar impulsos, em manter sua atenção, assim como desempenha atividade física excessiva. Estes mesmos sintomas podem ser rotulados a determinado sujeito, quando observados a olhos leigos e sem a avaliação conjunta de profissionais, já que em frequência menor podem ser desempenhados por qualquer criança conceituada típica.

3.6. Comorbidades

É sabido que o TDAH possui como sintomas a desatenção, hiperatividade e impulsividade, este trio age em diferentes configurações na vida de cada indivíduo. Diversos estudos vem apontando em alguns casos diagnosticados a existências de outros transtornos associados ao TDAH, esta junção de duas ou mais patologias é intitulada pela área da saúde como comorbidade.

Dentre as principais comorbidades elencadas por estudiosos estão o Transtorno Desafiador Opositivo (TDO), também intitulado por alguns especialistas como Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD); Transtorno de Conduta (TC); Transtorno de tiques (TT); Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC); Transtornos ansiosos e Transtornos de Humor.

Em pesquisa desempenhada por Possa, Spanemberg e Guardiola (2005) 40% das crianças observadas apresentou TC, sendo essa a comorbidade de maior prevalência, assim como foi percebido que indivíduos com o TDAH tipo combinado demonstraram maior predisposição a esse transtorno. 14,2% das crianças apresentou TDO, e apenas 2,8% apresentou TOC. Somado a isso, também foi observado que crianças ao apresentarem TC ou TDO seriam mais impulsivas que as outras apenas com o TDAH.

Em consonância a estes dados a reflexão de Barkley (2002) atua de maneira esclarecedora ao tratar sobre a impulsividade presente de maneira acentuada nos casos de TC e TDO:

Muitas dessas crianças desafiadoras também são agressivas em relação aos outros. Podem se tornar rapidamente irritadas, atacar verbalmente ou mesmo fisicamente os outros mais do que outras crianças da mesma idade. Esses problemas de conduta podem evoluir a formas mais severas de comportamento anti-social, como mentir, roubar, brigar, fugir de casa, destruir propriedades e outros comportamentos delinquentes ou criminosos. (BARKLEY, 2002, p. 118)

Concomitante a tal colocação, é possível sintetizar que diversos autores trazem em seus resultados a incidência de abuso de drogas e álcool durante a adolescência, e traçam a hipótese de que, em grande maioria dos casos essa interlocução se apresentava em indivíduos que já possuíam o TDAH + TC, visto que o transtorno de conduta estaria diretamente associado à tais fatores. No entanto, vale a colocação de que são estudos em desenvolvimento, ainda não há questões cientificamente comprovadas. (ROHDE et. al., 2002)

A ABDA (2011) acentua que:

A incidência do transtorno do uso de substância (TUS) vem atualmente destacando-se como preocupação em pacientes com TDAH, porém o tema é ainda muito controverso. Existem duas vertentes no que diz respeito ao uso de substância em pacientes com TDAH: alguns autores acreditam que o uso de substância estaria diretamente relacionado com o TDAH, porém estudos mais recentes apontam para uma relação indireta, ou seja, o TUS estaria relacionado com o TC e seria apenas agravado pelo TDAH. (ABDA, 2011)

É preciso salientar que o indivíduo com TDAH, por vezes, busca o uso de substâncias como alternativa para amenizar a baixa-estima, acalmar a mente e os pensamentos ou até mesmo para sentir-se aceito por todos que o circunda.

De acordo com o Manual MSD Versão digital para Profissionais da Saúde (2018), desenvolvido por colaboradores através da *Merck Sharp and Dohme*, o TOC “é caracterizado por pensamentos, impulsos e imagens (obsessões) recorrentes, persistentes, indesejados e intrusivos e/ou comportamentos repetitivos ou atos mentais que os pacientes são impelidos a fazer (compulsões) para tentar diminuir ou prevenir a ansiedade que as obsessões causam”. Indivíduos com TOC lavam as mãos repetidas vezes, conferem se as portas estão trancadas inúmeras vezes, se preocupam demasiadamente com a sujeira e contaminação, etc.

A tríade de sintomas do TDAH por si só já acarreta implicações e barreiras na vivência da criança, quando há comorbidades (uma ou mais) os prejuízos são ainda mais exorbitantes. Estes dados servem principalmente para reforçar o quanto a criança diagnosticada necessita de tratamento adequado, mas acima de tudo, necessita de cuidado e atenção.

Um estudo desenvolvido por Pastura et al. (2007) com crianças em idade escolar alcançou como resultados TOD (nomenclatura adotada pelos autores) em 38,5% dos casos, TT

em 15,4%, Depressão em 11,5%, Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) em 7,7% e TC em 3,38%.

De acordo com o MSD (2019), os tiques se caracterizam por movimentos repetitivos, sendo rítmicos ou não, incluem também os sons ou vocalizações. A medida que estes sintomas persistem por um período maior que um ano o quadro se configura ao que especialistas tratam como Síndrome de Tourette.

A ABDA (2011) inclui entre os transtornos ansiosos comórbidos ao TDAH o TAG, Pânico e Fobia. O MSD (2019) caracteriza o TAG como “um estado persistente de ansiedade e inquietação intensas caracterizado por excessiva preocupação, medo e temor”. Retrata ainda que crianças ao apresentarem o transtorno desempenham temores múltiplos, quadros de estresse, dificuldade para dormir e sudorese exacerbada.

O MSD (2020) sinaliza que “o distúrbio do Pânico é caracterizado por crises de pânico recorrentes e frequentes (pelo menos 1 vez/ semana) ”. Enquanto a fobia configura medo e ansiedade de estar exposto a determinada situação.

Já no que se refere aos Transtornos de Humor a ABDA (2011) engloba em comorbidades tais como Depressão, Distímia e Transtorno Bipolar. O MSD (2019) configura a depressão infantil como tristeza e irritabilidade graves que interferem de maneira considerável na vivência do indivíduo. As crianças que apresentam depressão demonstram quadros de irritabilidade persistente, e comportamentos hiperativos, agressivos e antissociais. Ainda segundo o Manual a Distímia seria um quadro de depressão agravada e persistente que ocasiona sérios prejuízos na vida do indivíduo.

O Transtorno Bipolar acompanhado ao TDAH também acarreta barreiras, segundo o MSD (2020) esse transtorno se configura como um distúrbio emocional caracterizado por episódios alternados de mania e depressão, no entanto, a grande maioria dos indivíduos apresenta a predominância de um destes.

Há também alguns estudos que comprovam Transtornos de Aprendizagem concomitantes ao TDAH. A ABDA (2016) apresenta estatística de 25 a 40% na associação entre TDAH e Dislexia, isso de maneira bidirecional. A Associação (ABDA, 2016) conceitua a Dislexia como um transtorno onde existe “dificuldade significativa e persistente na leitura, resultante de um déficit na decodificação. A compreensão da linguagem oral encontra-se preservada, diferente do que é observado nas dificuldades primárias de compreensão”.

No que se refere aos Transtornos de Aprendizagem, também foi observada a prevalência da associação entre TDAH e Discalculia. O Instituto ABCD (2021) a considera

como um transtorno que demonstra prejuízos no domínio da matemática, no qual o indivíduo apresenta níveis abaixo do esperado para a faixa etária.

Diante de tais constatações é possível perceber que a criança com TDAH pode apresentar outros problemas associados. Essas comorbidades afetam diretamente a manifestação dos sintomas característicos do transtorno, podendo agravar ainda mais o quadro clínico. É importante salientar que o diagnóstico para tal questão deve ser ainda mais minucioso, afim de que se obtenha informações conclusivas para um tratamento equivalente.

4. DA COMPLEXIDADE DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO EFICAZ

4.1. O diagnóstico

Muito são os rótulos que circundam a criança com comportamentos fora do que se considera padrão. No entanto, o que tem se percebido é a associação destes comportamentos a um diagnóstico informal do TDAH (partindo do senso comum), visto que o transtorno possui como tríade de sintomas tais implicações.

Para que haja um diagnóstico assertivo é imprescindível que este seja realizado de maneira cautelosa. Isso se deve ao fato de que a desatenção, hiperatividade e impulsividade podem ser observadas em muitas crianças nos mais diversos contextos. Além disso, existe também o anseio de padronização da conduta do sujeito e seu ritmo de aprendizagem, rotulando os que fogem da “normalidade”.

É preciso salientar que o diagnóstico do TDAH é clínico, executado pelo profissional de saúde mental, no entanto, a junção destes profissionais especialistas configurando assim uma equipe multidisciplinar (podendo ser caracterizada por psicólogo, psiquiatra, neurologista, neuropsiquiatra) ocasiona ainda mais ganhos, visto que o indivíduo é avaliado de maneira integral nos contextos em que circula.

Esta avaliação diagnóstica é realizada através de entrevistas semiestruturadas, seguindo os critérios estabelecidos pelo DSM V. Estas entrevistas são realizadas com pais, professores e com a criança. Outras estratégias também utilizadas são o uso de escalas, questionários, observação direta e listas de checagem. (BENCZIK, 2000)

Os critérios estabelecidos no DSM V são:

- A. Mediante descritos nos itens 1 e/ou 2:
 - 1. Presença de seis ou mais dos sintomas de desatenção a seguir, persistentes por ao menos seis meses, em grau inconsistente ao nível de desenvolvimento.
 - a. Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes, comete erros por descuido ao desempenhar atividades escolares, trabalho, etc.
 - b. Frequentemente apresenta dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
 - c. Frequentemente aparenta não escutar quando lhe dizem algo
 - d. Frequentemente não segue instruções e não termina as lições escolares, afazeres domésticos ou deveres profissionais.
 - e. Frequentemente tem dificuldade de organizar tarefas e atividades

- f. Frequentemente evita e reluta em desempenhar atividades que exijam esforço mental.
 - g. Frequentemente perde itens necessários para realização de tarefas ou atividades.
 - h. Facilmente se distrai por estímulos alheios à tarefa executada.
 - i. Frequentemente apresenta esquecimento em atividades diárias.
2. Presença de seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade a seguir, persistentes por ao menos seis meses, em grau inconsistente ao nível de desenvolvimento.
- a. Frequentemente agita as mãos e/ou pés e se remexe na cadeira.
 - b. Frequentemente deixa sua cadeira em sala de aula ou outras situações cujo se espera que fique sentado.
 - c. Frequentemente corre ou escala demais, em situações vistas como inapropriado.
 - d. Frequentemente tem dificuldade para brincar ou se envolver de modo silencioso em atividades de diversão e lazer.
 - e. Frequentemente está “a mil por hora” ou age “a todo vapor”.
 - f. Frequentemente fala em demasia.
 - g. Frequentemente dá respostas precipitadas, antes mesmo das perguntas serem completadas.
 - h. Frequentemente tem dificuldade em aguardar a sua vez.
 - i. Frequentemente interrompe os assuntos alheios.

O Manual acentua também que é preciso que se observe a presença de vários sintomas antes dos doze anos de idade, também que sejam percebidos em vários ambientes (casa, escola, trabalho), assim como, evidências de que os sintomas interferem na vivência profissional, social ou acadêmica.

As entrevistas com pais, responsáveis ou professores e com a própria criança permite um diagnóstico detalhado. Os pais auxiliam para que se colete dados referentes ao contexto familiar, gravidez e parto, se há ou não reforço positivo, como se dá a interação entre eles, se há sinais dos sintomas característicos. Já os professores possibilitam a observação de como a criança é na classe, como é o seu desempenho, a socialização com os colegas, como lida com as regras. Por fim, a criança contribui para compreender sua percepção diante do problema, como percebe sua vida na escola, sua visão sobre os pais, colegas de classe, amigos. (BENCZIK, 2000)

Segundo Benczik (2000) a utilização de escalas, listas de checagem e questionários

ofertam uma visão ampla para que o profissional compreenda como diversas pessoas veem a criança e como estas visões se alteram de acordo com o contexto. Ademais, o profissional pode perceber com estas estratégias a severidade dos sintomas e o estágio de desenvolvimento da criança.

Já a observação direta, segundo Benczik (2000), consiste intrinsecamente no ato de observar o problema dentro de um contexto específico, na escola, por exemplo, o profissional pode enxergar como acontece a manifestação dos comportamentos, a dinâmica em sala de aula, a relação entre pares, a interação entre professor-aluno, e como a criança age neste ambiente.

Após a recolha de todos estes dados, o profissional irá avaliar tudo que foi coletado. Em caso de diagnóstico afirmativo ao TDAH, de acordo com os critérios estabelecidos pelo DSM V, cabe ao profissional elaborar recomendações de tratamento (intervenções) que se adequem melhor à criança. (BARKLEY, 2002)

A importância de um diagnóstico assertivo contribui diretamente para o tratamento e melhoria da qualidade de vida desta criança, quanto mais cedo o diagnóstico melhor será. A não realização deste implica no desenvolvimento de problemas futuros que acarretam ainda mais prejuízos na vida deste indivíduo. A interlocução entre pais, professores e profissionais de saúde, todos em prol da criança, leva a melhorias significativas tanto no contexto social quanto no processo de aprendizagem.

4.2. O tratamento

A criança diagnosticada com TDAH necessita ser assistida através de um esforço conjunto de profissionais, dentre eles, psicólogo; professor; psicopedagogo e médico. Cada membro desta equipe multidisciplinar desempenha papel de extrema valia e atuam na minimização dos impactos acarretados pelo transtorno na vivência desta criança. Ao traçar o diagnóstico, cabe ao profissional reunir intervenções necessárias para o manejo do transtorno. Dentre as principais estão a orientação de pais e professores, psicoterapia, acompanhamento psicopedagógico e acompanhamento médico.

Quanto a orientação designada aos pais, segundo Benczik (2000), cabe a estes que busquem o maior número de informações acerca do transtorno, sempre deem orientações positivas; procurem reforçar o que há de melhor em seus filhos, assim como não o comparem com outras crianças; sejam compreensivos diante das atitudes da criança; saibam distinguir dificuldade de desobediência; conversem frequentemente e estabeleçam limites com clareza; combinem rotinas diárias e preparem a criança caso algo saia do planejado; controlem a própria

paciência diante dos comportamentos indesejáveis e acima de tudo não esperem perfeição de seus filhos.

Esta orientação tem a função de estabelecer a harmonia e interação familiar, de modo que através da conscientização os pais podem agir previamente evitando assim possíveis desgastes e impactos na relação diária. É uma tarefa de perseverança, onde o otimismo deve prevalecer, ainda que surjam obstáculos.

Durante o tópico 5.5, que se refere a práticas assertivas, poderemos observar algumas estratégias norteadoras ao professor que são eficazes para a vivência em sala de aula e possibilitam a aprendizagem do aluno. Ademais, Benczik (2000) reflete que o estilo do docente que mais aparenta se adequar às necessidades do educando com TDAH é aquele cujo se mostra democrático, solícito, otimista, amigo e compreensivo.

Quanto ao papel da psicoterapia, esta age por meio de estratégias cognitivo-comportamentais. Assim, auxilia que a criança compreenda o motivo pelo qual desempenha a desatenção, hiperatividade e impulsividade; ou seja, entenda sobre o transtorno; contribui para que ela perceba os meios pelo qual o seu temperamento ocasiona problemas em casa e na escola, ajuda que ela não utilize o transtorno para justificar tudo o que faz de errado; promove o desenvolvimento de habilidades sociais; mas acima de tudo que compreenda que há diferenças individuais, cada sujeito tem o seu próprio ritmo. (BENCZIK, 2000)

Segundo Benczik (2000) o acompanhamento psicopedagógico age diretamente na dificuldade de aprendizagem demonstrada pela criança, ofertando assim possibilidades e condições para suprir esta defasagem. Através de um acervo que vai desde jogos com regras, exercícios sensoriais, estratégias de escrita a contação de histórias, a psicopedagogia utiliza da ludicidade para potencializar os resultados a serem obtidos pelo aluno.

Outro método de intervenção indicado por alguns profissionais ao estabelecer o diagnóstico refere-se à utilização de medicamentos. No entanto, esta é uma das vertentes que ocasiona mais polêmica no tratamento da criança com TDAH. Os métodos adotados dentro do contexto escolar executam um papel de disciplinarização e controle dos corpos, com a intenção de que o estudante haja conforme os padrões pré-estabelecidos. Ribeiro (2011) versa sobre tal reflexão ao afirmar que:

No caso do TDAH a emissão do diagnóstico serve de argumento para prescrição de medicamento e este passa a servir de controle para o alcance do adestramento e do corpo dócil no contexto escolar. O diagnóstico qualifica, classifica e pune o sujeito na medida em que documenta e registra um rótulo que vai carregar em sua vida sustentado pela diferenciação entre o normal e o patológico. (RIBEIRO, 2011, p. 7-8)

Esta necessidade de controle do comportamento infantil exprime a homogeneização, a

intencionalidade de tratar o “aluno problema” a partir de outro mecanismo, agora o medicamento. E então se perde a singularidade do estudante, desse modo a escola não necessita se adequar, o professor não precisa se ajustar, não há motivo para reconstruir a prática pedagógica e a dinâmica da sala de aula segue “em tranquilidade”.

O Cloridrato de Metilfenidato (sob nomes comerciais de Ritalina e Concerta), é um fármaco estimulante que atua na capacidade de aumentar os níveis de atividade do cérebro, ativando a área responsável pela inibição dos comportamentos e foco de atenção. A dose máxima diária é de 60mg/kg, o medicamento possui efeito de três a quatro horas. Especialistas indicam que os melhores horários para administrar o estimulante são antes do almoço ou antes de sair para escola. Ademais, os efeitos colaterais mais comuns são diminuição do apetite, pequenas elevações da frequência cardíaca e insônia. (BENCZIK, 2000)

Ribeiro et al. (2019) acentua que:

(...) esse psicoestimulante tem sido prescrito como dispositivo de controle de estudantes com queixa escolar. É o que denuncia a Nota Técnica O consumo de Psicofármacos no Brasil, publicada pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (2015b). Nela, são apresentados dados da dispensação de alguns psicofármacos, dentre os quais o Cloridrato de Metilfenidato, em unidades particulares registradas pelo Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), entre outubro de 2007 e setembro de 2014. Segundo a Nota Técnica, a importação de Ritalina no Brasil aumentou em 300% entre 2012 e 2013, atingindo 1.820 kg. É notável, ainda, que seu consumo acompanha o calendário escolar. (RIBEIRO et al., 2019, p. 182)

Esta prescrição exorbitante do medicamento pode ser entendida como a disseminação da “obediência infantil”, a seguridade de que comportamentos indesejáveis deixarão de acontecer e não afetarão todo o contexto escolar, bem como crianças desatentas, hiperativas e impulsivas não ocasionarão grandes dificuldades de aprendizagem e conseqüentemente demandarão menos tempo e atenção de pais e professores.

A segunda classe de medicamentos mais prescritos no tratamento do TDAH são os antidepressivos tricíclicos (sob nomes comerciais de Norpramin, Trofanil, Tryptanol, etc.), estes costumam ser prescritos quando a criança não responde como esperado ou não tolera aos estimulantes, além disso quando apresenta depressão ou ansiedade como comorbidades ao transtorno. Os indivíduos que ingerem este fármaco apresentam foco de atenção e tornam-se menos impacientes e hiperativas. (BARKLEY, 2002)

A Clonidina, medicamento utilizado para tratamento de hipertensão em adultos, também é usado para reduzir a hiperatividade e impulsividade em crianças, no entanto, apresenta uma necessidade de tratamento mais longo (em torno de 36 meses). (BARKLEY, 2002)

A naturalização da medicação é preocupante, não devendo esta ser prescrita na tentativa de substituição dos cuidados familiares para com crianças diagnosticadas com o TDAH. Bem como, não devem ser utilizados para manter a disciplina e bom comportamento em sala de aula. É preciso cautela e ética profissional durante a escolha de intervenções a serem executadas, de modo que estes fármacos devem ser utilizados para tratar o sofrimento atrelado ao transtorno, à medida que todas as alternativas devem ser pensadas no bem-estar global da criança, não apenas caracterizadas por um paliativo momentâneo e circunstancial.

5. O CONTEXTO ESCOLAR

5.1. Aspectos legais que asseguram os direitos do aluno com TDAH

A presente passagem desta pesquisa carrega consigo um apanhado de aspectos legais que norteiam e asseguram a inclusão da criança com TDAH no contexto escolar. São estes documentos que cumprem a função teórica de promoção, acesso e garantia à uma educação de qualidade e eficaz a aprendizagem da criança. Diante de tal reflexão, é imprescindível que inicialmente tracemos o que dispõem estes documentos sobre a Educação Infantil, afim de que haja uma visão panorâmica sobre como é pensada a educação da criança no cenário brasileiro.

A Lei de Diretrizes e Bases - LDB (1996) retrata a Educação Infantil como uma etapa onde deve-se haver o desenvolvimento da criança “ em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade”. Mediante tal afirmação, é notório o quanto a parceria entre aluno-escola-família é necessária para uma aprendizagem de sucesso, quando há essa união durante o processo a colheita de resultados se torna ainda maior.

Ainda no que tange a Educação Infantil, a Base Nacional Comum Curricular – BNCC (2018) elenca seis direitos assegurados à criança, afim de que ela possa se reconhecer enquanto sujeito, bem como reconhecer o outro e o mundo em que vive, são estes:

- I. Conviver com outras crianças e adultos [...];
 - II. Brincar cotidianamente de diversas formas, em diferentes espaços e tempos, com diferentes parceiros [...];
 - III. Participar ativamente, com adultos e outras crianças, tanto do planejamento da gestão da escola e das atividades propostas pelo educador quanto da realização das atividades da vida cotidiana [...];
 - IV. Explorar movimentos, gestos, sons, formas, texturas, cores, palavras, emoções, transformações [...];
 - V. Expressar, como sujeito dialógico, criativo e sensível, suas necessidades, emoções, sentimentos [...];
 - VI. Conhecer-se e construir sua identidade pessoal, social e cultural [...]
- (BRASIL, 2018, p.34).

A Política Nacional de Educação: pelos direitos das crianças de zero a seis anos à Educação Infantil (2021, p.41) estabelece algumas Diretrizes da Política Nacional de Educação Infantil, cujo retratam pontos como “o processo pedagógico deve considerar as crianças em sua totalidade, as diferenças entre elas e a sua forma privilegiada de conhecer o mundo por meio do brincar”; assim como, “ a Educação Infantil deve pautar-se pela indissociabilidade entre o cuidado e a educação”.

Tendo em vista aspectos citados anteriormente que asseguram a educação e desenvolvimento da criança, é válido que seja iniciada a discussão acerca da criança com NEE, mais precisamente o TDAH. Num panorama geral, há anos estes alunos convivem com as barreiras que circundam o processo educacional, seja na tentativa de acesso ou qualidade de aprendizagem. Alguns documentos legais surgem para promover a seguridade e configuram a caminhada em busca da inclusão.

Ao ser instituída, a Declaração de Salamanca (1994) tornou-se expresso que:

Todas as crianças, de ambos os sexos, tem direito fundamental à educação, e que a elas deve ser dada a oportunidade de obter e manter um nível aceitável de conhecimentos; cada criança tem características, interesses, capacidades e necessidades de aprendizagem que lhes são próprios; os sistemas educativos devem ser projetados e os programas aplicados de modo que tenham em vista toda a gama dessas diferentes características e necessidades; as pessoas com necessidades educativas especiais devem ter acesso às escolas comuns que deverão integrá-las numa pedagogia centralizada na criança, capaz de atender a essas necessidades; as escolas comuns, com essa orientação integradora, representam o meio mais eficaz de combater atitudes discriminatórias, de criar comunidades acolhedoras, construir uma sociedade integradora e dar educação para todos, além disso, proporcionam uma educação afetiva à maioria das crianças e melhoram a eficiência e, certamente, a relação custo-benefício de todo o sistema educativo. (UNESCO, 1994, p.10).

A Declaração comporta ainda a necessidade de que a escola inclusiva responda às possíveis demandas apresentadas pelo aluno com NEE, de modo que todas as crianças aprendam numa sala de aula regular. Ademais, reflete que esta escola adequa o seu currículo às especificidades do educando, garantindo a eficácia da aprendizagem. (UNESCO, 1994)

Desde a Declaração de Salamanca (1994), grandes conquistas foram realizadas em prol da criança com TDAH, no entanto, a Política Nacional de Educação Especial - PNEE: Equitativa, Inclusiva e Com Aprendizado ao Longo da Vida, instituída no ano de 2020 vem gerando algumas controvérsias no que diz respeito a estes direitos, visto que o documento se refere ao público alvo:

- I – educandos com deficiência, conforme definido pela Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência.
- II – educandos com transtornos globais do desenvolvimento, incluídos os educandos com transtorno do espectro autista, conforme definido pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.
- III – educandos com altas habilidades ou superdotação que apresentem desenvolvimento ou potencial elevado em qualquer área de domínio, isolada ou combinada, criatividade e envolvimento com as atividades escolares. (BRASIL, 2020, p. 56-60)

De acordo com a ABDA (2021), a falta de inserção dos alunos com TDAH como público alvo, a não apresentação das necessidades educativas deste grupo no PNEE, ou até mesmo a falta de exposição da nomenclatura do transtorno ao longo de todo o documento acentua mais

uma dificuldade enfrentada por estes sujeitos. Estar fora da política educacional em questão implica diretamente em não ter acesso a subsídios e respaldo legais que auxiliem e assegurem o processo de aprendizagem.

O PNEE (2020) compete ainda a necessidade das políticas educacionais equitativa e inclusiva, baseadas num conjunto de medidas que norteiam as práticas educativas afim de que todos os alunos possuam oportunidades iguais, valorizando suas potencialidades e erradicando possíveis barreiras que venham a surgir dentro do processo educacional, promovendo assim a inclusão do estudante nos mais variados aspectos. No entanto, é preciso acentuar que para a eficácia desta política é plausível que todo estudante com NEE seja observado e contemplado, pensar diferente é retomar a tempos de segregação, um retrocesso à inclusão.

Em 30 de novembro de 2021, foi sancionada a Lei Federal nº 14.254, com isso mais um passo dado em prol da inclusão. Esta dispõe assistência integral ao aluno com TDAH, Dislexia e Transtorno de Aprendizagem e salienta que:

Parágrafo único. O acompanhamento integral previsto no caput deste artigo compreende a identificação precoce do transtorno, o encaminhamento do educando para diagnóstico, o apoio educacional na rede de ensino, bem como o apoio terapêutico especializado na rede de saúde.

Art. 2º As escolas da educação básica das redes pública e privada, com o apoio da família e dos serviços de saúde existentes, devem garantir o cuidado e a proteção ao educando com dislexia, TDAH ou outro transtorno de aprendizagem, com vistas ao seu pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, com auxílio das redes de proteção social existentes no território, de natureza governamental ou não governamental.

Art. 3º Educandos com dislexia, TDAH ou outro transtorno de aprendizagem que apresentam alterações no desenvolvimento da leitura e da escrita, ou instabilidade na atenção, que repercutam na aprendizagem devem ter assegurado o acompanhamento específico direcionado à sua dificuldade, da forma mais precoce possível, pelos seus educadores no âmbito da escola na qual estão matriculados e podem contar com apoio e orientação da área de saúde, de assistência social e de outras políticas públicas existentes no território.

Art. 4º Necessidades específicas no desenvolvimento do educando serão atendidas pelos profissionais da rede de ensino em parceria com profissionais da rede de saúde.

Parágrafo único. Caso seja verificada a necessidade de intervenção terapêutica, esta deverá ser realizada em serviço de saúde em que seja possível a avaliação diagnóstica, com metas de acompanhamento por equipe multidisciplinar composta por profissionais necessários ao desempenho dessa abordagem.

Art. 5º No âmbito do programa estabelecido no art. 1º desta Lei, os sistemas de ensino devem garantir aos professores da educação básica amplo acesso à informação, inclusive quanto aos encaminhamentos possíveis para atendimento multissetorial, e formação continuada para capacitá-los à identificação precoce dos sinais relacionados aos transtornos de aprendizagem ou ao TDAH, bem como para o atendimento educacional escolar dos educandos. (BRASIL, 2021)

Assegurar os direitos através de políticas educacionais como esta é de extrema valia, mas também é preciso que tudo o que foi sancionado possa ser viabilizado a partir de boas

práticas que efetivamente garantam a educação de qualidade pleiteada nos textos oficiais como garantia de educação para todos. Ademais, a chance de um diagnóstico precoce possibilita ofertar tratamento eficaz ao aluno, a formação adequada e informação proporcionada aos professores contribui diretamente para uma aprendizagem de sucesso, assim como estabelecer a interlocução entre saúde e educação auxilia na promoção da qualidade de vida.

5.2. A padronização no âmbito escolar

Ao buscar pela palavra “Padronizar” no Dicionário informal disponível na internet, rapidamente encontramos o significado: “1. Servir de padrão, de modelo a; 2. Submeter (-se) a um padrão”. Dada tal reflexão, automaticamente nosso cérebro nos leva ao pensamento de alguns exemplos sobre o que é passível de padronização, podemos elencar a arquitetura de prédios, a organização de documentos ou até mesmo o ajuste de imagens num mesmo tamanho. É complicado de imaginar que a sociedade, lê-se o sistema educacional, ainda persista em padronizar indivíduos, modos de aprender e de agir.

As intenções que circundam esta padronização dos estudantes permeiam um objetivo central, o alcance de resultados que satisfaçam as metas impostas. É possível acentuar que esta colocação se entrelaça à reflexão de López (2004, apud Gonçalves & Gonçalves, 2017) ao observar que a escola ao longo de toda sua existência priorizou apenas a aplicação e valorização dos conteúdos formais, bem como a transmissão do saber científico, adotando como método de avaliação metas homogêneas já estabelecidas.

O conservadorismo que permeia a Educação vai além, a rigidez no processo educacional é notória. É exigido que alunos acompanhem a turma e todos sigam num mesmo ritmo, desvaloriza-se a singularidade, a especificidade, a vivência, o todo. Não satisfeitos impõem a disciplina, pretendem alcançar corpos dóceis. Corpos estes que saibam se comportar, saibam agir (como e quando), que aprendam o conteúdo aplicado e acima de tudo se tornem futuros cidadãos reprodutores do mesmo sistema.

No que se refere a criança com NEE, a situação é ainda mais complexa. Quando o aluno com TDAH desempenha dentro da sala de aula a dificuldade de seguir as regras exigidas a toda a turma, além de não acompanhar o mesmo molde de aprendizagem está instalado o caos. É rotulado de “mau aluno”, “inquieto”, “desobediente”, “difícil”, fadado ao “fracasso escolar”. Lopes (2003, p. 57) acentua que “ desde seus inícios, a instituição escolar exerceu uma ação distintiva. Ela se incumbiu de separar os sujeitos — tornando aqueles que nela entravam distintos dos outros, os que a ela não tinham acesso. Ela dividiu também, internamente, os que lá estavam, através de múltiplos mecanismos de classificação, ordenamento, hierarquização”.

É possível perceber que através destes mesmos mecanismos a escola produz e reproduz estas disparidades, criando o fenômeno denominado por Lopes de a “Escola das Diferenças”.

A autora sintetiza ainda que:

(...) regras, teorias e conselhos (científicos, ergométricos, psicológicos) são produzidos em adequação às novas condições, aos novos instrumentos e práticas educativas. Sob novas formas, a escola continua imprimindo sua "marca distintiva" sobre os sujeitos. Através de múltiplos e discretos mecanismos, escolarizam-se e distinguem-se os corpos e as mentes. (LOPES, 2003, p. 62)

A criança com TDAH se encontra num ambiente em que frequenta diariamente, submersa em moldes educacionais destinados a padronização dos estudantes, não abertos a singularidade e diversidade. Estão sujeitos a um currículo destinado a aplicação em massa, quando na verdade este deveria adequar-se as especificidades de cada aluno, ofertando uma educação inclusiva e de qualidade.

A não valorização das potencialidades do aluno negligencia as oportunidades, o desenvolvimento nos mais diversos aspectos, a participação. Mantoan (2003) reflete que:

Conhecemos os argumentos pelos quais a escola tradicional resiste à inclusão — eles refletem a sua incapacidade de atuar diante da complexidade, da diversidade, da variedade, do que é real nos seres e nos grupos humanos. Os alunos não são virtuais, objetos categorizáveis — eles existem de fato, são pessoas que provêm de contextos culturais os mais variados, representam diferentes segmentos sociais, produzem e ampliam conhecimentos e têm desejos, aspirações, valores, sentimentos e costumes com os quais se identificam. (MANTOAN, 2003, p. 28-29)

A grande proposta da educação inclusiva é justamente acerca destes fatores, é preciso que se repense, reformule, refaça. Que novas práticas educativas sejam elaboradas e que estas atendam ao mais variado público, que contemplem a diversidade. É preciso que as políticas públicas sejam transformadas, que se enxergue as diferenças, as valorize, que o preconceito seja rompido. Necessitamos abrir os olhos ao outro, olhá-lo com calma, cuidado, empatia e nada melhor que a escola como umas das percussoras destes ideais.

5.3 Implicações educacionais da criança com TDAH

Diante de tais percepções acerca do quanto a escola não se encontra preparada para contemplar as necessidades educativas de seu alunado, permanecendo focada num currículo cada vez mais conteudista, preparatório para a universidade e mercado de trabalho, se faz necessário que reflitamos ainda com mais cautela as implicações da criança com TDAH dentro deste cenário, como se dá esta realidade dentro dos muros escolares.

A falta de conhecimento e conseqüentemente a dificuldade de manejo para com o como

o aluno com TDAH geram o preconceito e a exclusão. Cardoso (2007) salienta que é na escola que o preconceito se aflora, os rótulos que surgem a partir das dificuldades apresentadas, simplesmente por não se encaixarem nos padrões expressos, causam prejuízos irreparáveis na vida desta criança, malefícios imensuráveis. Cabe pontuar que alguns destes prejuízos desaguam em aspectos relacionados a autoestima e forma como a criança se enxerga enquanto sujeito.

As implicações em sala de aula são derivadas primordialmente dos sintomas ocasionados pelo transtorno, sendo eles a desatenção, hiperatividade e impulsividade. Estes se desdobram e originam consequências que interferem diretamente na vida escolar da criança com TDAH. Benczik (2000, p. 44) afirma que “ a desatenção e a falta de autocontrole colocam a criança em um grande risco para dificuldades escolares em termos do desempenho acadêmico e interações com adultos e pessoas”.

Quando a criança ingressa na escola, espera-se que ela se desenvolva num padrão previamente estabelecido pelo sistema. Expectativas são depositadas, para que ela brinque, aprenda, interaja, divida, fique quieta, escute e se comunique. Quando o aluno com TDAH adentra este ambiente, no entanto não desempenha o comportamento esperado, surgem as queixas e reclamações. (BARKLEY, 2002)

Segundo Benczik (2000):

A criança com sintomas de desatenção geralmente não presta muita atenção a detalhes, como, por exemplo, na escola, não copia da lousa uma frase completa, não acentua palavras corretamente, não pinga o i e não corta a letra t. Ao fazer contas de somar, faz de subtrair. Não porque não saiba, mas porque não prestou atenção no sinal. Pode apresentar, também o trabalho escolar confuso e desorganizado, realizado sem meticulosidade, nem consideração adequada. Escreve no caderno do final para o começo, pula folhas, passa o conteúdo de história na parte que é de português, e seus cadernos possuem “orelhas”. Os hábitos de trabalho são desorganizados, os materiais para a realização da tarefa em geral ficam espalhados, manuseados com descuido, ou perdem ou se danificam. (...) os pais já não sabem mais quantos lápis, borrachas, óculos, blusas, etc. já compraram e foram perdidos em algum lugar pela criança. (BENCZIK, 2000, p. 27)

Vale salientar que além de todos os fatores mencionados acima, o aluno com TDAH também possui dificuldades de manter o foco de atenção por longos períodos, principalmente em situações que não lhe despertam o interesse. Benczik (2002) salienta ainda que estes alunos fogem de tarefas que lhe exijam o esforço mental, visto que conceituam como difícil persistir numa mesma até o fim, evitam atividades que demandam dedicação, organização e concentração.

Cardoso (2007) reflete em consonância a tal afirmação ao dizer que:

Quando, em sala de aula, o aluno não se interessa pelo conteúdo abordado, a tendência é ficar desatento ou disperso. Na medida que o conteúdo revela um grau maior de complexidade, torna-se mais difícil para o aluno compreendê-lo e o confronto com o sentimento de impotência poderá gerar dispersão como mecanismo de defesa para evitar que sinta ansiedade, angústia e tenha pensamento depreciativo em relação a si próprio. (CARDOSO, 2007, p. 96)

É notório o quanto os sintomas característicos do transtorno podem afetar prejuízos em dimensões ainda maiores e que se estendem nas diversas esferas da vida do indivíduo, ocasionando lacunas emocionais, acadêmicas e sociais. Além do comportamento desatento, os sintomas de hiperatividade e impulsividade também são desempenhados dentro do ambiente escolar.

Enquanto a desatenção rende termos preconceituosos tais como “criança no mundo da lua”, a impulsividade e hiperatividade levam o aluno a ser taxado como “inquieto”, “mal-educado” e “ligado na tomada”.

Segundo Benczik (2000) a manifestação da hiperatividade interfere provocando uma atividade corporal excessiva, desorganizada, vista pelo público ao redor como caótica e desastrosa. Geralmente interfere na motricidade grossa (correr, pular), em não ficar sentado, parado, remexer-se o tempo todo, em falar excessivamente.

Já o comportamento impulsivo, quando observado no âmbito escolar se apresenta através de impaciência, dificuldade em protelar respostas, responder de maneira precipitada, dificuldade em aguardar a sua vez, interromper conversas, não tem medo de situações perigosas, não mede consequências, reage emocionalmente através de birras, choro contínuo e explosões de raiva. (BENCZIK, 2000)

Benczik (2000) se refere ainda a dificuldade que esta criança possui em fazer contas (operações básicas), problemas para reter informações específicas, principalmente quando dadas verbalmente, possui dificuldade em interpretar textos, e associar a fonética aos sons das letras. Além disso, muitas delas se fecham a proposições de tarefas justamente devido a baixa-estima. Além disso:

A criança com TDAH pode demonstrar uma falha importante na produção escrita, devido ao déficit visual motor, causando desta forma, dificuldade de coordenação viso-motora e consequentemente baixa resposta motora. Pode apresentar dificuldade em tarefas nas quais tenha que escrever, desenhar, traçar e copiar. Ocasionalmente, a criança pode perseverar em uma mesma atividade por uma considerável quantidade de tempo, tendo uma coordenação visual-motora pobre. Essas crianças apresentam também leitura deficiente. (BENCZIK, 2000, p. 44-45)

É válido salientar que, normalmente, os sinais do TDAH são percebidos inicialmente no contexto escolar. Alguns estudiosos explicam tal afirmação a partir da reflexão de que é neste

espaço que se exige maior disciplina, através de uma conduta rígida. Além disso, pelo fato da criança estar sujeita a situações em grupo e trabalho em equipe os sintomas são observados de modo mais acentuado, quando comparada aos demais alunos. De acordo com Benczik (2000) é imprescindível salientar que os sintomas não seguem um padrão, visto que eles variam de acordo ao contexto em que a criança está inserida no momento, assim como podem oscilar, num dia ela parece estar bem e no outro pode apresentar dificuldades ao realizar a mesma tarefa.

Diante de todo o despreparo, rigidez e estipulação do “aluno padrão”, a sala de aula se torna o ambiente mais propenso para tais comportamentos. Desse modo, Cardoso (2007, p.45) reflete que “para a maioria dos professores, os comportamentos indesejáveis dos alunos representam o caos do contexto escolar e do processo de ensino e aprendizagem, enquanto que para uma minoria de professores, os mesmos comportamentos podem representar mensagens ou sinais da necessidade de mudança de regras e normas do ambiente escolar e da prática docente”.

Como o professor observa o aluno com TDAH reflete diretamente na vivência desta criança. Quando não há conhecimento e informação acerca do transtorno, possivelmente tais comportamentos sejam vistos como indisciplina e todo o processo de ensino-aprendizagem seja comprometido, em contrapartida, quando há, os ganhos são inúmeros.

Um estudo de caso desempenhado por Cardoso (2007), realizado com 40 professores, reuniu as seguintes interpretações e expressões ofertadas pelos docentes para caracterizar tais comportamentos:

- a) Desatento: Falta de atenção, parece não escutar, fica alheio, distante, parece estar no “mundo da lua” ou em outro mundo, fica olhando para um ponto fixo sem falar nada, dificuldade na concentração, se dispersa muito facilmente, não é observador e comete erros por descuido.
- b) Hiperativo: Realiza outra atividade, dificuldade de permanecer na mesma atividade, dispersa energia com várias atividades, faz várias tarefas ao mesmo tempo, não consegue finalizar as atividades, fala o tempo todo, presta atenção a várias coisas ao mesmo tempo, dificuldade em trabalhar em equipe ou em dupla e dificuldade para brincar ou se envolver nas atividades escolares.
- c) Age sem refletir, se deseja algo não espera pegar, dá respostas precipitadas, tem dificuldade de aguardar a sua vez, se mete em assuntos dos outros, dá respostas sem pensar nas conseqüências, é impaciente, dá respostas incompletas às perguntas, se precipita, toma atitudes inadequadas, manifesta atitudes e idéias antes mesmo de ouvir o professor e/ ou colegas, tem pavio curto, gosta de falar primeiro e não respeita o direito do outro, está sempre querendo estar à frente. (CARDOSO, 2007, p.96-101)

Diante de tais constatações, traçando uma reflexão ao que foi citado anteriormente, é possível denotar como existem algumas vertentes da mesma situação e como ambas acarretam resultados distintos. Quando o professor observa o aluno a partir do transtorno, se vê em meio a uma sala de aula caótica, de modo que o aluno com TDAH é observado como aquele quem

desfaz a dinâmica do grupo ao apresentar comportamentos indesejáveis. Por outro lado, quando o docente percebe o erro na conduta adotada por ele ou pela instituição, se depara com a necessidade de mudança, e encontra a saída ao adequar sua prática a necessidade do aluno (não o contrário).

As crianças que apresentam hiperatividade e impulsividade em excesso para a idade, geralmente são vistas pelos seus professores como mal educadas, endiabradas, a ‘mil por hora’; enquanto que as crianças que apresentam desatenção são vistas pelos professores como preguiçosas, irresponsáveis, desligadas e tendem a passar despercebidas em sala de aula por não incomodarem os colegas e a professora. (CARDOSO, 2007, p. 63)

Quando o aluno com TDAH se depara com um docente cujo está interessado apenas no aspecto acadêmico, focado no “mau-comportamento”, na dificuldade em aprender, na desorganização, que desempenha uma prática rígida e autoritária, este tem suas dificuldades e barreiras acentuadas e a baixa-estima reforçada. (CARDOSO, 2007)

Cardoso (2007) afirma ainda que, muito apesar de estarmos caminhando em busca da inclusão, muitas escolas atualmente ainda relutam a aceitar alunos com TDAH. Embora seja um direito assegurado por lei, muitas instituições se negam a acolher estes estudantes justamente por este não se encaixar nos padrões de comportamento exigidos. A autora conclui ainda que a escola não está preparada para atender as singularidades da criança com TDAH, visto que não possui métodos que mantenham a atenção e quietude prolongada destes indivíduos.

A estrutura do ensino formal não consegue envolver por muito tempo o aluno que apresenta o TDAH e lamentavelmente acaba rotulando esse aluno, por não conseguir adotar as regras ou padrões estabelecidos pela escola. Quando chega o limite da escola, esta reage - com atitude drástica - solicitando aos pais que retirem os filhos da escola por incomodarem e prejudicarem a organização e a dinâmica da classe. Caso a situação não atinja esse extremo, o aluno sofre outro tipo de punição como: suspensão, impossibilidade de participar das atividades escolares ou outras atitudes discriminativas. (CARDOSO, 2007, p. 61)

A partir do momento que a escola se nega a incluir este aluno, há um retrocesso a tudo que foi conquistado. Assim como, quando realiza a matrícula mas negligencia o ensino a ser ofertado para esta criança comete erros tão graves quanto.

Os problemas acarretados por todo este preconceito sofrido dentro e fora das paredes escolares afeta o emocional da criança com TDAH, fragilizando-a. Todo o estigma que envolve a patologia, somado a falta de conhecimento e informação afeta diretamente a interação entre os pares dentro da sala de aula. As relações se tornam escassas, o aluno visto como “indisciplinado” muitas vezes é excluído pelos demais, justamente por todos os rótulos impostos. Zortéa (2007) conclui que:

As crianças com necessidades especiais poderiam ter, então, um risco adicional ao chegarem à escola, podendo ser duplamente marcadas pela sua “incompletude” como grupo social, por seu estatuto de criança e, como indivíduo, por trazer em si (em seu corpo, sua conduta ou em sua história) este anúncio da “deficiência”, comumente associada àquele que é considerado “diferente” pela escola e pelo seu entorno social mais amplo. (ZORTÉA, 2007, p. 31)

Quando existe a dificuldade de interação entre os pares muito se perde, comumente é esperado que através da socialização os estudantes desenvolvam muito além das potencialidades acadêmicas. Zortéa (2007) afirma ainda que:

Quando convivem nesse espaço com seus pares, as crianças aprendem muito além do que planejamos ensiná-las quando jogam, brincam, pintam, ouvem histórias, comem juntas, lavam suas mãos, etc. Aprendem sobre manejar conflitos, a lidar com o imprevisível, a não desistir quando erram, a esperar ou a não esperar, a compartilhar amigos. Aprendem sobre o lugar que ocupam, sobre pertencimento. Aprendem sobre os outros e sobre si mesmos ao estarem com os outros. Descobrem sobre as regras sociais do contexto que habitam. (ZORTÉA, 2007, p. 26)

Em suas reflexões Amaral (1998) retrata fatores presentes na sociedade que harmonizam a uma possível justificativa para a falta de interação entre os pares. A autora nomeia como barreiras atitudinais, onde determinado sujeito possui uma concepção desfavorável ao outro, principalmente quando este último foge as condições vistas como ideais e dentro do padrão.

Diversas foram as expressões, rótulos e nomenclaturas ofertadas à criança com TDAH citadas até esta passagem, todos carregados de preconceito, causadores de feridas e marcas irreparáveis. Amaral (1998) acentua que tais ações consolidam o estereótipo deferido ao sujeito, algo fixo ou imutável que o conceitua como um todo, mediante sua “diferença”. E vale salientar que é justamente este estereótipo que deflagra, por vezes, o afastamento entre os pares.

A dificuldade vivenciada por pais de crianças com TDAH também deve ser aqui retratada, criar uma criança com NEE pode ser extremamente desafiador. É necessário que se procure escola, professores, profissionais, e redobre seu envolvimento na educação da criança. Alguns se sentem perdidos, incompreendidos, envergonhados perante as críticas, mergulhados num mar de dúvidas, no entanto, é preciso observar a situação como um tripé: princípios; paternidade executante e pensamento científico, assim, todo o processo se equilibrará. (BARKLEY, 2002)

Barkley (2007) salienta ainda que:

Muitos pais de crianças com TDAH têm relatado a vergonha e a humilhação experimentadas nas mãos de educadores e profissionais envolvidos com seus filhos. Alguns afirmam sentirem-se perdidos ou mal compreendidos e, ainda serem tratados, eles mesmos, como crianças durante as reuniões de planejamento nas escolas. Sentem que suas opiniões foram rejeitadas e consideradas preconceituosas ou ingênuas. (BARKLEY, 2002, p. 26-27)

Estamos caminhando a passos lentos na estrada da inclusão, algumas regressões nos fazem refletir quando finalmente alcançaremos os tão sonhados objetivos. No entanto, é preciso acentuar que nenhum esforço foi em vão, todas as conquistas já obtidas se configuram como melhorias na qualidade de vida das crianças com TDAH. Os padrões impostos no âmbito escolar, a rigidez adotada por professores, bem como o olhar do docente para com este aluno, os rótulos, o preconceito, a falta de interação entre os pares em sala de aula, todos estes aspectos são passíveis de melhorias. Práticas podem ser adotadas para tal feito, estas serão retratadas ainda ao longo deste capítulo.

5.4. A pandemia do COVID-19 e o ensino remoto

A chegada de um vírus microscópico tornou a vida ainda mais desafiadora, o contato ainda mais distante, as relações ainda mais complexas. O COVID-19 propagou pelo mundo de forma tão voraz, transformando isolamento social em palavra de ordem. Os abraços de bom dia tiveram que esperar, a lição foi interrompida, o pega-pega durante o recreio ficou para depois, por hora cada qual no seu quadrado.

O cenário se tornou caótico, doloroso e fúnebre, os dias se transformaram em anos. Desde então a educação foi adaptada, na tentativa de sanar as lacunas e continuar ofertando a aprendizagem aos educandos. Agora, entra em campo o Ensino Remoto Emergencial (ERE), e os lares mundo afora se estendem para receber as aulas diariamente. Cozinha, quarto, varanda, quintal, todo espaço se torna pedagógico para abrigar as emoções, os sentimentos, os conteúdos.

O ERE possui como palco as plataformas digitais, e impreterivelmente se faz necessário o acesso à internet. Esta afirmação por si só já se torna um obstáculo na educação do estudante, visto que muitos deles não possuem acesso, não possuem domínio ou não apresentam condições favoráveis. No que se refere ao aluno com TDAH, a situação é ainda mais crítica, pois somado a todas estas possíveis variantes existe também as barreiras desencadeadas pelo transtorno durante a utilização desta estratégia educacional.

A ABDA (2020) acentua que as aulas remotas contribuíram para que a criança executasse sentimentos de raiva, medo e tristeza acerca da pandemia. A falta da rotina, de tudo aquilo cujo estava acostumada acentuou a dificuldade em lidar com tais emoções, e consequentemente acarretou para que comportamentos indesejáveis fossem desempenhados.

A ABDA (2020) salienta ainda que “essas crianças estão estressadas, mas ainda não desenvolveram as habilidades de funcionamento executivo necessárias para expressar adequadamente seus sentimentos e usar estratégias eficazes de solução de problemas”.

A dificuldade de controle dos impulsos, os sintomas de hiperatividade e desatenção se acentuaram ainda mais neste período. Com vistas ao novo, ao desconhecido e a imposição de ajustamento, esta criança com TDAH possivelmente pode apresentar problemas em cooperar com a situação. (ABDA, 2020)

Os pais passaram a mediar a aprendizagem e implicações neste processo foram surgindo, segundo Alves (2020):

Outros problemas enfrentados pelos pais, referem-se a: a) ausência de computadores em suas casas, já que utilizam os dispositivos móveis para acessar a rede internet; b) a falta de experiência com a interface das plataformas que vem sendo utilizadas para os encontros virtuais, como Google Meet, Teams, Zoom, entre outros; c) a dificuldade em mediar as atividades que seguem a sequência prevista para as aulas presenciais, exigindo dos pais conhecimento e estratégias para ensinar aos filhos os conteúdos que são cobrados e não ensinados pelos professores. (ALVES, 2020, p. 356)

Diante de todo esse contexto pandêmico, os professores também sofreram os impactos. Os docentes se viram cada vez mais perante a necessidade de utilizar a criatividade para prender e aguçar a atenção do aluno, no entanto, o sentimento de impotência relatada por muitos professores neste momento, segundo Alves (2020, p. 355), reflete que “o corpo docente não se sente preparado para assumir as atividades escolares com a mediação das plataformas digitais, seja por conta do nível de letramento digital, ou, por limitações tecnológicas para acesso a estes artefatos”.

Vale salientar que as próprias instituições escolares não dispõem de equipamentos tecnológicos que atendam aos alunos, bem como também, os profissionais não obtiveram nenhuma formação prévia específica que visasse a possível resolução de problemas num momento crítico como este.

Algumas implicações geradas pelo transtorno, tais como a dificuldade de manter o foco na realização de tarefas (neste caso, principalmente em frente as telas), os problemas de organização, a dificuldade em permanecer quieto, todos estes fatores se acentuaram durante o ERE e caracterizam barreiras significantes no processo de aprendizagem da criança com TDAH.

É novo para todos! E ainda mais desafiador o manejo da criança diagnosticada com o transtorno, com os sintomas, incluí-la de maneira assertiva. Para contornar estes fatores é necessário que haja a união entre escola, professor e família, todos em prol de uma educação que atenda ao aluno em sua totalidade, para tanto, a seção seguinte abordará sobre tal vertente.

5.5. Práticas pedagógicas assertivas

Diante de todas as observações realizadas até aqui, é inegável a importância de olhar com cautela o processo de aprendizagem do aluno com TDAH, visto que há inúmeros fatores que podem ocasionar prejuízos e interferir diretamente na vivência da criança. É imprescindível acentuar novamente que, o pontapé inicial necessita ser o conhecimento. Entender sobre o transtorno deve ser tarefa primordial, aos pais, professores e unidade escolar. Compreender sobre os sintomas, os comportamentos, como realizar o manejo, e como executar práticas eficazes a aprendizagem deste aluno.

Um dos passos de extrema relevância deve ser observado pelos pais, se refere a escolha da escola para realizar a matrícula, analisar se a instituição realiza atitudes assertivas. Aqui estão elencados alguns pontos retratados por Benczik (2000) e Barkley (2002) para auxiliar nesta escolha. É imprescindível conhecer quais informações a unidade escolar tem sobre o TDAH, e como ela recebe estes alunos; observar o tamanho da classe; analisar qual o posicionamento da instituição sobre a medicalização das crianças; discutir como a escola exerce sua política interna, suas ações disciplinadoras e os métodos adotados; discutir como ocorre a interlocução entre família e escola, se a instituição é aberta a tal conduta; verificar se a escola atende receptivamente os profissionais multidisciplinares que atendem a criança e por fim questionar se há outras crianças com transtorno de aprendizagem ou deficiência na classe, se sim, quantas são, e se estão em turmas distintas ou não. Vale salientar que, caso haja mais de duas ou três crianças numa mesma classe deve-se solicitar outra, ou até mesmo mudar a escola. (É difícil para o professor lidar com muitas destas crianças simultaneamente numa sala de aula regular).

Todos os fatores devem ser analisados com cuidado, dentre eles, os que circundam o professor, e principalmente a atitude deste para com os seus alunos (em especial aqueles com NEE). Como afirma Cardoso (2007, p.56), “esses alunos demandam que o professor tenha além da competência docente, equilíbrio, criatividade, intuição, um “jogo de cintura” para enfrentar as situações desagradáveis que poderão emergir no dia-a-dia da sala de aula”.

Poucos docentes apresentam o conhecimento sobre o TDAH, e muitos destes possuem uma concepção errônea acerca do transtorno e suas implicações. Sendo este profissional o mediador em sala de aula, é necessário que aprofunde seus conhecimentos sobre a patologia, é interessante que busque informações, seja curioso, para que assim possa executar a sua prática de maneira assertiva. Como refere Benczik (2000, p. 49) “ ter informações de como o professor lida com as dificuldades de outras crianças, como encara o TDAH e se tem interesse em ajuda-

las são questões que devem ser levantadas durante o processo de escolha” (dos pais).

Esta relação positiva entre professor-aluno é primordial no processo. Quando o docente está disposto a qualificar a sua prática pedagógica de modo que atenda a especificidade do aluno, exprime o quão interessado está numa educação global. Cardoso (2007, p. 56) denota que “ não basta apenas saber olhar os sintomas ou sinais da manifestação do comportamento desatento, hiperativo e impulsivo, é preciso entender e trabalhar **com** a criança e não **para** a criança”.

É preciso afirmar aqui que, não existe uma “receita de bolo”, com ingredientes e modo de preparo. Os pontos tratados neste capítulo são dicas que devem ser experimentadas e podem funcionar na rotina escolar. Cada aluno tem seu modo de aprender, e cabe ao professor observar qual estratégia se adapta melhor a este estudante. Barkley (2002) reflete que uma relação positiva entre professor e aluno é capaz de melhorar as adaptações acadêmicas e sociais não somente a curto como também a longo prazo. Para o autor, o melhor ingrediente do sucesso da criança com TDAH na escola é o professor.

Diante disso, seguem algumas estratégias sintetizadas por Barkley (2002), Benczik (2000) e Cardoso (2007) que contribuem para minimizar os comportamentos realizados em decorrência do TDAH, assim como auxiliam no foco da atenção e eficácia da aprendizagem. Dentre elas estão: buscar tarefas que se adequem às habilidades da criança; alterar o estilo que apresenta as aulas e atividades de modo que mantenha o interesse e motivação do aluno; ofertar determinações breves e concisas e antes disso, certificar-se de que a turma está em silêncio para assim passar a instrução; utilizar de expressões faciais e entusiasmo ao falar com o aluno; dividir os trabalhos mais extensos em partes; manter contato frequentemente com os pais; questionar a criança como ela acha que aprende melhor; estabelecer combinados prévios sobre o que espera dele; utilizar reforço positivo (fazer elogios e encorajar); reduzir estímulos que distraiam o aluno; criar uma rotina escolar previsível e preparar o aluno caso exista algo que vá quebrá-la; permitir que a criança realize alguns movimentos em sala de aula ou fora dela, isso pode auxiliar a ajustar e retomar o foco de atenção; separar o aluno dos pares que estimulam os comportamentos inadequados e eleger um par-auxiliar para que ele tenha um modelo adequado a se inspirar e monitorar o progresso do aluno.

É importante frisar que este processo também não é fácil para o professor, visto que ele atende não só a criança com TDAH, mas também todo o restante da classe. No entanto estas intervenções são necessárias até que se adeque ao modo como a criança aprende.

É essencial a parceria entre todos estes sujeitos, de modo que, quando a criança é atendida e observada nos ambientes em que circunda, todo o processo de desenvolvimento se

concretiza com maior qualidade. O conhecimento é a base das relações, quando se conhece o outro, aprende-se a ser melhor com ele e para ele.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise e compreensão das fontes utilizadas para construção desta pesquisa foi possível perceber o quanto a vivência escolar da criança com TDAH é afetada em decorrência do transtorno. O TDAH possui como sintomas característicos a desatenção, hiperatividade e impulsividade e se desdobra sobre o desenvolvimento do autocontrole do indivíduo, ou seja, o modo como esta criança consegue lidar com seus comportamentos, de maneira que estes não sejam conceituados como ações indesejáveis. Diversas nomenclaturas foram utilizadas para se referir aos sintomas característicos do TDAH até que se chegasse à uma decisão assertiva, cujo descrita atualmente no DSM V, fato que contribuiu diretamente para que houvesse uma gama de conhecimentos favoráveis ao bem-estar e qualidade de vida destas crianças.

Com o avanço da ciência e tecnologia foi possível que evidências do transtorno pudessem ser observadas em exames de imagem, de modo que o indivíduo com TDAH apresenta uma menor atividade cerebral na região frontal do cérebro, bem como dificuldade em manter o autocontrole de suas ações. No entanto, é imprescindível dizer que o diagnóstico do transtorno é feito de maneira clínica.

Este processo de avaliação diagnóstica é executado a partir de escalas, entrevistas e/ou questionários aplicados com professores, pais e até mesmo a própria criança, isto a partir de critérios pré-estabelecidos pelo DSM V, afim de compreender de que modo e até que ponto os sintomas ocasionam impactos na vida desse sujeito. É importante que esta criança seja avaliada por uma equipe multidisciplinar, na tentativa de que os comportamentos sejam analisados por mais de um profissional, assim como, que a intensidade e frequência dos sintomas sejam observadas nos diversos contextos pelo qual a criança circula. O diagnóstico proporciona ao indivíduo e todas as pessoas que convivem com ele uma gama de informações que auxiliam na vivência diária e atenuam os impactos ocasionados pelo transtorno.

A manifestação dos sintomas do TDAH geralmente é percebida primeiramente dentro do contexto escolar, sendo este espaço e todos os envolvidos nele peças fundamentais para a avaliação diagnóstica. Os professores desempenham um papel de destaque, visto que lidam diariamente com este aluno, observam sua interação com os pares, suas dificuldades de aprendizagem, potencialidades e ações. No entanto, vale salientar que o corpo escolar como um todo é um ponto chave para a contribuição no diagnóstico, de modo é tarefa deste assistir esta criança nos diversos aspectos e estar atento a quaisquer desdobramentos.

Após a avaliação diagnóstica, em caso afirmativo ao TDAH, serão traçadas juntamente com os pais algumas intervenções que sejam assertivas ao tratamento desta criança. Estas

intervenções correspondem à acompanhamento médico, acompanhamento psicopedagógico, a psicoterapia e orientação de pais e professores. Todas estas estratégias visam proporcionar à criança o bem-estar global, para que seu desenvolvimento siga em linha contrária às turbulências. Somado a isso, uma das vertentes deste tratamento, campo de inúmeras polêmicas, é a medicalização dos corpos.

Através de estudo aprofundado das fontes elencadas para construção desta pesquisa foi possível perceber que Barkley (2002) e Benczik (2000), respectivamente médico e psicóloga, traçam um parecer favorável a tal prática, enquanto Ribeiro (2011) e Ribeiro et al. (2019) constroem outra reflexão, indo contra a medicalização. É importante ressaltar que a ascensão exorbitante da utilização de fármacos no tratamento ao TDAH acentua a tentativa de docilizar os corpos e exime o quão a humanidade anda sedenta por controle. Busca-se em sala de aula uma obediência forçada, crianças submissas a padrões pré-estabelecidos, que funcionem para se comportar e não ocasionar transtornos, busca-se corpos dóceis. E então a escola deixa de ser lugar de acolhida, de escuta, de afago e apoio, atua unicamente para homogeneizar. É preciso romper com práticas tão deploráveis e compreender que a utilização de fármacos no tratamento ao TDAH deve vir acompanhada ao bem-estar integral do sujeito, de modo que todos os fatores envolvidos sejam analisados de maneira cautelosa, e não apenas para satisfazer interesses de controle social.

Esta pesquisa que se incumbiu de compreender a criança com TDAH no contexto escolar observou a partir da análise dos documentos legais tais como Declaração de Salamanca (1994) e Lei Federal nº 14.254, de 30 de novembro de 2021 a importância de que o aluno com TDAH seja contemplado em todos os aspectos, assim como obtenha uma educação de qualidade e que esta educação seja centrada na própria criança, de modo que o sistema escolar se adapte ao estudante e não o contrário. Ademais, acentuou o prejuízo destes estudantes não serem designados como público alvo da Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida (PNEE, 2020), configurando uma barreira no processo de inclusão da criança com NEE.

É extremamente importante a disseminação de conhecimento acerca destes documentos legais que asseguram a educação, tendo em vista que pais conheçam todos os direitos que seus filhos possuem, bem como a unidade escolar tenha ciência de todas as obrigações que lhe competem afim de garantir a inclusão do aluno com TDAH.

No que se refere a este contexto escolar ficou expresso o quanto há a necessidade de padronização dos indivíduos, objetivando a homogeneização e a dinâmica harmônica da sala de aula. É válido salientar outro aspecto, dentro desta realidade, à medida que a situação foge

do controle punições são aplicadas afim de estabelecer a ordem do local. Quando o aluno com TDAH manifesta os sintomas característicos do transtorno e corre demais, não para quieto, tem dificuldade de permanecer sentado na cadeira, tem dificuldade de manter o foco de atenção, dificuldades de aprendizagem, interrompe a fala alheia e apresenta diversos comportamentos indesejáveis, é observado e conceituado como o mal aluno, aluno-problema, inquieto e desatento.

Todos estes rótulos acarretam outras diversas barreiras na vivência do estudante com TDAH, desde a problemas emocionais e baixa-estima até mesmo a dificuldade de socialização entre os pares. E então esta criança é excluída do convívio com os demais, sempre vista como indisciplinada, sua socialização se torna ainda mais difícil.

Uma relação benéfica entre pares dentro do ambiente escolar pode acarretar ganhos na vivência da criança com TDAH, espera-se que diante dessa interação, desde a comunicação até o brincar, a criança aprenda, internalize regras, desempenhe comportamentos desejáveis e socialize. Quando encontra uma relação de parceria o aluno pode observar o outro como um espelho, alguém para se inspirar. No entanto, numa relação contrária, onde o par contribui para existência de comportamentos inadequados é preciso se atentar, e, cabe ao professor mediar esta relação na intencionalidade de que os sintomas característicos do transtorno não sejam agravados.

Para contornar todas estas barreiras e dificuldades se faz necessário uma série de práticas que se adequem a singularidade do aluno com TDAH. Para tanto, a mediação do professor é imprescindível para minimizar os impactos educacionais, é preciso que acima de tudo este profissional conheça sobre o transtorno, que adote medidas capazes de auxiliar a rotina deste aluno e transforme sua prática para que as especificidades dessa criança sejam atendidas. A busca pelo conhecimento não deve cessar, é preciso que o docente esteja em constante atualização e disponibilidade, visto que à medida que se conhece também se aprende como lidar, a melhor forma de agir.

É papel dos pais também executarem novas atitudes de modo a melhorar a vida diária com seus filhos. Acima de tudo é preciso que sejam pais estimuladores, compreensivos, pacientes, amorosos e não pais autoritários em busca de “um filho perfeito” que corresponda à todas as suas expectativas.

Ademais, esta pesquisa expressa a importância de haver a frequente interlocução entre aluno-família-professor-unidade escolar, pois somente assim o aluno poderá ser observado de modo integral. Quando todos estes sujeitos atuam juntos em prol da transformação de ações os impactos são minimizados e a vivência da criança no espaço escolar se torna inclusiva.

7. REFERÊNCIAS

ABDA. Associação Brasileira de Déficit de Atenção. Página Inicial. Disponível em: < <https://tdah.org.br/> Acesso em: 18 de nov. 2021.

ALVES, L. (2020). **Educação remota: entre a ilusão e a realidade.** *Educação.* 8(3), 348–365. AMARAL, Lígia Assumpção. Sobre crocodilos e avestruzes: falando de diferenças físicas, preconceitos e sua superação. **Diferenças e preconceito na escola: alternativas teóricas e práticas**, v. 5, p. 11-30, 1998.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDA/H.** Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 2002.

BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni. **Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade: Atualização diagnóstica e terapêutica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

BRASIL. **Base Nacional Comum Curricular: Educação é a base.** MEC-Ministério da Educação. 2018. Disponível em:< http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=79601-anexo-tex+to-bncc-reexportado-pdf-2&category_slug=dezembro-2017-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 02 de jan. 2022.

BRASIL. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais.** Brasília: UNESCO, 1994. Disponível em: <http://uniapae.apaebrasil.org.br/wpcontent/uploads/2019/10/DECLARA%C3%87%C3%83O-DE-SALAMANCA-E-LINHA-DA-A%C3%87%C3%83O-SOBRE-NECESSIDADESEUCATIVAS-ESPECIAIS.pdf>. Acesso em: 02 de jan. 2022.

BRASIL. **Lei 14.254, de 30 de Novembro de 2021.** Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.254-de-30-de-novembro-de-2021-363377461>>. Acesso em: 05 de jan. 2022)

BRASIL. **LDB. Lei 9394/96–Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394. Disponível em: Acesso em: 01 de jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Infantil e Fundamental- SEIF. **Política Nacional de Educação Infantil: pelos direitos das crianças de zero a seis anos à Educação.** Disponível em:< <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/polinaci.pdf>>. Acesso em: 03 de jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Modalidades Especializadas de Educação. **PNEE: Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida/** Secretaria de Modalidades Especializadas de Educação – Brasília; MEC. SEMESP. 2020. 124p. Disponível em:< <https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/noticias/mec-lanca-documento-sobre-implementacao-da-pnee-1/pnee-2020.pdf>>. Acesso em: 03 de jan. 2022.

CALIMAN, L. V. **A constituição sócio-médica do “fato TDAH”**. *Psicologia e Sociedade*. Rio de Janeiro, 2009, v. 21, n. 1. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/hBfJpQhp43DFzLKnCbmPQwf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 nov. 2021.

CARDOSO, Diana Maria Pereira. **A concepção dos professores diante do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em contexto escolar: um estudo de caso**. 2007

CENCI, Adriane; COSTAS, Fabiane Adela Tonetto. Subjetividade social e subjetividade individual nas dificuldades de aprendizagem. **SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, SUBJETIVIDADE E EDUCAÇÃO**, v. 10, 2011.

CHEN, MING et al. A Multichannel Deep Neural Network Model Analyzing Multiscale Functional Brain Connectome Data for Attention Deficit Hyperactivity Disorder Detection. **Radiology: Artificial Intelligence**. v. 2: n. 1— 2019. Disponível em: <radiology-ai.rsna.org>. Acesso em: 19 nov. 2021.

DICIONÁRIO. Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em: <<https://dicionario.priberam.org/padronizar>>. Acesso em 19 de Jan. 2022.

DSM. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos DSM-5** / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GATTI, Bernardete A. **PESQUISAR EM EDUCAÇÃO: CONSIDERAÇÕES SOBRE ALGUNS PONTOS-CHAVE**. Revista Diálogo Educacional, vol. 6, núm. 19, septiembre-diciembre, 2006, pp. 25-35

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, SP: Atlas, 2002.

GODOY, Arilda. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63 Mar./Abr.

GONÇALVES, P. S; GONÇALVES, C. M. R. Escola democrática e a padronização dos modos de aprender. **Expressa Extensão**, v. 22, n. 2, p. 219-225, 2017.

IABCD. Instituto ABCD: Página Inicial. Disponível em: < <https://institutoabcd.org.br/>>. Acesso em 09 de dez. 2021.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**. Petrópolis: vozes, 1997.

LOPES, João A. **Distúrbio hiperativo de déficit de atenção em contexto de sala de aula.: a incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência**. Braga: Centro de Estudos de Educação em Psicologia, Universidade do Minho, 1998.

LUBISCO, Nídia Maria Lienert; SÔNIA, Chagas Vieira. **Manual do estilo acadêmico: trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses**. 5. ed. – Salvador: EDUFBA, 2013.

MANTOAN, Maria Teresa Eglér. **Inclusão escolar: o que é? por quê? como fazer?** / Maria Teresa Eglér Mantoan. — São Paulo : Moderna , 2003. — (Coleção cotidiano escolar).

MSD. Manual MSD Versão para Profissionais da Saúde. Pagina Inicial. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional>>. Acesso em: 10 de dez. 2021.

PASTURA, Giuseppe; MATTOS, Paulo; ARAÚJO, Alexandra Pruber de Queiroz Campos. Prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 65, n. 4a, p. 1078-1083, 2007.

POLANCZYK G, Horta B, Lima M, Biederman J, Rohde LA. **The worldwide prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-regression analysis**. *Am J Psychiatry*, 164:942-8, 2007.

POSSA, Marianne de Aguiar; SPANEMBERG, Lucas; GUARDIOLA, Ana. Comorbidades do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças escolares. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 63, n. 2b, p. 479-483, 2005.

RIBEIRO, Maria Izabel Souza; DE SOUSA VIÉGAS, Lygia; DE OLIVEIRA, Elaine Cristina. O diagnóstico de TDAH na perspectiva de estudantes com queixa escolar. **Práxis Educacional**, v. 15, n. 36, p. 178-201, 2019. Disponível em: <<https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/5864/4384>>. Acesso em 03 Jan. 2022.

RIBEIRO, Maria Izabel. Medicalização da aprendizagem e fracasso escolar: reflexões sobre o TDAH. **Anais do III Congresso Baiano de Educação Inclusiva: práticas, formação e lugares; I Simpósio Brasileiro de Educação Inclusiva**, Salvador, Outubro/Novembro de 2011. (Meio digital). Comunicação oral nº 65. Disponível em: <<http://www.3cbei.ufba.br/>> ou <http://www.3cbei.ufba.br/modulos/submissao/Upload/37073.pdf>. Acesso em 03 Jan. 2022.

ROHDE, L. A., & Benczik, E. (1999). **TDAH – O que é? Como ajudar?** Porto Alegre: Artes Médicas.

ROHDE, Luis Augusto et al. **Guia para compreensão e manejo do TDAH da World Federation of ADHD**. Artmed Editora, 2019.

ROHDE, Luis Augusto et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 07-11, 2000.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo, SP: Cortez, 2007

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes em pauta- TDAH**. Youtube, 7 de julho de 2018. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=nedkxXQJYrA>>.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas**. São Paulo: Editora Gente, 2003.

SILVA, Maria Odete Emygdio da. **Da exclusão à inclusão: concepções e práticas**. 2009.

SZOBOT, Claudia M. et al. Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 23, p. 32-35, 2001.

VASCONCELLOS, V. M. R.; SARMENTO, M. J. (orgs.). **Infância (in)visível**. Araraquara, SP: Junqueira & Marin, 2007. p. 25-49.

ZORTÉA, Ana Maira. **Inclusão na educação infantil: As crianças nos (des) encontros com seus pares**. 2007.