



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

VANUSIA ALVES DE OLIVEIRA

**O TDAH E DESEMPENHO ESCOLAR:**  
**Um estudo de caso**

Salvador  
2009

VANUSIA ALVES DE OLIVEIRA

**O TDAH E DESEMPENHO ESCOLAR:  
Um estudo de caso**

Monografia apresentada como requisito final para conclusão do curso de pedagogia na Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia. Orientado pelo prof. Dr. Miguel Angel Garcia Bordas.

Salvador  
2009

Dedico esta monografia a Gabriela, uma criança maravilhosa, com quem tivemos o prazer de conviver durante todo esse ano e cuja inteligência e força de vontade a fez superar suas próprias dificuldades tornando-se assim razão do nosso interesse e escolha do tema apresentado neste estudo.

## AGRADECIMENTOS

Chegamos vencedores ao fim de mais uma jornada. É essa a sensação que temos depois da conclusão desta monografia. Lembramos agora do vestibular, do domingo em que folheamos o jornal com mãos trêmulas e olhos saltitantes em busca do nosso nome na lista de aprovados. Esse foi o início do nosso sonho: entrar em uma universidade pública! A realização deste sonho se concretizava a cada final de semestre. Um caminho repleto de dificuldades, incertezas e desafios que se tornavam maiores à medida que se aproximava o seu término. Ficamos anos almejando que esse momento chegasse e agora respiramos aliviados, pois, afinal o sonho completou a sua missão. Hoje, temos a sensação de que valeu a pena enfrentarmos tudo em prol de um de tantos outros sonhos a serem alcançados a partir deste. Não podemos deixar de citar os nomes de pessoas que foram muito importantes nessa jornada. São pessoas que devemos os nossos mais sinceros votos de gratidão:

À minha Júlia, minha linda filha pela força que tem nos dados desde a sua vida intra-uterina nos acompanhando nos corredores da universidade.

À minha mãe e companheira Maria da Paz, pelo incentivo desde os meus primeiros anos de escola.

À minha querida avó Luíza Maria de Oliveira, matriarca da família, pelo exemplo de perseverança.

À prima Vanilza Alves pelo apoio e carinho.

Aos todos os outros familiares pela paciência em tolerar a nossa ausência.

Ao meu cooperador Ir. Cláudio Coelho pela paciência e consolo espiritual nas horas de angústia.

À Fernanda e Silvia Carvalho pela tão útil e gentil contribuição de material de pesquisa de nosso trabalho.

À amiga Araci Santos da Silva pelos muitos quebra-galhos que promoveu desde na nossa entrada na universidade. Suas contribuições foram fundamentais.

Às irmãs de congregação: Cida, Dilma, Emilene, Geane, Genilda, Jéssica, Luciene, Telminha, Valdenice, Vanja, Zete e tantas outras por acreditarem que

conseguiríamos concluir este estudo, além das expressivas demonstrações de afeto.

À nossa coordenadora de curso Prof<sup>a</sup> Maria Couto pela maestria na prática docente demonstrando cordial eficiência, competência e aguçada boa vontade em nos auxiliar e pelas palavras de conforto que tanto nos incentivaram e reforçaram a nossa auto-estima nesta caminhada.

À Prof<sup>a</sup> Iara Rosa Farias pela competência profissional, amizade e incentivo constantes.

Ao meu estimado orientador Prof. Dr. Miguel Angel Garcia Bordas que, qual como um anjo nos acolheu e confiou que conseguiríamos chegar até o final quando, tal a nossa angústia, nem mesmo nós acreditávamos.

E, finalmente, a DEUS a quem devemos tudo, desde a nossa vida até a de todos os que citamos acima. Á Ele toda Honra, toda a Glória e todo o Louvor!

*O que os TDAs têm que os outros não têm?*

*(Ana Beatriz Barbosa Silva)*

## Resumo

A presente pesquisa tem por objetivo analisar o desempenho escolar obtido pelos alunos com diagnóstico do TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. O interesse pelo tema surgiu desde 2008 quando fiz um estágio em uma escola que pratica educação inclusiva. A minha função como estagiária era auxiliar os alunos do tempo integral e em especial duas alunas com o diagnóstico do TDAH e outra só com dislexia, nas suas atividades pedagógicas. Como houve uma melhora no desempenho escolar da aluna fui contratada pela família neste ano letivo (2009) para continuar o acompanhamento com ela, dessa vez em sua casa, conforme orientação de sua psicopedagoga, pois lá teria menos elementos distratores. Com o intuito de investigar os fatores que proporcionaram a mudança no comportamento que culminaram com o aprendizado da referida aluna e como estes puderam contribuir para o seu desenvolvimento escolar este estudo tem por objetivo compreender como as influências da escola e do professor podem contribuir para o aprendizado de pessoas com o diagnóstico do TDAH. O referencial teórico foi construído com base em: MATTOS (2003), COUTINHO E MOREIRA (2004), CARDOSO (2007), SILVA (2009) e outros autores. O método utilizado foi análise de conteúdo obtido a partir de informações contidas no instrumento utilizado para coleta de dados: um questionário aberto com nove questões onde foram considerados três aspectos principais, na ordem: Conhecimento de si a partir do diagnóstico; implicações do TDAH no desempenho escolar e por fim o olhar do voluntário em relação à prática pedagógica. Os sujeitos da pesquisa foram: a aluna citada anteriormente e sua linha genealógica matriarcal até a terceira geração, todos com diagnóstico de TDAH.

Palavras-chaves: Aluno – Professor – Escola – Co-morbidades - Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. HISTÓRICO E IDENTIFICAÇÃO DO TDAH.....	12
3. O QUE É TDAH?.....	15
3.1. ETIOLOGIA DO TDAH?.....	20
3.2 TDAH E CO-MORBIDADES.....	22
3.3. TDAH COMO TRATAR?.....	23
4. IMPLICAÇÕES EDUCACIONAIS DO TDAH.....	26
4.1 A INCLUSÃO DE ALUNO COM TDAH.....	28
4.2 TDAH E DESEMPENHO ESCOLAR.....	31
5. METODOLOGIA.....	36
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICES.....	43

## INTRODUÇÃO

A presente pesquisa originou-se do interesse da autora em conhecer e analisar os elementos que influenciam no aprendizado de crianças com um transtorno neurobiológico por nome Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH). Este transtorno é caracterizado pela presença de um desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, a impulsividade, a hiperatividade e a atividade motora.

Crianças com TDAH têm um comportamento caracterizado pela desatenção, hiperatividade e impulsividade em graus elevados.

A hiperatividade é o sintoma mais facilmente identificado pelo senso comum e por conta disso, crianças hiperativas costumam levar apelidos ligados a esse comportamento inquieto, ou ouvem reclamações dos pais dizendo que parece que são “ligadas na tomada”, “levados na breca”. A busca pelo tratamento geralmente ocorre pelos sintomas de hiperatividade ou de dificuldade de aprendizado caracterizado pela intensa dispersão da criança e a dificuldade na compreensão de textos.

Na atualidade muito se tem discutido a respeito do uso de diagnósticos psiquiátricos para justificar problemas de aprendizado, de comportamento ou até a dificuldade dos pais com a educação de seus filhos. Podemos perceber isso também com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. A mídia tem dado ênfase a esse transtorno atraindo assim tanto admiradores quanto opositores. Há uma intensa polêmica em relação ao uso de medicações em crianças e adolescentes. Muitos questionam os efeitos dos medicamentos no cérebro ou se estes não lhes causariam dependência ou “retirariam a espontaneidade e criatividade naturais das crianças”. A mídia tornou os sintomas de TDAH mais conhecidos e daí surgiram associações de pacientes como a Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA).

O presente estudo torna-se relevante uma vez que mesmo com tantas informações ainda existem muitas dúvidas e mitos sobre o TDAH, inclusive entre profissionais, familiares e os próprios portadores do transtorno. Essa falta de conhecimento causa, principalmente no professor, a sensação de impotência e frustração, pois, além do comportamento, o TDAH afeta a aprendizagem e o desempenho escolar do aluno e atrapalha a concentração dos colegas a sua volta.

O professor é peça fundamental no diagnóstico e tratamento de alunos com o transtorno devido a sua aproximação e rotina com os alunos e por ter contato direto com alunos de diferentes níveis e comportamentos o que permite identificar comportamentos distoantes de uma maioria.

Alunos com TDAH apresentam, com freqüência, dificuldades no aprendizado e no relacionamento com seus colegas, não conseguem parar quietas, têm dificuldades em se organizar e aguardar sua vez nas atividades, culminando em repetências, evasão escolar, expulsões e a sentimentos de baixa auto-estima.

O ofício de professor traz comumente desafios diários na prática em sala de aula e ter um ou mais alunos com os sintomas do TDAH não é tarefa nada fácil de se lidar. É desafiador mais ainda pelo fato de que cada criança com TDAH é única.

As leis de inclusão estão mais abrangentes e rígidas de modo que tanto escola, quanto professor tem que se adequar a fim de atender às necessidades de ensino dessas crianças. E então, o que fazer?

A própria formação do professor não traz, ao menos de forma efetiva, o preparo necessário para lidar com alunos ditos especiais, sobretudo com dificuldades de aprendizagem. Essa lacuna na formação deixa o professor inseguro para agir com esse aluno “diferente” dos outros. Como manter todos atentos ao conteúdo da aula se há um engraçadinho que insiste em saltar as cadeiras, jogar bolinhas de papel nos colegas e falar tal um tagarela atraindo todos os olhares para si?

Muitos professores se perguntam o que fazer ao se depararem com um aluno com diagnóstico de TDAH. Acham que por ser patológico, eles não têm responsabilidade com o tratamento.

Os médicos relatam que após iniciar o tratamento e as adequações necessárias no âmbito escolar a grande maioria das crianças apresenta melhora significativa no comportamento na capacidade de aprendizado. O que pode ser percebido pelo rendimento escolar e pelas notas das avaliações. Se o aluno com TDAH encontrar oportunidades ele poderá apresentar um desenvolvimento do seu potencial de modo surpreendente.

Nessa perspectiva, este estudo teve o objetivo de responder aos seguintes questionamentos: O que é o TDAH e quais são as suas causas? Qual o impacto do TDAH no desempenho escolar dos portadores? Que adequações devem ser feitas no ambiente escolar para atrair a atenção do aluno hiperativo? O que fazer para o

aluno controlar a sua impulsividade e a hiperatividade na sala de aula a fim de não comprometer o seu aprendizado e dos colegas?

Elaboramos este estudo a partir da revisão bibliográfica acerca dos estudos existentes sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e pela análise das respostas obtidas através do questionário realizado com duas pessoas com o diagnóstico do transtorno.

Na tentativa de responder a esses questionamentos e atender aos objetivos do presente estudo organizamos o estudo em capítulos:

Temos a introdução no primeiro capítulo, onde discutiremos, de modo breve o TDAH e sobre as razões que nos levaram a desenvolver este trabalho.

No segundo capítulo fizemos um apanhado histórico sobre o transtorno e como ele é visto hoje.

O terceiro capítulo foi reservado para darmos a definição do conceito do TDAH, sobre as suas prováveis causas e suas co-morbidades (transtornos relacionados) mais comuns e suas conseqüências para os portadores, bem como as formas de tratamento disponíveis na atualidade com psicoterapia e medicamentos psicoestimulantes.

No quarto capítulo nos ativemos a falar sobre as implicações educacionais dos alunos com TDAH sob o aspecto das leis de inclusão e a necessidade das escolas buscarem adequar as suas atividades pedagógicas a fim de promover um aprendizado satisfatório ao aluno portador do transtorno.

No capítulo 5 temos a metodologia onde apresentamos de maneira breve o estudo de caso para compreendermos como se dá o desempenho escolar de uma aluna portadora do TDAH e através deste analisar de que forma o professor pode auxiliar o aluno com o transtorno a aprender apesar das implicações impostas pelos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade.

Finalmente, encontramos no 6º capítulo as nossas considerações finais a respeito do tema. Apresentamos algumas reflexões acerca dos resultados obtidos nessa pesquisa com o objetivo de avaliarmos a nossa prática docente durante o ano letivo de 2009. Esperamos, por conseqüência, auxiliarmos os professores e demais interessados na compreensão e manejo desses alunos que apresentam o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade nos seus mais variáveis graus, contribuindo para que esses tenham o direito desfrutar de um ambiente escolar adequado às suas necessidades, favorecendo o seu desenvolvimento em todas as esferas.

## 2- HISTÓRICO E IDENTIFICAÇÃO DO TDAH

Examinando a literatura, constata-se que o TDAH esteve presente em várias civilizações, e tem sido visto e tratado de forma muito diferente ao longo do tempo.

Segundo Cardoso (2007), os primeiros relatos datam de 1890 quando médicos tratavam pessoas que apresentavam algum “dano cerebral e sintomas de desatenção, inquietação e impaciência”, além de doentes mentais que apresentavam sintomas semelhantes apesar de não terem o histórico de trauma. Esses médicos sustentavam a hipótese de que existia algum dano ou disfunção cerebral nesses indivíduos (BENCZIK, 2000a, *apud* CARDOSO, 2007, p. 19).

A primeira descrição publicada em uma revista científica ocorreu em 1902, pelo pediatra inglês George Frederick Still. Ele identificou crianças com comportamentos agressivos, desafiantes, indisciplinados, emotivos e passionais ao extremo, desatentos, hiperativos e com atitudes hostis com as outras crianças. Com o prosseguimento da pesquisa

Still fez um estudo com 20 crianças das quais somente 5 eram meninas. Ele especulou que devido à ausência de maus tratos, os problemas destas crianças deveriam ser de origem biológica. Seguindo o padrão de pensamento da época, Still rotulou os pais dessas crianças como portadores de um “defeito de controle moral”, apesar de suspeitar da existência de uma ligação hereditária no comportamento das crianças uma vez que alguns membros de suas famílias apresentavam problemas de depressão, alcoolismo e alterações de conduta. (Silva, 2009, p. 203).

Após as observações, Still considerou a possibilidade da existência de causas orgânicas como responsável pelos comportamentos problemáticos e não apenas fruto de uma educação familiar inadequada.

Anos depois, em 1917 a 1918, médicos americanos notaram que crianças sobreviventes de uma pandemia de encefalite apresentavam comportamentos bem similares aos descritos por Still como prejuízos na atenção, regulação da atividade física e controle dos impulsos. Daí a origem do termo: “cérebro danificado ou lesionado”.

Pensavam então que o TDAH era causado por alguma lesão no cérebro, teoria que não perdurou muito, pois observaram que muitas daquelas

crianças apresentavam inteligência e esperteza acima da média, como poderia então serem portadoras de alguma lesão cerebral, a mínima que fosse?

Devido a essa discussão surgiu um novo termo: "lesão cerebral mínima". Apesar de não haver nenhum teste ou exame que comprovasse a existência de lesão no cérebro esse termo tornou-se muito popular persistindo até a década de 1960, aproximadamente, sendo seguido pelo conceito de Disfunção Cerebral Mínima. (Ibidem, p. 204).

O médico Charles Bradley descobriu em 1937, acidentalmente, que medicamentos estimulantes do sistema nervoso central ajudavam crianças hiperativas a se concentrarem melhor (Ibidem, p. 204).

O termo "hiperatividade infantil" foi utilizado pela primeira vez em 1957 por Laufer e em 1960 por Stella Chess. Ambos tinham concepções diferentes. Laufer acreditava que a síndrome era exclusiva do sexo masculino e desaparecia à medida em que o indivíduo crescia naturalmente enquanto que Chess defendia a idéia de que a *Hiperatividade Infantil* seria fruto da genética individual, daí a origem do termo Síndrome da Criança Hiperativa. (LINO, 2005).

A Associação de Psiquiatria Americana (APA) substituiu o termo *Hiperatividade Infantil* por *Reação Hiperkinética da Infância* ao publicar o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM II), em 1968. (SILVA, 2009, p.205).

Segundo Benczik, (2000<sup>a</sup> *apud* CARDOSO, 2007, p. 20) "Na década de 70, foi mantida pela Classificação Internacional das Doenças – CID 9 uma denominação bem semelhante à da década anterior, chamada Síndrome Hiperkinética".

Em 1973, o Dr. Bem Feingold acreditava haver uma relação entre determinados alimentos e aditivos químicos com o comportamento e capacidade de aprendizado de alguns indivíduos. Essa teoria não teve o apoio da comunidade médica da época. (ibidem, p.206).

De acordo com Silva (2009, p. 206),

Ainda na década de 1970, o foco das pesquisas começou a mudar da hiperatividade para as questões ativas. Isso ocorreu graças à Virgínia Douglas. Para ela, o déficit em manter a atenção poderia surgir sob condições onde não houvesse a hiperatividade. Assim, Virgínia ampliou a percepção dessa síndrome comportamental, dando destaque especial ao déficit de atenção, anteriormente subvalorizado.

Com uma nova publicação em 1980, O DSM III alterou o termo Síndrome Hiperkinética para Déficit de Atenção, onde houve um enfoque para o cognitivo, a falta de atenção e a impulsividade, considerando ainda que essa patologia poderia ou não vir com hiperatividade. Após uma revisão do DSM III, em 1987, o enfoque maior voltou a ser a hiperatividade, alterando o nome da patologia para Distúrbio de Hiperatividade com Déficit de Atenção. (LOPES, 2004 e BENCZIK, 2000<sup>a</sup> *apud* CARDOSO, 2007, p. 21).

Ao longo dos anos de estudo, foi adotada uma variedade de nomenclaturas na tentativa de se chegar a um entendimento sobre o transtorno que possui uma alta prevalência entre crianças e adolescentes em diversos países, inclusive no Brasil, que acomete cerca de 5% de crianças e persiste até a vida adulta em mais da metade dos casos. É caracterizado pelo excesso de hiperatividade, desatenção e impulsividade.

Na última atualização do DSM IV, em 1994, o Distúrbio de Atenção foi então oficialmente renomeado para *Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade* TDA/H. A barra inclinada significa que o problema pode ocorrer com ou sem hiperatividade.

### 3- O QUE É O TDAH?

O presente trabalho se propõe a esclarecer e divulgar informações que venham contribuir para o entendimento do que é o TDAH e de que forma os indivíduos portadores podem ser auxiliados no controle dos sintomas e estes venham a ter um impacto menor em suas vidas, sobretudo em seu desempenho escolar.

Crianças bagunceiras, esquecidas, que não param quietas, parecem não ouvir, falam sem pensar, parecem “ligadas na tomada” e vivem distraídas como se estivessem “no mundo da lua” podem ser portadoras do TDAH - transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Para os autores LOPES, NASCIMENTO e BANDEIRA (2005) e a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), “o TDAH é uma condição neurobiológica, que atinge de 3% a 7% da população, de causas genéticas, que aparece na infância e freqüentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida”. Ele apresenta como características principais a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade e afeta crianças, adolescentes e adultos. Segundo a Associação de Psiquiatria Americana (APA) “6% da população em idade escolar tem esse padrão de funcionamento mental nos Estados Unidos. No Brasil, as pesquisas apontam para uma média próxima a essa (VEJA, 2009).

Para o médico psiquiatra Paulo Mattos, autor do livro *No mundo da Lua* (2003):

O TDAH é a causa mais comum de encaminhamentos de crianças e adolescentes para serviços especializados. Vários estudos epidemiológicos, inclusive no Brasil, mostram que uma em cada vinte crianças, é portadora do transtorno.

Ele afirma que mais de 60% dos indivíduos permanecem com os sintomas na vida adulta. “O TDAH é um problema classificado como neuropsiquiátrico e deve ser diagnosticado por um médico ou psicólogo [...]” especialistas no transtorno (MATTOS, 2003, p.16).

Para a psiquiatra Ana Beatriz Barbosa de Silva, “o TDAH é caracterizado por um funcionamento mental muito acelerado” que leva a uma alteração e instabilidade da atenção. Ela dá exemplo do quanto uma criança pode ficar extremamente atenta ao assistir o seu programa de TV favorito, ela fica com “uma hiper atenção, um hiper

foco”, enquanto que pode ficar totalmente disperso numa aula de história ou qualquer outra coisa que não atraia sua atenção. Silva compara o cérebro das pessoas com TDAH como sendo um motor de carro que “funciona sempre a 180 KM/h” e devido essa velocidade constante “esse motor está mais sujeito a dar defeito, a esquentar” então, “é mais sujeito ao stress, à exaustão” (ALMANAQUE, 2009).

Apesar de haver inúmeros estudos e pesquisas publicadas sobre o transtorno em questão, muitas pessoas, inclusive profissionais de educação ainda contraem as sobrelhas ao escutarem o nome TDAH. Dizem nunca terem ouvido falar no transtorno Há quem diga que essa história de TDAH é mais um modismo que está na mídia, é mais uma invenção para vender remédios e ganhar dinheiro com os tratamentos. Porém, conforme vimos no segundo capítulo foram feitos os primeiros relatos do transtorno desde o século XIX (CARDOSO, 2007). Vários estudos a partir da década de 90 incluem os adolescentes e os adultos além das crianças como portadores do transtorno, apesar do diagnóstico só ter sido feito depois da infância. O TDAH no contexto atual é um transtorno com múltiplos sintomas cognitivos e comportamentais (ATENÇÃO PROFESSOR, 2009).

Hoje o diagnóstico do TDAH é amplamente reconhecido pela comunidade médica internacional. O transtorno é descrito em dois manuais oficiais: Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10 (Classificação Internacional de Doenças), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e DSM IV Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais americano.

O TDAH é um dos transtornos mais bem estudados na medicina e os dados gerais sobre sua validade são muito mais convincentes que a maioria dos transtornos mentais e até mesmo que muitas condições médicas (APA *apud* MATTOS, 2003)

Uma pesquisa realizada por (RODHE et al, 1999) e indica que crianças com TDAH estão muito mais susceptíveis a reprovações, suspensões e expulsões mais do que do grupo controle.

O diagnóstico atual de TDAH é feito a partir de cinco critérios básicos além dos outros 18 descritos logo abaixo:

- Critério A: Sintomas de desatenção, hiperatividade/impulsividade.

- Critério B: Início dos sintomas antes dos 7 anos de idade.
- Critério C: Presença de sintomas em múltiplos ambientes/situações.
- Critério D: Comprometimento significativo
- Critério E: Sintomas não podem ser relacionados apenas a outro diagnóstico psiquiátrico.

De acordo com o DSM IV, em sua última atualização, em 1994, o TDAH foi dividido em três subtipos:

- tipo predominantemente desatento: quando os sintomas de desatenção são mais marcantes;
- tipo predominantemente hiperativo/impulsivo estão presentes em proporções significativas de equivalentes;
- tipo combinado: quando os sintomas de desatenção, hiperatividade/impulsividade estão presentes no mesmo grau de intensidade.

O DSM IV propõe que para o diagnóstico do TDAH devem estar presente, freqüentemente, ao menos 6 dos 9 sintomas de desatenção e/ou no mínimo 6 dos 9 sintomas de hiperatividade e impulsividade descritos em uma lista do referido manual que veremos a seguir (ABDA).

Sinais de Desatenção mencionados no DSM IV:

1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer.
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.

7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).
8. Distrai-se com estímulos externos
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia

Sinais de Hiperatividade e Impulsividade:

1. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
2. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.
3. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado.
4. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.
5. Não pára ou freqüentemente está a “mil por hora”.
6. Fala em excesso.
7. Responde as perguntas de forma precipitada antes de terem sido terminadas
8. Tem dificuldade de esperar sua vez
9. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas dos outros / jogos).

A desatenção no TDAH é responsável por erros bobos e por vezes o próprio portador reconhece que errou por falta de atenção. A mente parece não ter nenhum “filtro”, dessa forma, o mínimo estímulo é capaz de distraí-lo. O esquecimento é também muito comum pois há um comprometimento na memória denominada memória de curto prazo ou memória operacional. Indivíduos desatentos têm “dificuldades em persistir em uma única tarefa por um período prolongado de tempo” (ABDA, 2009; RODHE e cols., 1998 e 2000; *apud* ANDRADE, 2003, P. 77).

O tipo de TDAH com “predomínio de sintomas de desatenção é mais freqüente no sexo feminino e parece apresentar conjuntamente com o tipo combinado uma taxa mais elevada de comprometimento acadêmico” (BIEDERMAN, 1998; HUDZIAK e cols., 1998; e outros *apud* ANDRADE, 2003, p. 79).

As crianças desatentas costumam “apresentar um nível mais alto de isolamento social, e retraimento” (BIEDERMAN, 1998; PFIFFNER e cols., 2000 *apud ibidem*), além de inabilidade social, depressão e relutância em trabalhos de grupo (PFIFFNER e cols., 2000 *apud ibidem*).

A hiperatividade tem como característica uma intensa atividade motora. A pessoa hiperativa está quase sempre em movimento. As crianças não conseguem ficar sentadas por muito tempo e se são obrigadas, elas reviram e batem com os pés o tempo todo na cadeira. O sintoma da hiperatividade costuma diminuir nos adolescentes e adultos porque há uma tendência a diminuição da atividade motora (ABDA). Esse sintoma é um dos sinais mais freqüentes e exuberantes, sobretudo nas crianças (ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA, 1994; RODHE e cols., 1998 e 2000; *apud ibidem*).

A impulsividade é a falta de controle dos impulsos. É uma resposta imediata a qualquer estímulo, o indivíduo primeiro age e pensa somente depois. “Por outro lado, as dificuldades para relacionar-se com seus pares são agravadas pela impulsividade” (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1994; RODHE e cols., 1998 e 2000; *apud ibidem*).

Crianças com TDAH em que há o predomínio da hiperatividade “são mais impulsivas, agressivas e apresentam altas taxas de sintomas de transtorno de conduta” (BIEDERMAN, 1998; PFIFFNER e cols., 2000 *apud* ANDRADE, 2003, p. 79).

### 3.1. ETIOLOGIA DO TDAH

No decorrer dos estudos na busca da descoberta das causas do Transtorno do Déficit de Atenção surgiram várias teorias como: “alimentos ricos em corante amarelo, aromatizantes e aditivos artificiais, lâmpadas fluorescentes, infecção por cândida e infecção do ouvido interno’. Nenhuma dessas teorias, inclusive a que acusava os pais de não impor limites aos filhos, tiveram comprovação científica (PARKER, 2001, *apud* CARDOSO, 2007).

Para Cardoso (2007), em concordância com Parker (2001)

Há várias hipóteses que tentam explicar as causas do TDAH, porém, apesar do grande número de estudos realizados, sobretudo a partir da década de 90, as verdadeiras causas do TDAH ainda são plenamente conhecidas. A literatura aceita “a influência de fatores genéticos e ambientais no seu desenvolvimento” (TANNOCK, 1998, *apud* ROMAN, SCHMITZ, POLANCZYK E HURTZ, 2003, P. 35).

Atunes, (2001, p. 15) citado por Cardoso (2007) revela que não há um consenso em relação á etiologia do transtorno nem nos órgãos oficiais:

Ainda hoje, a Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde, vigente no Brasil desde 1996, não identifica a clareza deste distúrbio, aproximando-o a problemas da memória e descrevendo-o de uma forma vaga e confusa como “transtorno caracterizado por uma alteração da memória por deficiência de aprendizado e por uma redução da capacidade de concentrar-se em tarefa além de breves periódicos” [...]

Pesquisas científicas indicam que “portadores de TDAH têm alterações na região frontal e as suas conexões com o resto do cérebro” (ABDA).

Há um transtorno químico causado pela baixa dos neurotransmissores: dopamina e a neuroadrenalina e a serotonina, “no momento em que as informações sensoriais são enviadas aos neurônios”. Ainda não se sabe como se dá esse desequilíbrio, “embora tenha sido descoberta uma diminuição do fluxo sanguíneo nas regiões frontais do cérebro de pessoas com TDAH” (CARDOSO, 2007)

Segundo Silva, o portador do TDAH “nasce com uma alteração no funcionamento do lobo frontal”. O lobo frontal é responsável pelo planejamento de ações, “é o maestro do comportamento humano, uma área em que se cruzam

sistemas neurais que ligados á razão”. É no lobo frontal que acontece a regulação da velocidade e da quantidade de pensamento. É o que pode ser chamado de “filtro”. “No TDA, esse filtro funciona com eficiência menor. O resultado é a hiperatividade mental, e, conseqüentemente a perda de foco, de objetividade. Silva afirma que “quem nasce com TDA não tem problema de inteligência, mas de administrar o tempo, fixar a atenção, dar continuidade ao que se inicia (VEJA, 2009).

Há pesquisas que apontam um componente hereditário do TDAH. Diversos “estudos mostram que pais que possuem mais frequentemente desatenção, ou o próprio diagnóstico têm mais probabilidade de terem filhos com mais desatenção ou diagnóstico. “Foi a partir de estudos como estes que observaram a presença de muitos pais de crianças com TDAH que também possuem o transtorno” (ATENÇÃO PROFESSOR, 2009; CARDOSO, 2007, p. 25).

A influência genética é substancial, porém, “é improvável que haja ‘o gene do TDAH’, causador desse fenótipo e fundamental em todos os casos da doença”. Diferentemente como ocorre com a maioria dos transtornos psiquiátricos, estudos indicam a existência de “vários genes de pequeno efeito sejam responsáveis por uma vulnerabilidade (ou suscetibilidade)” muito grande somado a diferentes fatores ambientais (ATENÇÃO PROFESSOR, 2009).

De acordo com o mestre em Psiquiatria e Saúde Mental da UFRJ, Dr. Daniel Sergenreich em sua palestra no site *Atenção professor (2009)*, hoje há um consenso entre os especialistas que a etiologia do TDAH é multifatorial. Não existe apenas uma única causa, um único gene ou cromossomo. “Foram identificados cerca de sete genes que estão possivelmente relacionados aos sintomas da desatenção, hiperatividade e impulsividade”. É um transtorno que pode ser chamado de multi ou poligênico. São várias alterações que são responsáveis pelo TDAH de modo que o torna difícil de ser diagnosticado mesmo geneticamente.

Fatores ambientais e psicossociais, problemas na família, problemas na educação ou falta de limites “podem influenciar, sobretudo na expressão e comprometimento dos sintomas, entretanto, não são a causa do déficit de atenção, afirma SERGENREICH.

Existem pessoas que têm a suscetibilidade genética, têm desatenção, possuem pais com déficit de atenção, mas que por uma resiliência eles teriam outras formas de lidar ou estratégias de inteligência que diminuiriam o comprometimento. Eles não teriam tanto o critério D (vide p. 18) que justificam o diagnóstico (*ibidem*).

O estabelecimento do quadro clínico do TDAH se dá através de um balanço entre a suscetibilidade genética, fatores ambientais adversos e a uma dificuldade de organização de estratégias e a falta de acompanhamento clínico correto.

### 3.2 TDAH E CO-MORBIDADES

Co-morbidade é uma ou são outras patologias que incidem sobre o mesmo paciente, concomitantemente, desenvolvida a partir do transtorno básico ou desenvolvida paralelamente a este, podendo o paciente ter uma, ou mais co-morbidades, em graus variados de intensidade e comprometimento.

Erasmu Casella<sup>1</sup>, afirma que há pesquisas que indicam que de 30 a 40% dos pacientes com o TDAH têm o transtorno isolado, portanto, mais de 50% deles possuem uma ou mais co-morbidades (ATENÇÃO PROFESSOR, 2009)

Principais co-morbidades e sua incidência, segundo neuropediatra Milton Estudos da “*National Comorbidity Study* mostram que o portador de TDAH tem seis vezes mais chances de ter outro quadro neuropsiquiátrico que a população em geral” (ATENÇÃO PROFESSOR, 2009).

É fundamental o diagnóstico de co-morbidades (se houver) nos indivíduos que fazem tratamento para TDAH devido ao risco dos sintomas de alguma(s) outra(s) patologia(s) neuropsiquiátrica(s) muitas vezes serem mais incapacitantes que o TDAH além do provável insucesso no tratamento exclusivo do transtorno básico.

Os principais sintomas do TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade atrapalham muito a vida dos pacientes, mas, em relação aos sintomas de algumas co-morbidades esses podem ser apenas a ponta do *iceberg* (*idem*).

Genes, mestre e doutorando pela Universidade Federal Fluminense (UFF), (REVISTA SINPRO-RIO)<sup>2</sup>

Tiques: 6,5%

---

<sup>1</sup> Neuropediatra, do Ambulatório de Distúrbios de Aprendizado do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da (USP), Universidade de São Paulo.

<sup>2</sup> Revista que apresenta as comunicações feitas no seminário “Dificuldades de Aprendizagem – compreender para melhor educar” - realizado pela Escola do Professor do Sindicato de Professores do Rio de Janeiro, Sinpro-Rio, nos dias 24 e 25 de outubro de 2003.

Retardo mental: 9,58%

Distúrbio de Linguagem: 10%

Transtorno Depressivo: 15% a 20%

Transtorno de Conduta: 1,78% a 10%

Transtorno de Ansiedade: 13% a 20%

Transtorno de Humor Bipolar: 1,78% a 10%

Transtorno Opositivo – Desafiador: 33% a 65%

Abuso de substâncias psicoativas (álcool e drogas): até 40%

Os estudos acerca de co-morbidades com o TDAH são fundamentais, pois, entres outros benefícios, “podem ajudar a delinear subgrupos de pacientes que apresentem curso, prognóstico, fatores familiares e resposta ao tratamento diferenciado” (SOUZA e PINHEIRO, 2003, p.100).

### **3.3 TDAH COMO TRATAR?**

O uso de medicações do tipo estimulantes em crianças representa “um marco histórico na psicofarmacologia infantil”. Bradley (1937), segundo CORREIA F, e PASTURA (2003) p.161, relata a comprovação dos “efeitos terapêuticos do sulfato de anfetamina racêmico no tratamento de alterações no comportamento”. Ao longo do tempo, “mais de 500 artigos foram publicados sobre o uso de estimulantes (a maioria nos últimos 20 anos)” vindo a se tornar “a classe de psicofármacos mais estudada da infância”.

Quando se fala em medicar pessoas, sobretudo, crianças, há sempre polêmica, e se a medicação a ser utilizada tiver efeitos sobre as funções cerebrais então, dá para imaginar o falatório!

Silva (2009) aborda em seu livro *Mentes Inquietas* sobre a polêmica existente entre duas grandes divisões na sociedade em geral: “De um lado, as pessoas contrárias ao uso de remédios e, de outro, aquelas que reconheciam a necessidade e a eficácia que o medicamento podia trazer [...]”.

A mídia veicula matérias em que abordam de forma preconceituosa o uso de medicamentos para o TDAH. Há manchetes do tipo: “País vive febre da droga da obediência”, e outras tão preconceituosas tanto quanto (ATENÇÃO PROFESSOR, 2009). Silva (2009, p. 240) credita à falta de informação de alguns segmentos da sociedade a persistência desse tipo de discussão, “se sentem autoridade para falar sobre o que desconhecem”, afirma a psiquiatra.

Crenças e conceitos falsos gerados pelo senso comum ou por pessoas sem o mínimo de sensatez “impedem, até hoje, que milhares de pessoas experimentem uma existência mais confortável” (*ibidem*).

A Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA) cita um estudo feito nos Estados Unidos e Canadá cujo objetivo principal era testar a eficiência dos medicamentos no tratamento do TDAH:

Um grande estudo realizado em centros universitários nos Estados Unidos e no Canadá (denominado MTA - Multimodal Treatment Assessment) chegou a resultados que mostram as vantagens alcançadas pela correta utilização dos remédios existentes. No total, estiveram envolvidos na empreitada cinco centros de estudo norte-americanos e um canadense, que analisaram nada menos que 579 crianças que sofriam de TDAH. O objetivo era verificar até que ponto a prescrição de medicamentos é eficiente e comparar os resultados com psicoterapia.

Apesar de parecer contraditório, os psicoestimulantes são usados em pacientes com TDAH para controlarem a hiperatividade física e mental. Porém, como nos informa SILVA (2009, p. 242), “pode se observar a prática clínica que estas substâncias [...] produzem aumentos na concentração, diminuem a ansiedade e a hiperatividade”. Há uma significativa melhora nos casos de depressão e ansiedade.

O cloridrato de *metilfenidato* (MFD) é o estimulante mais estudado e, conseqüentemente o mais usado no Brasil para o tratamento do TDAH. Pesquisas apontam “que cerca de 70% dos pacientes apresentaram resposta favorável quando um único estimulante foi administrado [...], sobretudo em relação ao “desempenho diário escolar”. Assim como na adaptação escolar e familiar” (GREENHILL e cols., 2002, citado por (CORREIA F, e PASTURA, 2003, P.161).

Mattos (2003, p. 151) esclarece que os remédios não curam o TDAH. “Eles tratam o TDAH, de forma que, se forem interrompidos, os sintomas podem reaparecer”.

Mattos (2003, p. 144) informa que a psicoterapia não é uma alternativa ao tratamento medicamentoso e sim uma medida complementar para o TDAH:

A psicoterapia (em crianças, adolescentes e adultos) está indicada quando existem problemas secundários ao TDAH, seja na escola, no trabalho, em casa ou socialmente, que são considerados graves ou de difícil solução. Isso é particularmente importante quando se passaram muitos anos sem um diagnóstico correto e um tratamento adequado. É importante ressaltar que a psicoterapia vai diminuir os sintomas básicos do transtorno (desatenção, hiperatividade e impulsividade), mas permitir, isso sim, que se administre melhor esses sintomas no dia-a-dia e também que se atenuem o impacto que eles têm na vida do indivíduo.

## MEDICAÇÕES UTILIZADAS NO TRATAMENTO DO TDAH

Estimulantes: **Metilfenidato\*** / Compostos Anfetamínicos / Dextroanfentamina

Antidepressivos: **Tricíclicos** / **Bupropiona**

Antihipertensivos: **Clonidina** / Guanfacina

Outros: Atomoxetina / Modafinil

---

\* Medicamentos disponíveis no Brasil.

#### 4 – IMPLICAÇÕES EDUCACIONAIS DO TDAH

O desenvolvimento pode ser caracterizado como conjunto de competências manifestas num determinado momento da vida do indivíduo. Este “é um processo dinâmico”, assim como o conhecimento também. (COUTINHO E MOREIRA, 2004).

Conhecimento é o ato de compreender algo através do raciocínio. Já aprendizagem é um processo de mudança de comportamento obtido através da experiência construída por fatores emocionais, neurológicos, relacionais e ambientais. O aprendizado se dá através da interação entre estruturas mentais e o meio que nos cerca. As mudanças são visíveis:

“[...] Quando a educação é construída pelo sujeito da aprendizagem, no cenário escolar prevalecem a resignificação dos sujeitos, novas coreografias, novas formas de comunicação e a construção de novas habilidades, caracterizando competências e atitudes significativas [...] (BRASIL ESCOLA, 2009).

Coutinho e Moreira (2004) citam Vygotsky:

O aprendizado escolar induz a um tipo de percepção generalizante desempenhando assim, um papel decisivo na conscientização da criança de seus próprios processos mentais. [...] A consciência reflexiva chega à criança pelos portais dos conhecimentos científicos. (VYGOTSKY, 1991. P. 79)

Blanco (1993) *apud* Benczik e Bromberg (2003, p. 199) relata que “o conceito de aprender determina o de ensinar porque ambos constituem uma relação inseparável”. Não dá para pensar em um sem o outro, estão intrinsecamente ligados. Para ele, uma aprendizagem construtiva deve de pautar “em uma metodologia que crie condições necessárias para que o aluno seja protagonista de seu processo de aprendizagem”

Vygotsky, citado por COUTINHO E MOREIRA, (2004) definiu que o aprendizado das crianças seria determinado pela ZDP - Zona de Desenvolvimento Proximal:

“[...] Ela é a distância entre o nível d desenvolvimento real, que se costuma determinar por testes psicológicos e que se refere à solução independente de problemas e o nível de desenvolvimento potencial, determinado pela solução de problemas sob orientação de um adulto ou em companhia com outros companheiros mais capazes”.

Wallon, (*ibidem*), dá ênfase ao caráter social da educação. Para ele, “os processos de desenvolvimento ocorrerão no encontro dialético com o outro e não na solidão dos sujeitos”.

Há pesquisas atuais que estudam os processos de desenvolvimento de crianças em idade escolar, bem como o processo de aquisição de conhecimentos. Evely Boruchovitch (1999) traz uma citação de dois autores sobre esse assunto:

As teorias recentes de aprendizagem têm se preocupado com a interação entre o material a ser aprendido e os processos psicológicos necessários para aprender, enfatizando o estudo sobre o modo pelo qual o aprendiz obtém, seleciona, interpreta e transforma a informação (Pfromm Neto, 1987; Pozo, 1996).

As pesquisas atuais mostram que o TDAH tem um grande impacto no desenvolvimento educacional da criança (GORDON, 1991, *apud* BENCZIK E BROMERG, 1993, P.201), A cada 100 crianças “indicadas para os serviços de educação especial e de centros de saúde mental”, 40 são diagnosticadas com o TDAH (BARKLEY, 1998, *apud ibidem*). Na escola, os sintomas de desatenção e a falta de autocontrole intensificam no ambiente escolar e em situações de grupo (BURCHAM e DE MERS, 1995 *apud ibidem*).

Faremos um maior aprofundamento no sub tópico 4.2.

#### 4.1 A INCLUSÃO DE ALUNOS COM TDAH

È muito comum as escolas atuais, não considerar as diferenças individuais e estão pouco abertas às diversidades. Muitas delas se mostram pouco capazes de adequar recursos e metodologias aos alunos que deles necessitem em caráter passageiro ou permanente. Para Blanco (1993), citado por Benczik e Bromberg (2003, p. 199) uma escola ideal deve estar aberta à diversidade, “tem que dar respostas às necessidades concretas de todos os alunos, rompendo modelos rígidos e inflexíveis”, direcionados ao aluno padrão. Ele expõe:

[...] lembramos que muitas das dificuldades de aprendizado e má adaptação escolar do aluno com TDAH se intensificam não só em razão de um planejamento educacional rígido e inadequado quanto aos objetivos e metodologia, mas também pela falta de interação apropriada com o professor ou com o grupo de iguais.. A presença de alunos com necessidades especiais na escola regular implica, obrigatoriamente, a modificação dos esquemas que produzem a desintegração dos desses alunos em determinado momento.

Nos Estados Unidos, como em alguns outros países, há ajustes nos currículos das escolas a fim de atender às crianças que apresentam necessidades educacionais especiais de aprendizagem. È um plano de acomodação. Esse documento detalha os mais diversos procedimentos que deverão ser praticados pelos professores ou por outros funcionários da escola no atendimento ao aluno. Eles fazem um estudo a natureza da dificuldade, analisa o quanto ela prejudica o aluno, “decide pelos serviços especializados, e, esses forem necessários, documenta tais decisões e as revisa periodicamente” (FELL e PIERCE, 1995 *apud* BENCZIK E BROMERG, 1993, P.200). Eles exemplificam:

[...] após identificar o TDAH no aluno, o passo seguinte da escola é determinar quais são suas necessidades acadêmicas e daí, solicitar ao profissional da saúde que o acompanha as recomendações educacionais necessárias ao caso.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) 9.394/96 tem um capítulo específico para educação especial. Encontramos nesse capítulo as obrigações das instituições sobre os procedimentos condizentes ao ensino dos alunos com necessidades especiais o que inclui o TDAH, apesar de não estar citado no texto.

Artigo 1º- São considerados alunos com necessidades educacionais especiais aqueles que apresentam significativas diferenças físicas, sensoriais ou intelectuais decorrentes de fatores inatos ou adquiridos, de caráter permanente ou temporário, que resultem em dificuldades ou impedimentos no desenvolvimento do seu processo ensino-aprendizagem (CENTRO DE REFERENCIA..., 2009)

Vejamos o que diz o artigo 59:

Os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com necessidades especiais:

I - currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos para atender às suas necessidades;

II - terminalidade específica para aqueles que não puderem atingir o nível exigido para conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências, e aceleração para concluir em menor tempo o programa escolar para os super dotados;

III - professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento especializado, bem como os professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns;

IV - educação especial para o trabalho, visando sua efetiva integração na vida em sociedade, inclusive condições adequadas para os que não revelarem capacidade de inserção no mercado de trabalho competitivo, mediante articulação com os órgãos oficiais afins, bem como para aqueles que apresentam uma habilidade superior nas áreas artística, intelectual ou psicomotora;

V - acesso igualitário aos benefícios dos programas sociais suplementares disponíveis para o respectivo nível do ensino regular.

Podemos observar que os portadores de necessidades educativas são amparados na lei, mas na prática, parece não haver um amparo real e significativo do poder público tanto em relação ao sistema como as dificuldades enfrentadas pelos professores para fazer as adaptações necessárias para um atendimento adequado ao aluno com TDAH (BENCZIK E BROMBERG, 2003, p. 201).

No Brasil a política de inclusão de crianças nas escolas regulares completa 13 anos em 2009. Apesar disso ainda são grandes os desafios das escolas regulares, públicas ou privadas que trabalham com crianças com necessidades especiais. Há a necessidade de uma mudança efetiva para que se chegue a uma escola realmente inclusiva, que garanta o atendimento à diversidade das crianças.

As crianças diagnosticadas com o TDAH geralmente estão inseridas na escola regular e é lá que muitas vezes que primeiro se percebe os sintomas, pois, como afirmam Daniela Klebis e Patrícia Piacentini do *website ComCiência* (2009) :

Os padrões normativos do ambiente escolar são difíceis de ser acatados pela criança por exigirem maior compartilhamento social, definições de limites e maior atenção e concentração. Então a criança começa a ter problemas de adaptação e, por vezes, de aprendizagem.

Ainda segundo as autoras *supra* citadas, as crianças com o transtorno “se sentem frustradas porque, por mais que se esforcem não conseguem acompanhar o ritmo dos colegas”, devido a falha na atenção, “não conseguem memorizar e absorver o aprendizado”.

De acordo com Sebastião Rogério Góis Moreira, psicólogo e professor do Instituto Superior de Educação Anísio Teixeira (Fundação Helena Antiposs), em Minas Gerais, citado por *idem*:

Na escola há uma relutância quanto à aceitação do aluno que apresenta aspectos do TDAH. Existe uma tendência dos professores e colegas a estigmatizar essa criança e neutralizar sua participação nas atividades cotidianas da escola.

È na Declaração de Salamanca, elaborada pela Conferência Mundial de Educação Especial que ocorreu em 1994, que está embasada a política de educação inclusiva no Brasil.

De acordo com a Declaração as escolas regulares com orientação inclusiva são os meios mais eficazes de combate às atitudes discriminatórias. Klebis e Piacentini (ComCiencia) trazem a opinião da coordenadora do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Ensino e Diversidade (Leped), da Faculdade de Educação da

Unicamp, Maria Tereza Eglér Matoan que concorda plenamente com que foi descrito na Declaração de Salamanca:

O complemento oferecido pela educação especializada não diz respeito ao ensino de conteúdos curriculares da escola comum: alfabetização, matemática, ciências etc., mas ao ensino de recursos, linguagem, uso de equipamentos, códigos que sirvam para os alunos enfrentarem as barreiras que suas deficiências impõem à aprendizagem nas salas de aula das escolas comuns: código braille, Língua Brasileira de Sinais (Libras), língua portuguesa como segunda língua para surdos etc.”, explica.

O professor das escolas regulares “deve procurar se informar sobre o TDAH e é essencial que tenha acesso aos profissionais que diagnosticam e trabalham no tratamento de seus alunos”, dessa forma, “estes poderão entendê-los e ajudá-los da melhor forma possível, trocando informações e tirando dúvidas” (*ibidem*).

## 4.2 TDAH E DESEMPENHO ESCOLAR

A última década é conhecida como a era do cérebro, onde profissionais das neurociências intensificam os estudos sobre desenvolvimento do cérebro, sobre o desenvolvimento mental infantil e os transtornos mentais na infância. Os estudos tanto consideraram os desvios da normalidade do ponto de vista de seu funcionamento como também o seu funcionamento normal, como o cérebro de uma criança se desenvolve, como ela aprende e como o cérebro processa o processo da aprendizagem (ARRUDA, 2009).

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) repercute negativamente na vida da criança e do adolescente levando a prejuízos em várias áreas, como a adaptação ao ambiente escolar, relações interpessoais e desempenho escolar (Arnold e Jensen, 1995; Barkley, 1996 *apud* ARAÚJO; MATTOS; PASTURA, 2005).

Estes são denominados sintomas não-cardinais do TDAH, ou seja, embora não imprescindíveis para o diagnóstico, freqüentemente, fazem parte das queixas do portador (Mercugliano 1999 *apud* *ibidem*).

Segundo SILVA (2009, p. 70) muitas das características da criança com TDAH “repousam em estado de latência” quando ela está desfrutando somente do espaço familiar ou simplesmente, não acarretam problemas mais sérios.

O quadro costuma mudar logo quando a criança é inserida na escola onde ela é solicitada a cumprir regras e metas, seguir rotinas, “executar tarefas e é recompensada ou punida de acordo com a eficiência que são cumpridas” e em horários estabelecidos SILVA (2009, p. 70).

Para uma criança “normal” ficar quieta, sentada numa carteira escolar por determinado tempo e ainda se manter calada (exceto quando for solicitada) não é tarefa das mais fáceis, imagina só uma criança com TDAH.

Não é possível correr, pular, enfim, fazer tudo que lhe dê na “telha” porque tem que seguir “às ordens” do professor e ainda seguir o mesmo ritmo da turminha que terá que conviver todos os dias, praticamente. Mesmo as crianças com TDAH que não são hiperativas tendem a sentir dificuldades na escola, pois, não poderão ficar em repouso em um canto, “viajando” em seus pensamentos, sem ser interrompida pelo professor ou mesmo por um colega.

Ana Beatriz (2009, p.71) afirma que “O desempenho escolar da criança com TDAH é marcado pela instabilidade:

Um exame nos boletins escolares ou nos registros dos professores pode ilustrar bem o problema. Em um momento, ela á brilhante. Em outro, inexplicavelmente, não consegue entender os conteúdos ministrados. [...] Não é incomum que se alternem de um dia para o outro. A instabilidade de atenção é uma causa desse sobe e desce no desempenho. Caso a criança seja também hiperativa, o problema pode agravar-se, pois, além de desatenção, a incapacidade de se manter quieta em sua carteira a impedirá não só de aprender, como também de conquistar manter amizades.

A autora argumenta ainda que a impulsividade de criança com o TDAH também pode contribuir negativamente no desempenho escolar. Essa característica costuma levar a falhas na interação social. “Em alguns momentos ela pode atropelar a atividade do grupo com movimentos bruscos, [...] impor regras” [...] ou quando “fala demais, às vezes sem pensar” e acaba ofendendo alguém.

Para Benczik e Bromberg (2003, p. 199) muitos são os fatores que determinam o desempenho e a adaptação escolar da criança com TDAH, a saber:

- O atual sistema educacional brasileiro;
- As implicações educacionais e o rendimento escolar do aluno com TDAH;
- O papel e a função da escola e do professor no processo de identificação e manejo de crianças com TDAH no sistema educacional;

As autoras citadas abordam que entre os fatores que influenciam no “baixo rendimento escolar dos alunos está a superlotação das salas de aula e o despreparo dos professores”, que, para Benczik (2000) é fruto “da defasagem na formação profissional e da sua má remuneração financeira”. Outro ponto importante considerado por elas é a estrutura do sistema educacional brasileiro que privilegia somente o cognitivo nos processos de ensino – aprendizagem. Esse sempre foi o objetivo para todos os alunos e “o ponto de referência é o aluno padrão” Em consequência de tal posicionamento há uma “homogeneização e inflexibilidade do ensino, a uma avaliação do tipo normativo, [...] nos quais todos têm que fazer o mesmo e ao mesmo tempo (BLANCO, 1993).

Edyleine Bellini Peroni Benczik, aborda no web site *Psicopedagogia Online* que:

Cerca de 20% a 30% das crianças com TDAH apresentam dificuldades específicas que interferem na sua capacidade de aprender. A criança/adolescente, muitas vezes, está atrasada, em termos de conteúdo teórico, quando comparada com outras crianças de sua classe. O acompanhamento psicopedagógico é importante, já que auxilia no trabalho escolar, atuando diretamente sobre a dificuldade escolar apresentada, suprimindo a defasagem, reforçando o conteúdo e abrindo possibilidades para que novas aprendizagens ocorram.

Klebis e Piacentini mencionam que no Brasil, a quantidade de “crianças e adolescentes que recebem tratamento para o TDAH é muito inferior” ao esperado “com base na prevalência estatística de 6%”. Elas citam ainda o neurobiologista e pesquisador do Departamento de Neurologia da Unicamp, César Moraes. Ele revela que o grande problema das crianças com TDAH predominantemente desatento é o fato delas conversarem pouco, ficarem sentadas quietinhas na carteira, totalmente desligada, sem atrapalhar os colegas e o professor e como não incomodam ninguém dificultam sobremaneira o diagnóstico. “A hiperatividade é percebida mais facilmente, porque incomoda”. Desse modo, essas crianças estão fadadas ao

fracasso escolar por não terem acesso aos tratamentos adequados, ao menos até chegarem à idade adulta, período em que os sintomas costumam ser amenizados ou se tiverem a sorte de contarem com professores e/ou pais mais atentos.

Uma pesquisa realizada por (RODHE et al, 1999) e indica que “crianças e adolescentes com TDAH estão muito mais susceptíveis a reprovações, suspensões e expulsões mais do que em controles sem o transtorno”.

Não resta dúvida entre os estudiosos que o TDAH tem grande impacto no desenvolvimento educacional da criança portadora. Há estudos que indicam que crianças com TDAH que estudam em escola regular correm o risco de fracasso escolar duas a três vezes maior do que as que são consideradas “normais” e com inteligência equivalentes (GORDON, 1991, *apud* BENCZIK E BROMBERG, 2003, p.201).

Goldstein e Goldstein (1998, *apud ibidem*) afirmam que cerca de 20 a 30% das crianças com TDAH apresentam dificuldades específicas que comprometem a sua capacidade de aprender (BARKLEY, 1998 *apud ibidem*)

Araújo, Mattos e Pastura, (2005) citam uma pesquisa de Barkley *et al* :

Comparando o desempenho escolar de 158 crianças com TDAH e 81 crianças normais, Barkley et al., (1990b) observaram que os primeiros tinham três vezes mais chance de repetirem ou serem suspensos e oito vezes mais chance de serem expulsos que os segundos.

Os profissionais especializados são unânimes na afirmação de que a escola é o melhor lugar para avaliar a criança com TDAH. O neurologista Erasmo Barbante Casella citado por Klebis e Piacentini aponta “pois, como ela está no meio de outras 20, 30 crianças da mesma idade, seu desempenho e desenvolvimento podem ser comparados”. Ele acredita que “é preciso desenvolver um método educativo adequado às capacidades e limitações da criança com o transtorno”. Deve haver no professor a preocupação “em procurar se informar sobre o transtorno [...]” com o objetivo “de entendê-los e ajudá-los da melhor forma possível”.

Cardoso (2007) concorda com Cypel (2003) e diversos outros autores citados por ela que os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade são mais percebidos quando as crianças ingressam no ensino fundamental, por volta hoje, dos 6, 7 anos. É o período em que tanto os professores como os pais passam a prestar maior atenção no aprendizado das crianças.

Ainda segundo Cardoso (2007) os professores devem ter o cuidado para não generalizarem todo o comportamento desatento, hiperativo e impulsivo como sendo de um aluno com o TDAH. Comportamentos como esses podem ter outras motivações que não estão relacionados, necessariamente ao transtorno em questão.

Maria das Graças F. Reis e Dulce Maria P de Camargo (2006) fizeram um estudo de caso com 5 adultos com diagnóstico de TDAH, feito na infância ou não, e outro critério utilizado na seleção dos participantes foi estarem fazendo curso superior ou o terem concluído.

Os cinco entrevistados das autoras citadas acima relataram inúmeros problemas enfrentados no ensino fundamental e médio que, segundo eles teriam sido por conta da falta de informação sobre o TDAH por parte dos professores e a falta de aproveitamento de suas características positivas devido ao transtorno. Já na faculdade “eles sentiram ou (sentem) menos dificuldades em razão de já terem adquiridos táticas para superar os obstáculos provenientes da instabilidade de atenção/impulsividade/hiperatividade e a compreensão dos professores que têm conhecimento sobre o transtorno. Um dos alunos relatou ainda que a falta de exigência do professor seria uma das causas da superação das dificuldades (REIS e CAMARGO, 2006).

Na idade adulta, embora apesar de haver a possibilidade estabilidade emocional e sucesso profissional, podem ser observados os sintomas de desatenção e impulsividade e estes podem ocasionar dificuldades nos relacionamentos e na vida acadêmica e profissional. Estudos apontam que o quanto antes for feito o diagnóstico do transtorno, menores serão os seus efeitos na vida da criança e em sua vida adulta em consequência (Jornal de Pediatria).

Benczik acredita que deve haver uma “conscientização, uma compreensão das necessidades específicas da criança/adolescente com TDAH” e que quando são feitas “as intervenções necessárias, maior a chance da criança não desenvolver sintomas secundários ao TDAH” diminuindo assim, os prejuízos dos mesmos também na idade adulta (Psicopedagogia online, 2009).

## 5. METODOLOGIA

Fizemos um estudo de caso com uma aluna de 10 anos, estudante da 3ª série (4º ano) do ensino fundamental em uma escola particular de Salvador-Ba. Esta aluna possui o diagnóstico do TDAH há mais de um ano e faz tratamento psicoterápico com uma profissional de referência no TDAH na Bahia. Fizemos observações do seu comportamento em sua casa, nos momentos em que eram executadas as atividades pedagógicas mandadas pela escola, com o auxílio da autora deste estudo.

Elaboramos um questionário com oito questões abertas para ser respondido pela mãe e avó materna da referida aluna, ambas também portadoras do transtorno - o que vem a atestar o caráter hereditário do TDAH - e fazem o mesmo tipo de tratamento. Antes de entregar o questionário demos explicação a respeito do objetivo a ser alcançado pela nossa pesquisa através deste instrumento.

O fato da mãe e avó da aluna serem portadoras do TDAH, portanto conhecedoras do assunto, e terem o ensino superior, facilitou o preenchimento do questionário também auxiliou-nos na resolução dos conflitos que por vezes aconteceram (nada mais normal, afinal estávamos ao lado de uma TDAH!) no desenvolvimento das atividades pedagógicas. Todos da família colaboraram para que pudessemos dar prosseguimento á nossa pesquisa da melhor forma possível, ao longo de todo este ano. Não há dúvidas de que essa foi uma experiência grandiosa para a carreira da autora.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do referencial teórico que analisamos pudemos perceber o quanto o Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH) é um tema extremamente estudado em todo o mundo, possui diagnóstico bastante claro para a comunidade médica internacional e como qualquer outro assunto ligado á saúde ainda há muito a ser pesquisado (p.22).

Ao término da elaboração deste projeto pudemos constatar o quanto foi envolvente esta pesquisa. A escolha do tema deu-se em função de lidarmos com alunas com o diagnóstico do TDAH e dislexia associada, no ano de 2008 e por auxiliarmos uma criança de 10 anos em suas atividades pedagógicas. Como o trabalho foi efetuado no domicílio da referida criança nos possibilitou observar o seu comportamento tanto em relação ás atividades pedagógicas quanto ao contexto familiar (p. 37).

Diante dos dados obtidos a partir das observações feitas do comportamento e o desempenho escolar de uma aluna - objeto principal do nosso estudo de caso - de sua mãe e sua avó materna, pudemos perceber que se os sintomas do TDAH forem bem administrados seus efeitos negativos poderão ser amenizados, diminuindo assim os prejuízos ao desempenho escolar de seus portadores (p. 37).

A mãe da aluna mostrou-se muito receptiva em colaborar com o nosso estudo respondendo ao questionário entregue pela autora com muita atenção e comprometimento, inclusive disponibilizando material bibliográfico oferecido por seu psiquiatra para a nossa apreciação. Ela respondeu que antes do diagnóstico em novembro de 2008, se via como uma “pessoa que era inquieta, sem vontade, nem objetivos duradouros” e o que veio primeira á sua cabeça após o diagnóstico foi “uma solução para os problemas”. As características do TDAH mais marcantes nela eram a “impulsividade, inquietude e falta de objetivos”, o que mais interferia na sua vida era dificuldade de se concentrar e concluir o que iniciava. Ela declara que o TDAH influenciou negativamente o seu desempenho escolar, principalmente porque não conseguia prestar atenção às aulas. Ela criticou a falta de conhecimento dos professores e da escola sobre o TDAH. Hoje essa mãe faz acompanhamento com

médico psiquiatra e faz uso da *Ritalina*<sup>3</sup> o que lhe conferiu “concentração, determinação e objetivos”.

A aluna mora com os avós maternos desde os seus dois anos de idade, portanto tem uma relação bem estreita com a neta, o que facilitou as observações de seu comportamento desatento, hiperativo e impulsivo o que permitiu o encaminhamento da aluna ao tratamento psicoterapêutico quando foi sinalizado a necessidade deste pela escola.

A avó da aluna foi muito gentil assim com a sua filha no preenchimento claro e objetivo do questionário colaborando sobre maneira para o sucesso deste estudo. O seu diagnóstico foi fechado em agosto 2008. Ela relata no instrumento que o diagnóstico foi libertador, pois, trouxe “explicações e entendimento de si própria e deu respostas para as atitudes de criar, durante sua vida, “mecanismos para superar as dificuldades que tinha e organizar a minha cabeça, controlar minha impulsividade e ansiedade”. Ela diz que o TDAH influenciou negativamente o seu desempenho escolar, mas “não foi de todo ruim, afinal conseguiu graduar-se em processamento de dados pela Universidade Federal da Bahia, apesar de não ter feito nenhum tipo de tratamento à época. A colaboradora sugere que “as escolas hoje, devem procurar informação para informar os pais das crianças a procurar terapias e tratamento além treinar seus professores e orientadores” para tratar os alunos com TDAH “de forma diferenciada até que eles pudessem ter uma compreensão do que eles têm e superar suas dificuldades”. Hoje a avó da nossa aluna diz que compreende mais tudo o que passou e pode assim ajudar sua filha e principalmente sua neta por saber exatamente o que acontece com elas e como elas se sentem. Ela encerra: “eu, pessoalmente, tento continuar um trabalho que sempre fiz comigo mesma, sem saber que era portadora do TDAH e da dislexia” (p. 45 a 47).

A partir da mudança de ambiente onde a aluna fazia as atividades de casa (antes ela fazia os deveres de casa na escola, no turno oposto, na classe do tempo integral) bem como a adequação das atividades de classe promovidas pela escola, sob a coordenação e monitoramento da psicopedagoga, determinaram uma melhora substancial no seu desempenho escolar. Os sintomas de hiperatividade e

---

<sup>3</sup> Metilfenidato, um estimulante utilizado nos casos de TDAH.

impulsividade, que no início do ano eram muito presentes em seu comportamento, foram amenizando aos poucos ao longo do ano (p. 17 e 18).

A comprovação do desenvolvimento do seu aprendizado pôde ser obtida na comparação das notas das avaliativas do ano letivo de 2008 com as notas de 2009 percebemos que não só houve aumento das notas em todas as disciplinas como não foi necessário recorrer a provas finais ou de recuperação como ocorria nos anos anteriores ao tratamento.

Este estudo de caso nos possibilitou observar que boa das crianças com TDAH são capazes de aprender desde que haja os subsídios necessários para tal como o envolvimento do quarteto fundamental: escola – nas figuras do professor e coordenador/orientador pedagógico, família, psicólogo (ou afins) e o aluno.

É preciso aplicar uma ação didático-pedagógica direcionada para este aluno com TDAH, visando estimular sua auto-estima, levando em conta a sua dificuldade de concentração, e a sua facilidade em distrair-se criando então atividades diversificadas que possibilite o seu aprendizado. Este estudo de caso, bem como a análise de diversos referenciais teóricos, conferiram à autora os conhecimentos necessários ao um melhor entendimento do aluno com o TDAH, suas limitações e potencialidades de modo que temos a certeza que estes nos auxiliarão na nossa prática docente e a muitos professores que tenham o interesse de estudar o tema abordado nesta pesquisa de monografia e ampliar os nossos estudos num mestrado futuro.

## REFERÊNCIAS

ABDA **Associação Brasileira do Déficit de Atenção**. Disponível em: [http:// www.tdah.org.br/](http://www.tdah.org.br/). Acesso em: 01 de out. 2009.

ANDRADE, Ênio Roberto. Quadro clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. RODHE, Luis e MATTOS, Paulo & cols. *Princípios e Práticas em TDAH* Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed, 2003. p.77.

APA **Associação de Psiquiatria Americana**. Disponível em: [http:// www.tdah.org.br/](http://www.tdah.org.br/). Acesso em: 15 nov. 2009.

ARAÚJO, Alexandra; MATTOS, Paulo; e PASTURA, Mário. Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção hiperatividade. **Revista de Psicologia Clínica**, São Paulo, v.32, nº 2, Nov./Dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 12 out. 2009.

ARRUDA, Marco. *Atenção Professor* Programa de atualização em TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade) para professores. Disponível em: <<http://atencaoprofessor.com.br/palestras.asp>> Acesso em: 10 nov. 2009.

BENCZIK, Edyleine. TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade para os profissionais da Educação e Saúde: Atualização diagnóstica e terapêutica. *Psicopedagogiaonline*. Disponível em: <<http://www.psicopedagogia.com.br/entrevistas/entrevista.asp?entrID=43>>. Acesso em: 12 out. 2009.

\_\_\_\_\_.e BROMBERG, Maria. Intervenções na Escola. In RODHE, Luis e MATTOS, Paulo & cols. *Princípios e Práticas em TDAH* Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 201.

BORUCHOVITCH, Evely. Estratégias de aprendizagem e desempenho escolar: considerações para a prática educacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto

Alegre, vol.12 n.2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 05 set. 2009.

BRASIL. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) 9.394/96*. Centro de Referência Educacional. Disponível em: <http://www.centrorefeducacional.com.br/edespeci.htm>>. Acesso em: 05 out. 2009.

CARDOSO, Diana Maria P. *A Concepção dos Professores diante do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em Contexto Escolar: Um estudo de caso*. 2007. 135 f. Dissertação (Mestrado em Educação) Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

CORREIA F, Alceu e PASTURA, Giuseppe. As Medicamentos Estimulantes. RODHE, Luis e MATTOS, Paulo & cols. *Princípios e Práticas em TDAH* Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed, 2003. p.161.

COUTINHO, Maria Tereza da C. e MOREIRA, Mércia. **Psicologia da Educação**: um estudo dos processos psicológicos de desenvolvimento a aprendizagem humanos, voltado para a educação: ênfase nas abordagens interacionistas do psiquismo humano. 10. Ed. rev. E ampl. - Belo Horizonte: Editora Formato, 2004

KLEBIS, Daniela e PIACETINI, Patrícia. Crianças com necessidades especiais – a escola lidando com a diversidade. **Infância**. São Paulo, 2005. Disponível em: <[http://www.comciencia.br/reportagens/2005/12/06\\_impr.shtml](http://www.comciencia.br/reportagens/2005/12/06_impr.shtml)> Acesso em: 29 set. 2009.

LOPES, Regina Maria F.; NASCIMENTO, Roberta F. L. do e BANDEIRA, Denise R. Avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. **Avaliação Psicológica**. Porto Alegre, v.4 n.1 jun. 2005. Disponível em: <[http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S167704712005000100008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S167704712005000100008&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 30 out. 2009.

MATTOS, Paulo. **No Mundo da Lua** Perguntas e respostas sobre transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Editora Lemos. 2003.

REIS, Maria das Graças e CAMARGO, Dulce Maria. Práticas escolares e desempenho acadêmico de alunos com TDAH. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/pee/v12n1/v12n1a07.pdf>. Acesso em: 05 set. 2009.

ROMAN, Tatiana et al. Etiologia. In RODHE, Luis e MATTOS, Paulo & cols. *Princípios e Práticas em TDAH* Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed, 2003. p.35.

SERGENREICH, Daniel. *Atenção Professor* Programa de atualização em TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade) para professores. Disponível em: < <http://atencaoprofessor.com.br/palestras.asp>> Acesso em: 10 nov. 2009.

SILVA, Ana Beatriz B. **Programa Almanaque**. Globo News. Disponível em: < <http://www.youtube.com/watch?v=MJoyogj5huY&feature=related> > Acesso em: 29 set. 2009.

\_\_\_\_\_. “Eu me achava uma burra”. **Revista Veja**, São Paulo, n. 2 132, p.19-23, 30 set. 2009. Entrevista concedida a Silvia Rogar.

\_\_\_\_\_. *Mentes Inquietas* TDAH: Desatenção, Hiperatividade e Impulsividade. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. p. 206.

SOUZA, Isabela e PINHEIRO, Maria Antonia. RODHE, Luis e MATTOS, Paulo & cols. *Princípios e Práticas em TDAH* Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed, 2003. p.100.

## Apêndice

Apêndice A – Questionário

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

Curso: Pedagogia

Concluinte: Vanusia Alves de Oliveira

Orientador: Prof. Dr. Miguel Angel Garcia Bordas

Prezada colaboradora,

O presente questionário faz parte do trabalho de monografia que estou realizando como pré-requisito para conclusão do curso. Para o bom desempenho desta pesquisa, contamos com a sua contribuição para responder a todas as questões abaixo de forma clara e objetiva.

Agradeço desde já a sua participação.

Vanusia A. de Oliveira

### IDENTIFICAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Escolarização \_\_\_\_\_

Tempo de diagnóstico do TDAH: \_\_\_\_\_

Como você se via antes do diagnóstico do TDAH?

---

---

---

O que veio primeiro à sua cabeça após o diagnóstico?

---

---

---

Você acredita que o TDAH influenciou o seu desempenho escolar?

---

---

---

Para você qual deve ser a postura da escola em relação ao aluno com TDAH?

---

---

---

E quanto à formação dos professores, você acredita que estes são preparados para lidar com alunos com TDAH?

---

---

---

Quais sintomas do TDAH são mais marcantes em você?

---

---

---

Você possui diagnóstico de alguma co-morbidade? Identifique se afirmativo.

---

Você acredita que o TDAH interferiu na sua qualidade de vida, antes do tratamento?

---

---

---

E hoje? O que mudou?

---

---

---