

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - PONTAL DO PARANÁ
ESPECIALIZAÇÃO EM INCLUSÃO - EDUCAÇÃO ESPECIAL

TRANSTORNO DE HIPERATIVIDADE COM DÉFICIT DE ATENÇÃO
EM CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES

PONTAL DO PARANÁ

2005

NAIR MACEDO DA SILVA

**TRANSTORNO DE HIPERATIVIDADE COM DÉFICIT DE ATENÇÃO
EM CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista pelo Curso de Inclusão-Educação Especial da Universidade Federal do Paraná/ DEPS em convênio com a Secretaria Municipal de Educação de Pontal do Paraná/CEAD. Sob a orientação da Mestra e Professora Márcia Guimarães.

PONTAL DO PARANÁ

2005

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter-me dado a chance de empregar os novos conhecimentos adquiridos para auxiliar ao próximo.

Agradeço especialmente ao meu marido Estefano e ao meu querido filho Leonardo, pela compreensão e apoio, ao dividirem o seu tempo com minha oportunidade de estudo.

Agradeço a todo aquele que de algum modo colaborou com a produção desta monografia; em especial, a Mestre e Prof^a. Márcia Guimarães.

Agradeço a todos os meus companheiros de trabalho que, na medida do aceitável, facilitaram o meu comparecimento a Universidade durante os períodos de aulas e pelos constantes incentivos.

Nenhum educador de mediano bom senso vai achar que a educação, por si só, liberta. Mas também não pode deixar de reconhecer o papel da educação na luta pela libertação. Paulo Freire

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID – Código Internacional de Doenças.

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental.

DDA - Distúrbio de Déficit de Atenção.

DAHI - Distúrbio de Atenção e hiperatividade.

Ex. – Exemplo.

Cf. - Conforme.

MCP - Movimento de Cultura Popular.

IAC - Instituto de Ação Cultural.

ABDA – Associação Brasileira de Déficit de Atenção

SUMÁRIO

AGRADECIMENTO.....	iii
EPÍGRAFE.....	iv
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	v
SUMÁRIO.....	vi.
RESUMO	vii
INTRODUÇÃO.....	08
CAPÍTULO 1 – REFLEXÕES PEDAGÓGICAS.....	09
1.1 – Conceitos e reflexões pedagógicas.....	10
1.2 - Relação entre Aprendizagem e Conhecimento.....	12
1.3 – Fatores Fundamentais do Aprendizado.....	18
CAPÍTULO 2 – TDAH	20
2.1 – Definições do TDAH.....	20
2.2 – Possíveis Causas do TDAH.....	22
2.3 - Áreas Cerebrais no TDAH.....	24
CAPÍTULO 3 – OS SINTOMAS E O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL - CID 10.....	27
3.1 – Quadro Sintomatológico.....	27
3.2 – Diagnóstico.....	28
3.3 – Incidência do TDAH na População Geral.....	28
3.4 – Critérios Diagnósticos conforme o DSM IV.....	29
3.5 – Sub-tipos do TDAH.....	33
CAPÍTULO 4 – O TDAH NA EDUCAÇÃO E NA APRENDIZAGEM.....	34
4.1 – A Características Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.....	41
CAPÍTULO 5 - INTERVENÇÃO PROFISSIONAL EM INCLUSÃO EDUCACIONAL.....	37
5.1 – Dificuldades Primária e Secundária.....	37
5.2 – Atribuições do Profissional em Educação Inclusiva.....	38
5.3 – Avaliação Pedagógica da Criança em Educação Infantil.....	39
5.4 – Avaliação da Aprendizagem.....	40
5.5 – Avaliação da Aprendizagem para alunos com TDAH.....	41
CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
CAPÍTULO 7 – REFERÊNCIAS.....	47
ANEXO 1.....	48

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo estudar o Transtorno de Déficit de Atenção Infantil na fase da pré-escola e propõe-se a fazer uma coletânea de informações sobre o Transtorno e as variantes no processo de aprendizagem. Apresenta-se algumas definições de aprendizagem à relação desta com o conhecimento e com a educação, os sintomas segundo o código internacional de doenças, os critérios diagnósticos conforme o DSM IV. Trata-se de um Transtorno ainda pouco pesquisado em variadas áreas, que requer muito tratamento, investigação e estudo nas áreas médicas, psicológicas e educacionais. Acredita-se que este trabalho possa contribuir para intervenções do profissional em inclusão educacional especial, tanto pedagogicamente como metodologicamente com o objetivo de auxiliar e motivar o professor, a família e a criança no processo ensino-aprendizagem. Que se possa desenvolver um projeto educacional que atenda aos alunos pré-escolares portadores do TDAH, com qualidade, para que estes obtenham uma auto-imagem positiva de si e da aprendizagem.

INTRODUÇÃO

A presente monografia a propósito de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças do pré-escolar tem como objetivo aprender sobre esse transtorno causador de muitos problemas de aprendizagem e indisciplina, baseando essa pesquisa nas teorias e conceitos na tentativa de promover conhecimento aos profissionais ligados a área da educação de forma geral, mas especialmente os da educação inclusiva.

A metodologia utilizada para a realização desse trabalho é a análise teórica e conceitos de estudiosos no assunto.

De que forma os profissionais da educação inclusiva podem ajudar as crianças com esse transtorno com relação à aprendizagem, bem como aos outros educadores diretamente ligados a ela e seus familiares. Por que entendendo a dinâmica dessa criança, tornar-se-á mais fácil adentrar ao universo dela e integrá-la ao mundo dos sem TDAH.

A política educacional não permite que os professores possam dedicar maior atenção somente às crianças com Déficit de Atenção e Hiperatividade, pois tem dentro da sala de aula, outras crianças que também merecem atenção. O professor muitas vezes tem dificuldade em diagnosticar, até por falta de investimento na formação profissional do docente e na sua prática educacional não se tem o costume de encaminhar a um profissional especializado da rede escolar para diagnosticar com seriedade algum transtorno e quando consegue o trâmite burocrático é complexo.

Assim, a pesquisa bibliográfica está dividida em seis capítulos para dar base aos pressupostos teóricos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade infantil.

Primeiramente, há uma reflexão pedagógica à cerca dos pressupostos da aprendizagem em si e seus conceitos segundo alguns estudiosos no assunto educacional.

No segundo capítulo, abordam-se sobre quais são as causas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, quais as áreas cerebrais envolvidas no TDAH e outros fatores influentes na etiologia deste transtorno.

Descreve-se no terceiro capítulo sobre o Distúrbio de Déficit de Atenção – Hiperatividade. A síndrome neurológica, o quadro sintomatológico e o diagnóstico diferencial. Segundo CID 10 - DSM – IV, os critérios para o diagnóstico, os sub-tipos do Transtorno de Déficit de Atenção e hiperatividade, os procedimentos de registro, abordaremos ainda na visão médica do distúrbio, os achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas ao Transtorno.

Desenvolve-se no quarto capítulo a propósito das implicações educacionais e quais as características que influenciam e na aprendizagem.

No quinto capítulo, descreve-se sobre intervenção do profissional da área de inclusão educacional com a criança com TDAH, sugerindo avaliações e atribuições desse profissional e a sua responsabilidade com a orientação familiar e escolar, bem como, com o aluno e consigo mesmo.

Por último as considerações finais e as referências utilizadas para a teoria para adequar-se à prática dos educadores inclusivos.

CAPÍTULO 1 – REFLEXÕES PEDAGÓGICAS

“O único homem que se educa é aquele que aprendeu como aprender: que aprendeu como se adaptar e mudar....” (Carl R. Rogers)

1.1 – Conceitos e reflexões pedagógicas.

Ao realizar este estudo sobre: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade faz-se necessário aprofundar algumas categorias que embasam este assunto. Começaremos conceituando aprendizagem e faremos uma reflexão pedagógica e discussão sobre as pressuposições acerca dessa temática.

Para distinguir uma criança com dificuldade de aprendizagem, se faz necessário primeiramente entender o que é aprendizagem e quais os fatores que nela interferem. Pode-se dizer que a aprendizagem “é um processo complexo que se realiza no interior do indivíduo e se manifesta através da mudança de comportamento”.

A aprendizagem pode ser definida como algo que constitui os homens e estes com o mundo a que estão inseridos, portanto o homem é um ser que aprende. Aprendizagem é uma mudança no agir e no pensar, e implica necessariamente em uma mudança de comportamento.

Segundo MARQUES, “Na aprendizagem os sujeitos se constituem singulares ao se constituírem na genericidade humana, uma intersubjetividade alargada a toda a história da humanidade, esta, por sua vez, repositório e fonte das aprendizagens todas”¹.

Muitos são os estudiosos da teoria da educação e da aprendizagem, mas cada um com sua linha de pensamento e área de formação, bem como cultura e diferentes contextos históricos.

A espécie humana se auto-estabelece em sociedade, onde os processos incessantes do mundo da vida se constroem em sistemas de pensamentos, de ações e de aprendizagens. Enquanto ação comunicativa constitui-se, assim, no meio através do qual se formam e se reconstroem a cultura, a sociedade e a singularização da personalidade.

¹ MARQUES, Mario O. A aprendizagem na Mediação Social do Aprendido e da Docência. 1995.p.16

A aprendizagem resulta de um sutil entrelaçamento entre o desejo e a inteligência, que se reconstróem ao reconstruírem seus objetos e atestam tanto a singularidade do sujeito que aprende quanto à natureza social de quem e do que se aprende.

A inteligência é precedida pelo desejo encontra-se ela integrada na função simbólica, banha-se no consenso imaginário real. A aprendizagem além de afiliação a um grupo de saber, de uma socialização que individualiza, postam a perspectiva ética da emancipação humana, necessita constituir-se em fator de automodelação, de singularização do sujeito que aprende.

O professor e pesquisador, de Nacionalidade Bielo-russo Vygotsky (1989), teoriza que: a aprendizagem da criança começa muito antes da aprendizagem escolar que nunca parte do zero. Toda aprendizagem da criança na escola tem uma pré-história. Para VYGOTSKY, "O aprendizado adequadamente organizado resulta em desenvolvimento mental e põe em movimento vários processos de desenvolvimento que, de outra forma, seriam impossíveis de acontecer."(1987, p.101)

O psicólogo Americano Carl ROGERS² definiu aprendizagem como sendo uma insaciável curiosidade inerente ao ser humano e que a sua essência é o significado. Para PAIN³ (1994) existem três tipos diferenciados de aprendizagem:

"A Dimensão Cognitiva que é aquela em que o sujeito adquire uma conduta nova, adaptando-se a uma situação anteriormente desconhecida e surgida pelos castigos vindos da experiência que o sujeito tem com as tentativas de aprendizagem que não deram muito certo, a aprendizagem da regulação, que rege as transformações dos objetos e suas relações mútuas. Nesta aprendizagem a experiência tem por função confirmar ou corrigir as hipótese ou antecipações que surgem da manipulação interna dos objetos e a aprendizagem estrutural, vinculada ao nascimento das estruturas lógicas do pensamento, através das quais é possível organizar uma realidade inteligível e cada vez mais organizada. A Dimensão Biológica: Que envolve a hereditariedade e levando em consideração o meio que atuará; bem como as formas lógico-matemáticas; e as formas adquiridas pela experiência. E a Dimensão Social: Relacionada aos processos de ensinar e aprender, transmitir a cultura".

Segundo PICHON, (1980), a aprendizagem é uma estrutura dinâmica em contínuo movimento, que funciona acionada ou movida por motivações psicológicas.

Aprendizagem é o processo pelo qual uma atividade tem origem ou é modificada pela reação a uma situação encontrada, desde que as características da mudança de atividade não possam ser explicadas por tendências inatas de

² ROGERS, Carl R. Liberdade de aprender em nossa década, 1986, p.28-30.

³ PAIN, Sara. Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem. 1994.

respostas, maturação ou estados temporários do organismo (por exemplo, fadiga, drogas, etc.). (HILGARD, 1973, p.3)

Ao organizar uma teoria da aprendizagem BECKER⁴ nos oferece uma, que diz sobre o aprendizado, conforme este autor: “aprendizagem é aquisição de uma técnica qualquer, simbólica, emotiva ou de comportamento: isto é, uma mudança nas respostas de um organismo ao ambiente que melhore tais respostas em vista da conservação e do desenvolvimento do próprio organismo “.

1.2 - Relação entre Aprendizagem e Conhecimento

Toda aprendizagem se inicia pela inserção do sujeito em seu mundo de vida, de que não é ele o iniciador, mas produto, em seu processo de socialização, individualização e singularização, como primeiro passo objetivador.

A linguagem concretiza e corporifica a realidade imediata que constitui o sujeito da aprendizagem ou da reconstrução do conhecimento socialmente compartilhado.

Em seu livro MARQUES⁵ revela que: “Dar atenção aos estágios do desenvolvimento bio-orgânico individualizado e aos estágios de transformação – humanização da natureza é condição fundamental para a efetividade da aprendizagem. É extremamente complexa a relação homem-natureza, mas nela a natureza humana não é diferente do homem. Mais do que ter um corpo, o homem é corporeidade que se constrói na história e na expressividade do ser”.

Entendendo ser praticamente impossível remontar aos primórdios da humanidade e compreender qual foi, efetivamente, o processo de desenvolvimento cognitivo desde o homem primitivo até os dias atuais, voltou-se para o desenvolvimento da espécie humana, do nascimento até a idade adulta.

Ao elaborar a Teoria Psicogenética, procurou mostrar quais as mudanças qualitativas por que passa a criança, desde o estágio inicial de uma inteligência prática período sensório-motor, até o pensamento formal, lógico-dedutivo, a partir da adolescência.

⁴ BECKER, Fernando. Da ação à operação: o caminho da aprendizagem, 1993, p. 26.

⁵ MARQUES, Op. Cit, p. 140.

Para ele, o conhecimento resulta das ações e interações do sujeito com o ambiente onde vive. Todo o conhecimento é uma construção que vai sendo elaborada desde a infância, através de interações do sujeito com os objetos que procura conhecer, sejam eles do mundo físico ou cultural.

Segundo a Teoria Construtivista, o sujeito é ativo e em todas as etapas de sua vida procura conhecer e compreender o que se passa à sua volta. Suas possibilidades, a cada momento decorrem do que Piaget denominou esquemas de assimilação, ou seja, esquemas de ação: como agitar, sugar, balançar ou operações mentais como: reunir, separar, classificar, estabelecer relações, que não deixam de ser ações, mas se realizam no plano mental.

Estes esquemas se modificam como resultado do processo de maturação biológica, experiências, trocas interpessoais e transmissões culturais, Através de aproximações sucessivas, articulando assimilações e acomodações, a esse processo Piaget chamou de adaptação. A cada adaptação realizada um novo esquema assimilador se torna estruturado e disponível para que o sujeito realize novas acomodações e assim sucessivamente. Esse movimento é o processo de equilíbrio, conceito central na teoria construtivista.

O objetivo da educação na visão Construtivista significa ter oportunidades de se desenvolver, tanto do ponto de vista intelectual, como social e moral.

A sociedade como um todo, família, escola, entre outras instituições devem propiciar experiências, trocas interpessoais e conteúdos culturais que, interagindo de forma ativa com a maturação biológica, permitam à criança e ao adolescente entender disposição cada vez mais elaborada, de avaliar e agir no mundo físico e social.

Como enfatiza PIAGET⁶, a lógica, a moral, a linguagem e a compreensão de regras sociais não são inatas, são construídas por cada indivíduo ao longo do processo de desenvolvimento, processos este percebidos como a seqüência de estágios que se diferenciam um dos outros, por mudanças qualitativas.

Para que este processo se efetive, é importante considerar o principal objetivo da educação que é a autonomia, tanto intelectual como moral.

⁶ PIAGET, embora não tendo sido um educador, colaborou muito para a discussão de questões relativas ao desenvolvimento do raciocínio do homem. Com sua Teoria Construtivista.

Como afirma KAMII⁷, seguidora de Piaget;

"A essência da autonomia é que as crianças se tornam capazes de tomar decisões por elas mesmas. Autonomia não é a mesma coisa que liberdade completa. Autonomia significa ser capaz de considerar os fatores relevantes para decidir qual deve ser o melhor caminho da ação. Não pode haver moralidade quando alguém considera somente o seu ponto de vista. Se também consideramos o ponto de vista das outras pessoas, veremos que não somos livres para mentir, quebrar promessas ou agir irrefletidamente". (KAMII, 1986, p.72)

A forma pelo qual Piaget concebe a ação do meio social sobre as possibilidades de cada indivíduo é que o ser humano, desde o seu nascimento, se encontra submerso em um meio social que atua sobre ele do mesmo modo que o meio físico. Mais ainda, que o meio físico, em certo sentido, a sociedade transforma o indivíduo em sua própria estrutura, porque não somente o obriga a conhecer fatos, mas lhe fornece um sistema de signos completamente construídos que modificam seu pensamento, propõe-lhe valor novo e impõe-lhe uma cadeia definida de obrigações. É, assim sendo, evidente, que a vida social modifica a inteligência pelo teor dos valores intelectuais, pelas regras impostas ao pensamento, normas coletivas, lógicas ou pré-lógicas.

Na perspectiva construtivista de Piaget, estas pressões sociais e lingüísticas vão sendo exercidas sempre em interação com as possibilidades de cada indivíduo ao longo do processo de desenvolvimento.

Então elaborou dentro de sua teoria Construtivista⁸ os seguintes estágios de desenvolvimento por que passa o ser humano, conforme segue os 4 estágios descritos abaixo:

1 - Estágio sensório-motor - (de 0 a 2 anos). - Desenvolvimento inicial das coordenações e relações de ordem entre as ações, início de diferenciação entre os objetos e entre o próprio corpo e os objetos; aos 18 meses, mais ou menos, constituição da função simbólica (capacidade de representar um significado a partir

⁷ Aluna e colaboradora de Jean Piaget, fez diversos cursos de pós-doutoramento nas universidades de Genebra e de Michigan, ligados à Epistemologia Genética e a outras áreas educacionais relacionadas à teoria piagetiana e de outros pesquisadores. Autora de diversos trabalhos editados na Europa, Estados Unidos e Japão, a autora está atualmente desenvolvendo suas pesquisas na Escola de Educação do Alabama-USA. Constance Kamii trata das questões da natureza do número; objetivos para ensinar"; princípios de ensino; situações na escola que podem ser usadas pelos professores para "ensinar" número, a prática pedagógica de professores. Enfatiza a importância do conceito de quantidade e suas múltiplas aplicações na vida de nossas crianças, com todas as consequências pedagógicas.

⁸ PIAGET, J. Aprendizagem e conhecimento.1974, p.52

de um significante). No estágio sensório-motor o campo da inteligência aplica-se a situações e ações concretas.

2 - Estágio pré-operatório - (de 2 a 6 anos) - Reprodução de imagens mentais, uso do pensamento intuitivo, linguagem comunicativa e egocêntrica, atividade simbólica pré-conceitual, pensamento incapaz de desconcentração.

3 - Estágio operatório concreto - (de 7 a 11 anos) - Capacidade de classificação, agrupamento, reversibilidade, linguagem socializada; atividades realizadas concretamente sem maior capacidade de abstração;

4 - Estágios das operações formais (11/12 anos em diante) - Transição para o modo adulto de pensar, capacidade de pensar sobre hipóteses e idéias abstratas, linguagem como suporte do pensamento conceitual.

Não podemos confundir aprendizagem com desenvolvimento intelectual. Piaget assinala, no processo da formação de conhecimentos, sete elementos, dos quais somente um é considerado aprendizagem, *stricto sensu*. Assim, só falaríamos de aprendizagem na medida em que um resultado do conhecimento ou da atuação é adquirido em função da experiência, essa experiência podendo, aliás, ser do tipo físico ou do tipo lógico-matemático ou dos dois.

Pode-se dizer que aprender é criar esquemas de assimilação, ou seja, aprender é criar interesses internos que nos possibilite assimilar algo diferenciadamente das assimilações anteriores, estando aí uma condição necessária, para seja possível esta assimilação.

Aprendizagem e desenvolvimento intelectual estão estreitamente relacionados com o desenvolvimento neurológico e esta analogia resulta em um processo de construção que ocorre a partir de um intercâmbio entre o corpo e cérebro do sujeito e o ambiente que o cerca. Esta forma de construção do conhecimento derruba as teorias de aprendizagem empiristas, que se apóiam na tese de que as estruturas do conhecimento são impostas pelos meio físico ou social.

De certa forma ao abordar a problemática do conhecer o conhecer, o fez não a partir da perspectiva do operar biológico completo do ser vivo. Da mesma forma podemos também fazê-lo para a aprendizagem humana. Sob esta perspectiva será possível, certamente, a construção de uma teoria da aprendizagem humana.

O processo de desenvolvimento corporal, neurológico e orgânico, é o que denominamos de maturação, pois demonstra o potencial do organismo, independente de estimulação ou de treinamento. Caracteriza-se por mudanças

estruturais influenciadas pela hereditariedade, que ocorrem em dado momento, envolvendo a coordenação de variadas partes do sistema nervoso.

Para os profissionais de ensino, é de suma importância perceber a maturação nesse processo ensino-aprendizagem, pois caso a criança não se encontre madura para aprender será ineficaz a tentativa de ensinar. Por exemplo: ensinar uma criança a andar aos cinco meses, ou ler e escrever precocemente.

Conforme Gesell afirma, a aprendizagem nunca pode transcender a maturação. "Isto é, para que a aprendizagem se processe, é necessário que o organismo esteja suficientemente maduro para recebê-la".

O resultado da estimulação do ambiente sobre o indivíduo já maturo, que se expressa, diante de uma situação problema, sob a forma de mudança de comportamento em função da experiência.

Não podemos restringir esse conceito somente aos fenômenos que ocorrem na escola, como resultado do ensino. Entretanto, o termo tem um sentido muito mais amplo: abrange os hábitos que formamos, os aspectos de nossa vida afetiva e a assimilação de valores culturais. Enfim, a aprendizagem se refere a aspectos funcionais e resulta de toda estimulação ambiental recebida pelo indivíduo no decorrer da vida.

Para que a aprendizagem provoque uma efetiva mudança de comportamento e amplie cada vez mais o potencial do educando, se faz necessário que ele perceba a relação entre o que está aprendendo e a sua vida. O aluno precisa ser capaz de reconhecer as situações em que aplicará o novo conhecimento ou habilidade. Tanto quanto possível àquilo que é aprendido precisa ser significativo para ele.

Para FREIRE⁹; a escola não deve apenas transmitir conhecimentos, mas também preocupa-se com a formação global dos alunos, numa visão onde o conhecer e o intervir no real se encontrem. Mas, para isso, é preciso saber trabalhar com as diferenças, isto é, é preciso reconhecê-las, não camuflá-las, e aceitar que para me conhecer, preciso conhecer o outro.

⁹ É um dos grandes pedagogos da atualidade. Suas idéias e práticas foram objeto de críticas, contribuiu para a educação popular, em 1962 em Angicos, no RN, onde 300 trabalhadores rurais se alfabetizaram em 45 dias. Participou ativamente do MCP do Recife. Após o golpe militar exilou-se 14 anos no Chile e posteriormente vive como cidadão do mundo. Com sua participação, o Chile, recebe uma distinção da UNESCO, por ser um dos países que mais contribuíram à época, para a superação do analfabetismo. Em 70, junto a outros brasileiros exilados, em Genebra, Suíça, cria o IDAC que assessora diversos movimentos populares. Ao retornar do exílio, continua a escrever e a debater, assume cargos em universidades, inclusive o cargo de Secretário Municipal de Educação da Prefeitura de São Paulo, Obras mais relevantes: Educação como Prática de Liberdade, Pedagogia do Oprimido, Cartas à Guiné Bissau, Vivendo e Aprendendo, A importância do ato de ler.

O que ele que dizer, é que a escola ou espaços metodológicos deve permitir e transformar as contribuições étnico-culturais em conteúdos educativos, portanto, fazer parte da proposta educativa global de cada escola. Evidentemente, que para isso, se faz necessário que cada docente, de quaisquer disciplina, necessita adquirir conhecimentos antropológicos e culturais mínimos e treinar para perceber as diferenças étnico-culturais, portanto, precisa reeducar o seu olhar para a diversidade cultural; precisa descobrir elementos culturais externos que revitalizem a sua própria cultura. Mas isso não é mais problemático hoje. Basta abrir os olhos para a realidade, escutar, ouvir.

Sabemos que a escola não é um espaço uniforme, é sim, uma aglomeração de grupos, onde se estabelecem diariamente na vida escolar e de maneira diferenciada, os educadores e educados, no espaço-tempo particularizado de cada sala de aula, ou melhor, de uma turma de alunos e de uma equipe de professores em tarefa comum definida por determinado estágio das aprendizagens sistematizadas.

Na mediação da docência em sala de aula é que se efetivam as aprendizagens formais e sistemáticas. Pode-se dizer que, cada sala de aula é lugar social e a questão fundamental da sala de aula é, assim, a de se explicitarem as bases conceituais em que se assenta o ensino-aprendizagem. A diversidade de níveis e ritmos de aprendizagem é a dificuldade central, pois diante desse processo de ensino nem todos os alunos evoluem na mesma cadência e nem da mesma forma.

Em educação, a diversidade pode estimular-nos à busca de um pluralismo universalista que contemple as variações da cultura, o que requer mudanças importantes de mentalidade e de fortalecimento de atitudes de respeito entre todos e com todos.

A organização cultural do homem, ser limitado e finito, o leva a interagir, com a dimensão psíquica, a dimensão social e a dimensão de sujeito singularizado.

O objetivo de um processo de ensino não é que todos os alunos de uma classe aprendam o mesmo, mas que todos aprendam algo que seja importante e significativo, tanto do ponto de vista da ciência quanto da formação humana.

Para Paloma GAVILAN; muita das dificuldades para os professores é dispor de materiais didáticos preparados para esse fim, segunda ela diz que: “Ensinar para aprender não é fazer com que conheçam aquilo que um especialista sabe e sim proporcionar a ajuda adequada e no momento específico para facilitar que o

estudante vá construindo seu próprio conhecimento, isto é, para que reconheça seus acertos e seus erros, supere suas dificuldades, encontre caminhos para avançar nos momentos de bloqueio, etc”.

1.3 – Fatores Fundamentais do Aprendizado

Como saber se houve ou não aprendizagem é preciso que as transformações ocorridas sejam relativamente duráveis. É comum, a pessoa restringir o conceito de aprendizagem somente aos fenômenos que ocorrem na escola. O termo tem um sentido mais amplo abrange os hábitos que formamos, enfim os aspectos de nossa vida e a assimilação de valores culturais.

Existem pelo menos sete fatores fundamentais para que a aprendizagem se efetive, segundo Ruth DROUET¹⁰, são eles:

- Saúde física e Saúde mental;
- Motivação;
- Prévio domínio;
- Maturação;
- Inteligência;
- Concentração ou atenção; e
- Memória.

A falta de um desses fatores pode ser a causa de insucessos e das dificuldades de aprendizagem que irão surgindo.

Partindo desses pressupostos, podemos entender que as crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam desvios de comportamento diferente às expectativas de seu grupo etário, ou seja, quando ela não está ajustada aos padrões da maioria desse grupo, poderá manifestar comportamento inadequado e diferente das demais.

Salientamos algumas das principais causas das dificuldades de aprendizagem, como: causas físicas, sensoriais, neurológicas, intelectuais ou cognitivas, sócio-econômicos e emocionais, sendo esta última uma das principais causas que podem dificultar a aprendizagem. Como resultado, as crianças com dificuldades de aprendizagem têm muitas vezes baixos níveis de auto-estima e de

¹⁰ DROUET, Ruth C. da Rocha. Distúrbios de aprendizagem, 1995.

autoconfiança, o que pode conduzir à falta de motivação, afastamento, crises de ansiedades e estresse e até mesmo, depressão.

Muitas vezes essas crianças com dificuldades de aprendizagem, acabam sendo rotuladas dentro do contexto escolar. A partir dessas hipóteses: podemos definir que uma criança é dita com dificuldades de aprendizagem, quando desvia das expectativas de atuação do seu grupo etário, ou seja, quando há um desajuste ao modelo da maioria desse grupo, e, portanto seu comportamento é diferente dos demais.

Fato este inconcebível na sociedade contemporânea, as aprendizagens de que todos os cidadãos necessitam para a vida com autonomia e dignidade passa a exigir peculiares formas de sistematização e organicidade que só se podem cumprir num sistema formal de educação proposital, isto é, articulado num consenso político de que participem a família, o Estado e outras instâncias da sociedade civil.

As mudanças atuais do sistema educacional apresentam-nos os desafios de considerar a diversidade como fonte de riqueza. Sabe-se que este estudo introdutório será a mola propulsora para instigar a curiosidade epistemológica sobre o tema abordado. O desafio teórico está lançado, ele não é fácil, mas exigirá uma grande capacidade criativa e reflexiva na busca constante e incessante da superação e compreensão do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

CAPÍTULO 2 - TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE - TDAH

“Se você olhar para a lista de características do TDAH e a lista das características de superdotação, verá que são virtualmente as mesmas características”. (Stephanie Tolan)

2.1 – Definições do TDAH

Desde sua descoberta, ao final do século XIX, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade vêm recebendo muitos nomes à medida que as pesquisas avançam para a multidisciplinariedade na área das ciências da saúde e da educação. Não há uma definição de consenso ainda. Cada área a define como lhe convém.

A hiperatividade, na visão da área médica é denominada como uma desordem do déficit de atenção, podendo afetar crianças, adolescentes e até mesmo alguns adultos. Pode afetar a linguagem, a memória e as habilidades motoras, em diferentes graus que variam de leve à grave. Muitas vezes a criança hiperativa tem uma inteligência normal ou acima da média, contudo esse transtorno caracteriza-se por problemas de aprendizado e comportamento. A criança hiperativa demonstra falta de atenção, impulsividade, instabilidade emocional e hiperatividade incontrolável. Conforme RAZERA¹¹:

Segundo a psiquiatria, o TDAH infantil é uma disfunção dimensional e não categorial. Em suma, é normal ser desatento, impulsivo, desorganizado e hiperativo. Esta é a razão pelas quais muitas pessoas pensam ser hiperativas. A hiperatividade, sobretudo a infantil, é um comportamento normal, e que, muitas vezes, significa saúde. É normal em circunstâncias estressantes. Principalmente em momentos de crise familiar, desemprego, doenças, mudanças de residência, divórcio, morte. Da mesma forma, aparece em pessoas com traços de comportamento anormal, como em decorrência do uso freqüente de drogas ilícitas, por exemplo.

A grande dificuldade se dá quando a freqüência aumenta comparada com pessoas da mesma faixa etária, destoando do grupo familiar, escolar e ou

¹¹ RAZERA, G. Hiperatividade Eficaz: uma escolha consciente. 2001, p. 32.

profissional. Nos hiperativos, esses traços ocorrem com maior intensidade, danificando a sua vida pessoal e das pessoas que o cercam.

Para BARKLEY¹² define-se o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, como um transtorno de desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controle dos impulsos e com o nível de atividade.

Segundo HALLOWELL (1999), Distúrbio de Déficit de Atenção - TDA é uma síndrome neurológica, com a clássica tríade de sintomas que a define inclui impulsividade falta de concentração e hiperatividade e excesso de energia.

Na área de educação em 1947, Strauss e Lehtinen deram o nome de Disfunção Cerebral Mínima/DCM.

Sabe-se que esse transtorno, geralmente, se integra a dificuldades na escola e no relacionamento com as demais crianças, pais e professores. Os portadores não conseguem atingir as várias metas ou vários projetos que delineiam e são rotulados como: avoados, vive no mundo da lua, estabonado e está com bicho carpinteiro.

A criança portadora de TDAH nos demonstra com mais exatidão as peculiaridades desse transtorno em fase escolar, e sendo assim, a concepção do fenômeno TDAH, é respeitável para preparar o educador para trabalhar melhor com seus educandos e ser capaz de distinguir a hiperatividade de uma conduta indisciplinada.

Confirmamos, através da literatura analisada que pessoas com TDAH sofrem boa parte de sua história vivencial classificadas como sendo incapazes, refletindo esse rótulo com auto-estima rebaixada deparando com dificuldades de relacionamento interpessoal e social. Acreditamos que, os profissionais da educação, muitas vezes, confundem o TDAH com indisciplina, má vontade, preguiça, má fé.

É considerado também como um distúrbio bio-psico-social, ou seja, parece haver fortes fatores genéticos, biológicos, sociais e vivenciais, que contribuem para a intensificação desse problema.

A quantidade e o ritmo de movimentos acima do normal, também causa dificuldades. A movimentação da criança é tanta que ela precisa ser vigiada o tempo todo, pois corre riscos de se envolver em situações perigosas. A criança hiperativa tem mais energia e menos necessidade de sono e repouso. Geralmente os hiperativos, quando bebês, se mexem muito durante o sono, são estabonados

quando começam a andar, podem apresentar um retardo na fala e trocam as letras por um tempo maior que o normal, porém apenas esses sintomas não são suficientes para a definição do quadro de hiperatividade.

Mas nem tudo deve ser visto de forma negativa nesse transtorno, pois na História da humanidade, tem-se várias personalidades com perfil e traços de hiperatividade na infância; por exemplo: Albert Einstein – Físico Nuclear, Galileu Galilei - Físico, Matemático e astrônomo Italiano, Newton – Inventor da Lâmpada, Pasteur - Física e Química criador da vacina anti-rábica, Leonardo Da Vinci – Pintor Renascentista; John, John Jr e Robert Kennedy (Políticos e Chefe de Estado), Nostradamus – Filósofo, Benjamin Franklin - Político, Stevie Wonder – Compositor, Cantor e Instrumentista, Whoppi Goldeberg – Atriz de Expressão em Hollywood, Agatha Christie – Escritora, Al Capone (Criminoso e Contraventor), entre outros.

“No Brasil, Heitor Vila-Lobos, compositor musical, apresentava sintomas de TDAH, segundo os critérios atuais. O habilidoso musicista de expressão internacional destacou-se pelo o atrevimento em vincular a música erudita com a popular, tornando-o inédito em seu círculo. Segundo sua biografia, não chegou a terminar nenhum dos vários cursos de música que iniciou. Tinha temperamento forte, que o tornava irreverente por ousar às inflexíveis regras sociais”.¹³

Se no desenvolvimento da ação pedagógica o educador atuar de forma adequada e com maturidade, deve estar atento aos sintomas do TDAH, e se nesse processo se autoperceber com dificuldades de diagnosticar a criança, deverá ao menos ter a responsabilidade ética para encaminhar o aluno para um profissional competente nessa área, que pode ser médico neurologista, psicopedago, psicólogo e ou para outro colega educador que seja especialista em Inclusão Educacional.

2.2 – Possíveis Causas do TDAH

A maior parte dos pais, mais especificamente a mãe, nota pela primeira vez o exagero de agilidade motora quando a criança ainda encontra-se na fase de engatinhar, repetidas vezes acontece paralelamente com o desenvolvimento da locomoção independente. Todavia, uma vez que muitos bebês hiperativos não

¹² BARKLEY, Russell. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, 2002.

desenvolvem o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, deve-se ter cuidado ao diagnosticá-los precocemente.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade deve ser distinguido do problema comportamental em crianças proveniente de ambientes impróprios, desordenados ou caóticos. As diversas informações e observações de babás, avós ou pais de companheiros de brincadeiras, são de grande utilidade acerca do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, bem como a capacidade de auto-regulação ajustada à condição de desenvolvimento da criança em múltiplas situações.

Comumente, o TDAH é diagnosticado inicialmente durante as primeiras séries, porque a adaptação à escola está comprometida. Na pluralidade dos fatos ressaltados por argumentação médica, o transtorno é relativamente estável durante o início da adolescência. Na maior parte, os sintomas minimizam-se durante o final da adolescência e idade adulta, ainda que a minoria desses portadores de TDAH experiencie o conjunto sintomático completo do TDAH até os anos intermediários da fase adulta. Outros portadores desse transtorno, por sua vez, podem reter um determinado ou conjunto de sintomas, justapondo-se nestas ocorrências numa análise diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Os sintomas de desatenção são mais comuns entre crianças com baixo rendimento intelectual e colocada em contextos escolar em desacordo com sua capacidade intelectual. Pode também ocorrer o contrário, quando crianças com alto rendimento intelectual são colocadas em ambientes escolares com pouca estimulação.

Para desencadear a síndrome é necessária a ocorrência de vários fatores sincronizados, por isso é multifatorial, dificilmente o TDAH se desenvolverá por um fator isolado. "Para tanto, é preciso ocorrer mais de um acidente durante a fase de gestação até os seis anos de idade, período da lateralização cerebral. Os pesquisadores alegam que o cérebro se desenvolve dos sete meses de gestação até os 16 anos de idade"¹⁴.

Os sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade, podem ter relação direta com o uso de medicamentos, como broncodilatadores, isoniazida, acatisia por neurolépticos, em crianças com menos de sete anos de idade e não são diagnosticados como TDAH.

¹³ RAZERA, Op. Cit. 2001.

¹⁴ RAZERA, Op. Cit, p. 43.

Há três grupos de possíveis causas, segundo Graça RAZERA, em seu livro Hiperatividade Eficaz, essa autora cita¹⁵, conforme segue abaixo:

“Genética: Quando há casos de hiperatividade infantil na família por parte de pais, alcoolismo parental, depressão, parentes próximos com temperamento semelhante como: tio, primos, avós, etc. **Gestação:** Devido a traumas ou acidentes durante a gestação, dos sete meses de gravidez (fase de crescimento maior do sistema nervoso central) até dois anos de idade (período crítico, em que há um rápido desenvolvimento cerebral). Estes acidentes podem incluir: tabagismo ativo e passivo, desnutrição, medicação, estresse emocional, tombo ou queda da mãe, sustos, tensões, risco de eclampsia, mães com hipertensão arterial, gestação prematura, gravidez de risco, parto difícil, primogenia (primeira gestação). **Ambas:** Tanto predisposição genética bem como traumas pré-natais (período da gestação, sofrimento fetal) e ou acidentes logo após a gestação”.

No entanto, a maior suspeita dos pesquisadores no assunto é a herança genética. Segundo as pesquisas, a hiperatividade infantil não tem evidências anatômicas ou físicas para ser caracterizada como um mal cerebral. Suspeita-se que a comunicação interneuronal, feita por substâncias químicas cerebrais, os neurotransmissores, sofram alguma falha na produção, captação e emissão de neuro-informações.

Por isso o TDAH infantil é considerado uma lesão, mas apenas uma disfunção na produção ou ação de neurotransmissores responsáveis pela atenção.

O comportamento hiperativo pode estar relacionado a uma perda da visão ou audição, a um problema de comunicação, como a incapacidade de processar adequadamente os símbolos e idéias que surgem, estresse emocional, convulsões ou distúrbios do sono. Também pode estar relacionado à paralisia cerebral, intoxicação por chumbo, abuso de álcool ou drogas na gravidez, reação a certos medicamentos ou alimentos e complicações de parto, como privação de oxigênio. Esses problemas devem ser descartados como causa do comportamento antes de tratar a hiperatividade da criança.

Outras causas que não podemos deixar de falar, segundo a Jornalista Especialista em Assuntos Médicos; que crianças com vermes têm comportamento de crianças com TDAH, ou seja: agitação, ansiedade, hiperatividade, dificuldade de concentração e preguiça.

2.3 - Áreas Cerebrais no TDAH.

¹⁵ Id. Bid, p.44

As áreas do cérebro mais afetadas, segundo hipóteses científicas, são os lobos frontais. Essa região é situada na parte da frente do cérebro, logo atrás da testa.

É uma das regiões mais desenvolvidas em seres humanos comparativamente com outras espécies e parece ser a responsável pela inibição do comportamento, pelo auto-controle, auto-organização, planejamento para o futuro, crítica, censura, atenção e concentração.

Conforme os dois estudiosos e especialistas em Déficit de Atenção e hiperatividade os médicos RHODE e BENZIK¹⁶:

“a) Pessoas que tiveram traumatismos, tumores ou doenças nessa região e passaram a apresentar sintomas de hiperatividade, impulsividade e redução do tempo de atenção sustentada”;

b) Animais nos quais se produz uma lesão na região frontal do cérebro, fazendo com que eles passem a apresentar a sintomatologia características do TDAH;

c) Pessoas com e sem TDAH em que se avalia a função cerebral por meio de exames modernos de neuroimagem e de testes neuropsicológicos que sugerem consistentemente um funcionamento deficitário da região orbital frontal nos indivíduos com o TDAH”.

É importante frisar, entretanto, que o cérebro deve sempre ser visto como um órgão em que as partes apresentam alto grau de interligação. Assim, outras áreas que possuem conexão com a região frontal podem não estar funcionando adequadamente, levando os sintomas de TDAH. Nesse sentido, alteração em área chamada córtex parietal posterior, bastante relacionada com a atenção, têm sido encontradas em indivíduos com TDAH. Mesmo alterações nas conexões da região frontal com outras áreas do cérebro, como as conexões que passam por uma estrutura conhecida como núcleo caudato até chegarem a uma região mais profunda conhecida como sistema límbico, podem estar associadas ao TDAH. Fica claro, portanto, que muito provavelmente as alterações responsáveis pelo transtorno possam ocorrer em diversos pontos interligados do cérebro.

Segundo BARKLEY¹⁷, a grande maioria das pesquisas tem demonstrado que existem alterações no funcionamento de algumas substâncias encontradas nessas áreas e são chamadas de neurotransmissores. Os neurotransmissores têm a finalidade de “passar informações” entre um neurônio e outro, permitindo a interligação entre as diversas partes cerebrais.

¹⁶ RHODE e BENZIK, Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. 1999, p.55/56.

¹⁷ BARKLEY, Op. Cit, 2002, p.85

“Em resumo, as descobertas científicas atuais de diversas linhas de pesquisas indicam claramente que a área anterior do cérebro, conhecida como região fronto-orbital, e suas diversas conexões através de feixes de fibras nervosas para a estrutura denominada núcleo caudado, que se conecta com a porção mais distante na parte de trás do cérebro chamado sistema límbico, pode ser responsável pelo desenvolvimento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. (...) Essas áreas são as mais ricas em dopamina o que pode significar que ela não está sendo produzida suficientemente nessas áreas nos portadores de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.”¹⁸

Os neurotransmissores que parecem estar deficitários, em quantidade ou funcionamento, em crianças com TDAH são basicamente a Dopamina e a noroadrenalina. Por esse motivo, as medicações como o metilfenidato, mais conhecido como Ritalina, bastante eficazes na diminuição dos sintomas de pessoas com o TDAH, aumentam claramente a quantidade da dopamina e da noroadrenalina. Entretanto, pela grande interligação das áreas cerebrais e de seus diversos neurotransmissores, é pouco provável que a redução de uma ou duas substâncias cerebrais possa explicar todos os sintomas do TDAH.

¹⁸ Id bid., 2002, 84.

CAPÍTULO 3 – OS SINTOMAS E O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL – CID 10¹⁹

“Triste época! É mais fácil desintegrar um átomo que um preconceito. (Albert Einstein)”.

3.1 - Quadro Sintomatológico.

I - Alteração de atenção: Uma criança com Transtorno de Déficit de Atenção pode ou não apresentar hiperatividade física, mas jamais deixará de apresentar forte tendência à dispersão. “Pelo que foi visto, o uso do termo déficit de atenção pode levar a um entendimento incorreto da capacidade atenta de um Transtorno de Déficit de Atenção, e por isso mesmo, preferimos usar o termo Instabilidade de atenção”.²⁰ (ANA BEATRIZ, 2003).

II - Impulsividade: A mente com Transtorno de Déficit de Atenção, funciona como um receptor de alta sensibilidade, que reage rapidamente emitindo respostas, são os casos clássicos daquelas pessoas que dizem o que lhes vem à cabeça.

III - Hiperatividade: É caracterizada como um quadro de hiperatividade física e ou mental, com excesso de energia, ou seja, hiper-reatividade ou desinibição motora.

“Hoje, a maioria dos profissionais clínicos acreditam que o DDA consiste de três problemas primários na capacidade do indivíduo controlar seu comportamento: dificuldades em manter a atenção, controle ou inibição dos impulsos e da atividade excessiva. Outros profissionais reconhecem que aqueles com DDS possuem dois problemas adicionais: dificuldades para seguir regras ou instruções e variabilidade extrema em suas respostas a diferentes situações”²¹.

¹⁹ Código Internacional de Doenças, os códigos numéricos de cada categoria diagnóstica correspondem aos códigos da CID-10.

²⁰ Psiquiatra Ana Beatriz Silva, optou por denominar de DDA essa síndrome neurológica, pois recentemente, em um número da “ATTENTION”, revista norte americana do CHADD, uma associação de DDAs e simpatizantes, foi sugerido que se utilizasse a sigla DDA ou DAHI (distúrbio de atenção e hiperatividade).

²¹ BARKLEY, id bid, p.50

3.2 – Diagnóstico.

Os transtornos da aprendizagem são diagnosticados quando os resultados do indivíduo em testes padronizados e individualmente administrados na leitura, matemática ou expressão escrita estão substancialmente abaixo do esperado para sua idade, escolarização e nível de inteligência.

GOLDSTEIN, afirma que o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção pede uma avaliação ampla. Não se pode deixar de considerar e avaliar outras causas para o problema, assim, é preciso estar atentos à presença de distúrbios concomitantes (co-morbidades). O aspecto mais importante do processo de diagnóstico é um cuidadoso histórico clínico e de desenvolvimento. A avaliação do Transtorno de Déficit de Atenção inclui, freqüentemente, um levantamento do funcionamento intelectual, acadêmico, social e emocional.

“A investigação diagnóstica envolve a leitura de um processo complexo, onde todas as ambigüidades de atribuições de sentido a uma série de manifestações conscientes e inconscientes as fazem presentes. Interrogam aí o pessoal, o familiar atual e passado, o sociocultural, o educacional, a aprendizagem sistemática, nos leva então a uma linguagem de tratamento e prevenção, articulando-se com a construção de um saber prático-teórico.”²²

3.3 – Incidência do TDAH na População Geral

GOLDSTEIN²³, em 2003 afirma que Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH é um distúrbio bio-psico-social, isto é, parece haver fortes fatores genéticos, biológicos, sociais e vivenciais que contribuem para a intensidade dos problemas experimentados.

Foi comprovado que o TDAH atinge 3% a 5% da população durante toda a vida. Diagnóstico precoce e tratamento adequado podem reduzir drasticamente os conflitos familiares, escolares, comportamentais e psicológicos vividos por essas pessoas. Acredita-se que, através de diagnóstico e tratamento corretos, um grande número dos problemas, como repetência escolar e abandono dos estudos,

²² BOSSA, Nádia A. Fundamentos da Psicologia: a psicopedagogia no Brasil contribuições à partir da prática. 2ª Ed. Porto Alegre:Artes Médicas doSul, 2000, p.17-23.

²³ GOLDSTEIN, Sam e Michel, Hiperatividade:como desenvolvimento de atenção da Criança, 2003.

depressão, distúrbios de comportamento, problemas vocacionais e de relacionamento, bem como abuso de drogas, pode ser adequadamente tratado ou, até mesmo, evitado.

Os critérios diagnósticos mencionados no CID-10 e no DSM-IV são muito semelhantes. Uma diferença é que o CID-10 exige sempre a presença de sinais de todas as três áreas do transtorno, ao passo que o DSM-IV admite a possibilidade de diagnóstico quando existem apenas sinais de desatenção, sem a presença dos sinais de hiperatividade e impulsividade, ou vice-versa. Considerando que o maior número de pesquisas nesse campo tem sido realizado por autores americanos utilizando o DSM-IV, fora de nossa realidade.

3.4 - Critérios²⁴ Diagnósticos conforme o DSM IV²⁵.

- CRITÉRIO A

A característica essencial do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais freqüente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento.

- Critério A1a - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade pode manifestar-se em situações escolares, profissionais ou sociais. Os indivíduos com este transtorno podem não prestar muita atenção a detalhes ou podem cometer erros por falta de cuidados nos trabalhos escolares ou outras tarefas.

- Critério A1b - O trabalho freqüentemente é confuso e realizado sem meticulosidade nem consideração adequada. Os indivíduos com freqüência têm dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas e consideram difícil persistir em tarefas até seu término.

- Critério A1c - Eles freqüentemente dão a impressão de estarem com a mente em outro local, ou de não escutarem o que recém foi dito.

²⁴ Palavra de origem grega. *kritérion*, com as seguintes definições: que serve para julgar, s. m., conjunto de caracteres, pelos quais a verdade se distingue do erro; discernimento crítico; raciocínio; juízo; modo de apreciar coisas e pessoas.

²⁵ Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Norte-Americana de Psiquiatria, atualmente em sua quarta revisão a sigla DSM-IV, está em inglês "Diagnostic and Statistical Manual of Mental".

- Critério A1d - Pode haver freqüentes mudanças de uma tarefa inacabada para outra. Os indivíduos diagnosticados com este transtorno podem iniciar uma tarefa, passar para outra, depois voltar a atenção para outra coisa antes de completarem qualquer uma de suas incumbências. Eles freqüentemente não atendem a solicitações ou instruções e não conseguem completar o trabalho escolar, tarefas domésticas ou outros deveres.

- Critério A1e - O fracasso para completar tarefas deve ser considerado, ao fazer o diagnóstico, apenas se ele for devido à desatenção, ao invés de outras possíveis razões (por ex., um fracasso para compreender instruções). Esses indivíduos com freqüência têm dificuldade para organizar tarefas e atividades.

- Critério A1f - As tarefas que exigem um esforço mental constante são vivenciadas como desagradáveis e acentuadamente aversivas. Por conseguinte, esses indivíduos em geral evitam ou têm forte antipatia por atividades que exigem dedicação ou esforço mental prolongados ou que exigem organização ou concentração (por ex., trabalhos escolares ou burocráticos).

- Critério A1g - Esta evitação deve ocorrer por dificuldades da pessoa com a atenção, e não devido a uma atitude oposicional primária, embora uma oposição secundária possa também ocorrer. Os hábitos de trabalho freqüentemente são desorganizados e os materiais necessários para a realização da tarefa com freqüência são espalhados, perdidos ou manuseados com descuido e danificados.

- Critério A1h - Os indivíduos com este transtorno são facilmente distraídos por estímulos irrelevantes e habitualmente interrompem tarefas em andamento para dar atenção a ruídos ou eventos triviais que em geral são facilmente ignorados por outros (por ex., a buzina de um automóvel, uma conversa ao fundo).

- Critério A1i - Eles freqüentemente se esquecem de coisas nas atividades diárias (por ex., faltar a compromissos marcados, esquecer de levar o lanche para o trabalho ou a escola). Nas situações sociais, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade pode manifestar-se por freqüentes mudanças de assunto, falta de atenção ao que os outros dizem, distração durante as conversas e falta de atenção a detalhes ou regras em jogos ou atividades.

- Critério A2a - A hiperatividade pode manifestar-se por inquietação ou remexer-se na cadeira, por não permanecer sentado quando deveria.

- Critério A2b - Por correr ou subir excessivamente em coisas quando isto é inapropriado.

- Critério A2c - Por dificuldade em brincar ou ficar em silêncio em atividades de lazer.

- Critério A2d - Por freqüentemente parecer estar "a todo vapor" ou "cheio de gás".

- Critério A2e - Por falar em excesso

- Critério A2f - A hiperatividade pode variar de acordo com a idade e nível de desenvolvimento do indivíduo, devendo o diagnóstico ser feito com cautela em crianças pequenas.

Os bebês e pré-escolares com este transtorno diferem de crianças ativas, por estarem constantemente inquietos e envolvidos com tudo à sua volta; eles andam para lá e para cá, movem-se "mais rápido que a sombra", sobem ou escalam móveis, correm pela casa e têm dificuldades em participar de atividades sedentárias em grupo durante a pré-escola (por ex., para escutar uma estória).

As crianças em idade pré-escolar e das classes fundamentais exibem comportamentos similares, mas em geral com menor freqüência ou intensidade do que bebês e pré-escolares. Elas têm dificuldades para permanecer sentadas, levantam-se com freqüência e se remexem ou senta-se na beira da cadeira, como que prontas para se levantarem.

Elas manuseiam objetos inquietamente, batem com as mãos e balançam pernas e braços excessivamente. Com freqüência se levantam da mesa durante as refeições, enquanto assistem televisão ou enquanto fazem os deveres de casa; falam em excesso e podem fazer ruídos demasiados durante atividades tranqüilas.

Em adolescentes e adultos, os sintomas de hiperatividade assumem a forma de sensações de inquietação e dificuldade para envolver-se em atividades tranqüilas e sedentárias.

- Critério A2g - A impulsividade manifesta-se como impaciência, dificuldade para protelar respostas, responder precipitadamente, antes de as perguntas terem sido completadas.

- Critério A2h - Dificuldade para aguardar sua vez.

- Critério A2i - Interrupção freqüente ou intrusão nos assuntos de outros, a ponto de causar dificuldades em contextos sociais, escolares ou profissionais. Outros podem queixar-se de dificuldade para se expressar adequadamente.

Os indivíduos com este transtorno tipicamente fazem comentários inoportunos, interrompem demais os outros, mete-se em assuntos alheios, agarram objetos de outros, pegam coisas que não deveriam tocar e fazem palhaçadas.

A impulsividade pode levar a acidentes (por ex., derrubar objetos, colidir com pessoas, segurar inadvertidamente uma panela quente) e ao envolvimento em atividades potencialmente perigosas, sem consideração quanto às possíveis conseqüências (por ex., andar de skate em um terreno extremamente irregular).

- CRITÉRIO B

Alguns sintomas hiperativo-impulsivos que causam prejuízo devem ter estado presentes antes dos sete anos, mas muitos indivíduos são diagnosticados depois, após a presença dos sintomas por alguns anos.

- CRITÉRIO C

Algun prejuízo devido aos sintomas deve estar presente em pelo menos dois contextos (por ex., em casa e na escola ou trabalho).

- CRITÉRIO D

Deve haver claras evidências de interferência no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional apropriado em termos evolutivos.

- CRITÉRIO E

A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não é mais bem explicada por um outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno da Personalidade)

As manifestações comportamentais geralmente aparecem em múltiplos contextos, incluindo a própria casa, a escola, o trabalho ou situações sociais.

Para fazer o diagnóstico, algum prejuízo deve estar presente em pelo menos dois contextos (Critério C).

É raro um indivíduo apresentar o mesmo nível de disfunção em todos os contextos ou dentro do mesmo contexto em todos os momentos.

Os sintomas tipicamente pioram em situações que exigem atenção ou esforço mental constante ou que não possuem um apelo ou novidade intrínseca (por ex., escutar professores, realizar deveres escolares, escutar ou ler materiais extensos ou trabalhar em tarefas monótonas e repetitivas).

Os sinais do transtorno podem ser mínimos ou estar ausentes quando o indivíduo se encontra sob um controle rígido, está em um contexto novo, está envolvido em atividades especialmente interessantes, em uma situação a dois (por

ex., no consultório do médico) ou enquanto recebe recompensas freqüentes por um comportamento apropriado.

Os sintomas são mais prováveis em situações de grupo (por ex., no pátio da escola, sala de aula ou ambiente de trabalho). O psicopedago deve indagar, portanto, acerca do comportamento do indivíduo em uma variedade de situações, dentro de cada contexto.

3.5 – Sub-tipos do TDAH.

Embora a maioria dos indivíduos apresente sintomas tanto de desatenção quanto de hiperatividade e impulsividade, existem alguns indivíduos nos quais há predominância de um ou outro padrão. O sub-tipo apropriado (para um diagnóstico atual) deve ser indicado com base no padrão predominante de sintomas nos últimos seis meses.

- Tipo Combinado: Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção e seis (ou mais) sintomas de hiperatividade e impulsividade persistem há pelo menos seis meses. A maioria das crianças e adolescentes com o transtorno tem o Tipo Combinado. Não se sabe se o mesmo vale para adultos com o transtorno.

- Tipo Predominantemente Desatento: Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção (mas menos de seis sintomas de hiperatividade e impulsividade) persistem há pelo menos seis meses.

- Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de hiperatividade e impulsividade (mas menos de seis sintomas de desatenção) persistem há pelo menos seis meses. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade pode, com freqüência, ser um aspecto clínico significativo nesses casos.

CAPÍTULO 4 – O TDAH NA EDUCAÇÃO E NA APRENDIZAGEM.

“Na infância, o que se ouve ou o que se vê não sobe para o cérebro. Desce para o coração e aí fica escondido. (Humberto de Campos)”.

4.1 – A Características Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Os indivíduos com o Transtorno de Atenção, freqüentemente apresentam algumas características que influenciam e dificultam no processo de aprendizagem, tais como os relacionados abaixo²⁶:

- Falta de atenção a detalhes ou cometem erros por descuido na realização das tarefas escolares;

- Tem dificuldades para manter a atenção por um longo período em tarefas escolares ou em atividade lúdica, considerando difícil persistir nelas até seu término (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreensão);

- Parece não ouvir o que está sendo dito se alguém lhes dirige a palavra;

- Falha em seguir instrução ou não conclui as tarefas escolares;

- Tem hábitos de trabalho desorganizado na realização das tarefas escolares, ou seja, os materiais utilizados para a realização de tarefas são espalhados e ou danificados;

- Evitam ou relutam em participar de atividades que exijam esforço mental;

- Perdem coisas necessárias as atividades escolares;

- Distrai-se facilmente por estímulo irrelevantes para a realização de uma tarefa, mudam de assunto freqüentemente ou distraem-se durante as conversas externas e com freqüência esquece de coisas no curso diário;

As características associadas ao Déficit de Atenção e hiperatividade variam, dependendo da idade e do estágio evolutivo e podem incluir baixa tolerância à frustração, acessos de raiva, comportamento "mandão", teimosia, insistência excessiva e freqüente para que suas solicitações sejam atendidas, instabilidade do humor, desmoralização, disforia, rejeição por seus pares e baixa auto-estima.

²⁶ DSM.IV, Déficit de Atenção e hiperatividade, site: acessado em 19 Jul 2005, às 13h 07 min, <http://www.psiqweb.med.br/dsm/deficit.html>.

As realizações acadêmicas em geral estão prejudicadas e insatisfatórias, tipicamente ocasionando conflitos com a família e autoridades escolares. A insuficiente dedicação às tarefas que exigem esforço constante freqüentemente é interpretada pelos outros como sinal de preguiça, um fraco senso de responsabilidade e comportamento de oposição. Os relacionamentos familiares com freqüência se caracterizam por ressentimento e hostilidade, especialmente porque a variabilidade no estado sintomático do indivíduo muitas vezes leva os pais a crerem que todo o comportamento perturbador é voluntário.

As crianças com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade podem atingir menor grau de escolarização e realizações vocacionais mais fracas do que seus pares.

O desenvolvimento intelectual, avaliado por testes individuais de Quociente de Inteligência - QI, parece ser um pouco inferior em crianças com este transtorno. Em sua forma severa, o transtorno causa grandes prejuízos, afetando o ajustamento social, familiar e escolar.

Uma parcela substancial das crianças encaminhadas a clínicas por Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade também tem Transtorno Desafiador de Oposição ou Transtorno da Conduta.

É possível que haja uma prevalência superior de Transtornos do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtornos da Aprendizagem e Transtornos da Comunicação em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

O transtorno não é infreqüente entre indivíduos com Transtorno de Tourette; quando os dois transtornos coexistem, o início do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade freqüentemente precede o início do Transtorno de Tourette.

Pode existir uma história de abuso ou negligência à criança, múltiplas colocações em lares adotivos, exposição a neurotoxinas (por ex., envenenamento por chumbo), infecções (por ex., encefalite) exposição a drogas in útero, baixo peso ao nascer e Retardo Mental.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade ocorre em várias culturas, sendo que as variações na prevalência relatada entre os países ocidentais provavelmente decorrem mais de diferentes práticas diagnósticas do que de diferenças na apresentação clínica.

É especialmente difícil estabelecer o diagnóstico em crianças com menos de quatro ou cinco anos, pelo fato de seu comportamento característico ser muito mais variável do que o de crianças mais velhas e incluir, possivelmente, aspectos

similares aos sintomas do transtorno. Além disso, em geral é difícil observar sintomas de desatenção em bebês e crianças pré-escolares, porque as crianças jovens tipicamente sofrem poucas exigências de atenção prolongada. Entretanto, mesmo a atenção de criança pequena pode ser mantida em uma variedade de situações (por ex., a criança típica de dois ou três anos de idade em geral consegue ficar sentada com um adulto, olhando livros de figuras).

Em comparação, crianças pequenas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade movem-se excessivamente, sendo em geral difícil contê-las. Indagar sobre uma ampla variedade de comportamentos em uma criança pequena pode ser útil para assegurar-se da obtenção de um quadro clínico completo. À medida que as crianças amadurecem, os sintomas geralmente se tornam menos conspícuos.

Em crianças em idade escolar pré-escolar, os sintomas de desatenção afetam o trabalho em sala de aula e o desempenho acadêmico. Os sintomas de impulsividade também podem levar ao rompimento de regras familiares, interpessoais e educacionais, especialmente na adolescência. Na idade adulta, a inquietação pode ocasionar dificuldades ao participar de atividades sedentárias e a evitação de passatempos ou ocupações que oferecem limitadas oportunidades para movimentos espontâneos (por ex., trabalhos burocráticos).

O transtorno é muito mais freqüente no sexo masculino, com as razões masculino-feminino sendo de 4/1 a 9/1, dependendo do contexto (isto é, população geral ou clínica).

CAPÍTULO 5 - INTERVENÇÃO PROFISSIONAL EM INCLUSÃO EDUCACIONAL

Lembre-se dos três R's: respeito por si mesmo, respeito pelos outros e responsabilidade para todas as suas ações. (Dalai Lama)

5.1 - Dificuldades Primária e Secundária

Existem alguns autores que dividem as dificuldades de aprendizagem em primária e secundária, de acordo com sua etiologia. As dificuldades *Primárias* seriam aquelas em que as causas não podem ser atribuídas a elementos psico-neurológico, bem estabelecidos ou esclarecidos. Esses casos englobam, principalmente, as chamadas disfunções cerebrais e dessas teríamos os Transtornos de leitura, da matemática e da expressão escrita, bem como os transtornos de linguagem falada, os quais englobam os Transtornos da linguagem Expressiva e os Transtornos Mistos da Linguagem receptivo-expressiva.

As dificuldades de aprendizagem consideradas *Secundárias* seriam aquelas conseqüentes a alterações biológicas específicas, bem como as alterações comportamentais e emocionais bem esclarecidas.

Em relação às alterações biológicas (neurológicas), teríamos as lesões cerebrais como: paralisias cerebrais, epilepsias e deficiências mentais. Envolvem também, os sistemas sensoriais, através da deficiência auditiva, hipoacusia, deficiências visuais e ambliopia. Dentro das causas biológicas, teríamos ainda, os distúrbios de aprendizagem com relação aos perceptivos que afetam a discriminação, síntese, memória, relação espacial e visualização.

Normalmente crianças que apresentam dificuldades específicas no início da escolarização, embora não tenham nenhum problema neuropsiquiátrico, provavelmente serão aquelas que precisarão de maior atenção. São crianças que terão de desenvolver suas habilidades de apreensão do que é ensinado. Necessitando para isso, serem investigadas e compreendidas particularmente em suas dificuldades.

Na realidade, temos visto que a família somente se mobiliza na busca de ajuda especializada para suas crianças, quando fica evidentes ou ameaçados o rendimento escolar e a aprendizagem.

5.2 – Atribuições do Profissional em Educação Inclusiva.

Esse profissional deve ter em mente, depois de diagnosticar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade ou TDAH como, quais e de que forma far-se-á o tratamento de crianças.

Deve incluir sempre três modalidades de intervenção: a psicopedagógica, os recursos psicofarmacológicos e as abordagens psico-sócio-educacionais, sem esquecer o tratamento da condição co-morbida, se for o caso.

O educador ou o pedagogo deve trabalhar em equipe, pois têm como um dever e a responsabilidade, primeiramente de informar e esclarecer aos familiares das crianças com esse déficit com o objetivo de clarear sobre o assunto, sua natureza e tratamento adequado. Bem como, a instrução do paciente e de sua família com respeito à natureza do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e da sua etiologia, pois essa tarefa costuma trazer grande alívio da culpa que essas pessoas carregam por anos consecutivos.

Sempre que possível, fornecer material para leitura e estimular a compreensão das questões relacionadas com o transtorno. Esclarecimentos detalhados sobre o tratamento, incluindo efeitos desejáveis e indesejáveis dos medicamentos, não devem ser esquecidos. Por esse profissional tem que ter a responsabilidade de conhecer o médico neurologista ou psiquiatra da criança, pois o tratamento é realizado com uma equipe multiprofissional e saber trabalhar em equipe, respeitar até onde sua capacidade profissional pode ir, respeitando e gostando do trabalho em equipe. Além da intervenção medicamentosa, outras medidas são de especial importância. Como o compromisso que o profissional tem em encaminhar a criança para Terapia comportamental, para a psicoterapia e para os grupos de ajuda mútua, quando se fizer necessário.

Convém ressaltar que tratamentos breves raramente dão resultados, uma vez que o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um distúrbio que data de anos, desde a infância do paciente. É da maior importância estimular a participação ativa do paciente no desenrolar do tratamento, pesquisando sobre o assunto, opinando sobre o próprio tratamento, ligando-se ativamente a grupos, etc.

Finalmente, cabe assinalar que toda pessoa com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade possui como qualquer ser humano, traços positivos de

personalidade e que é parte fundamental do tratamento reconhecer e acentuar essas qualidades, ou "ilhas de competência", como GOLDSTEIN as denomina.

5.3 - Avaliação Pedagógica da Criança em Educação Infantil.

Este período constitui-se o pilar de toda a escolaridade. Na educação infantil a criança constrói a base do repertório científico que irá sustentar toda sua vida acadêmica. Ainda nestas séries a criança inaugura uma relação positiva ou não com a escolarização.

Segundo OLIVEIRA e BOSSA, "A qualidade dessa relação, bem como a solidez dessa base, dependem não só dos recursos internos da criança, mas principalmente das condições internas e de formação do adulto que faz essa mediação"²⁷.

Quando a criança ingressa na Educação Infantil se tudo correu bem, as letras e os números se tornam tão importantes quanto os brinquedos. Os esquemas mentais permitem o acesso aos símbolos que constituem o mundo letrado. Torna-se capaz de representar quantidades através de números, representações abstratas.

Desenvolve a capacidade de resolver problemas que antes eram resolvidos a partir de ações concretas. É a fase da interiorização crescente do pensamento, o que a tornará capaz de realizar operações mentais.

A criança aprende a competir, compartilhar através de um longo processo de aprendizagem. Os jogos têm um importante papel nesta fase.

Um procedimento muito eficiente na avaliação da criança consiste no jogar, pois podemos observar desde habilidades intelectuais, até a significação de atitudes. Além de jogar, olhar sua tarefa escolar, sua brincadeira, seu desenho e ouvir seu discurso.

Existem, pelo menos dois níveis de desenvolvimento identificados por Vygotsky: um real, já adquirido ou formado, que determina o que a criança já é capaz de fazer por si própria, e um potencial, ou seja, a capacidade de aprender com outra pessoa.

²⁷ OLIVEIRA, Vera B. de; BOSSA, Nadia A. (orgs.). 1996. Avaliação psicopedagógica da criança de 0 a 6 anos. 1996, p. 8.

A aprendizagem interage com o desenvolvimento, produzindo abertura nas zonas de desenvolvimento proximal (distância entre aquilo que a criança faz sozinha e o que ela é capaz de fazer com a intervenção de um adulto; potencialidade para aprender, que não é a mesma para todas as pessoas; ou seja, distância entre o nível de desenvolvimento real e o potencial) nas quais as interações sociais são centrais, estando então, ambos os processos, aprendizagem e desenvolvimento, inter-relacionados; assim, um conceito que se pretenda trabalhar, como por exemplo, em matemática, requer sempre um grau de experiência anterior para a criança.

O desenvolvimento cognitivo é produzido pelo processo de internalização da interação social com materiais fornecidos pela cultura, sendo que o processo se constrói de fora para dentro. Para Vygotsky, a atividade do sujeito refere-se ao domínio dos instrumentos de mediação, inclusive sua transformação por uma atividade mental.

5.4 - Avaliação da Aprendizagem, segundo a ABDA²⁸.

A avaliação da aprendizagem deve centrar-se nas capacidades do aluno, sempre em relação aos processos de aprendizagem. Na capacidade da aprendizagem do sujeito intervêm nos seus significados atribuídos ao que aprende e elabora no nível da educação infantil. Que o levam a prestar atenção, ou a fazê-lo realizar atividades que desenvolve e a elaboração dos conceitos. Desta forma, influem fatores contextuais no modo como realiza a representação e construção do conhecimento. Esta relação influenciará na maneira como será realizada a avaliação.

A avaliação fundamenta-se na interação do aluno com: os conteúdos e os materiais de aprendizagem; o professor e sua forma de ensinar; os colegas e o contexto da aula e da escola. É de relevante importância fazer uma avaliação com a família, reunindo dados sobre:

- Desenvolvimento geral do aluno (aspectos visuais, intelectuais, motores, linguagem, emocional, adaptação e inserção social, personalidade...).
- Nível de competência curricular (objetivos gerais das disciplinas, conteúdos)

²⁸ Características levantadas através do site: ABDA – Associação Brasileira de Déficit de atenção.

- Estilo de aprendizagem (condições físico ambientais, agrupamentos, conteúdos das áreas que o aluno tem mais interesse, ou que esteja mais seguro, atividades que mais motivam, estratégias que emprega na resolução de tarefas, reforço necessários, êxitos e fracassos)

- Contexto escolar (de aula, da escola)

- Contexto Sócio-Familiar (participação em reuniões ou atividades propostas à família);

- Agentes Avaliadores: Deve realizar-se em equipe, tomando parte as seguintes figuras: departamento de orientação, responsáveis pela criança (pais), professores e profissionais.;

- Instrumentos de Avaliação: Abandonando o modelo estático de avaliação psicométrica e clínica, deve-se seguir o modelo de avaliação dinâmica, cujos instrumentos são: entrevistas (aluno, pais, professores), produção do aluno, questionários, escalas de observação, lista de controle, registros e provas psicológicas e psicopedagógicas;

As provas psicológicas e psicopedagógicas evidenciam algumas limitações:

- Tem base clínica, e tem sentido neste campo, mas seus resultados podem ser pouco úteis no processo educativo, seus resultados levam facilmente a uma categorização e a atribuição ao próprio aluno às causas.

- Valorizam a inteligência e as atitudes de forma isolada da aprendizagem.

- Dão segurança ao profissional e status, mas distanciam do professorado.

O uso destas provas pode proporcionar informações relevantes se algumas cautelas forem tomadas, como: levar em conta o contexto sócio-educativo, considerar os resultados como complementares às outras informações e relativizar os resultados em função das limitações.

5.5 - Avaliação da Aprendizagem para alunos com TDAH.

Para alunos com necessidades especiais devido ao Transtorno Déficit de aprendizagem, é necessário usar instrumentos adaptados as suas características. Fazer primeiramente o diagnóstico na escola utiliza-se as mesmas estratégias empregadas na clínica: entrevistas com pais, entrevista livre com a criança em educação infantil, técnicas gráficas e verbais, testes de inteligência, observação das

produções escolares, avaliação dos conteúdos escolares, entrevistas com professores, e outros profissionais.

A observação em sala de aula é um dos instrumentos mais adequados para o diagnóstico; aspectos a serem observados:

1) Desempenho nas disciplinas; -desempenho na sala de aula;- produções nas pastas de trabalhos realizados em sala de aula;- tarefas de casa; e o desempenho nas avaliações orais e escritas. Na escola, procura-se reduzir os encontros individuais. Deve-se levar em conta:

- modalidade de aquisição dos conteúdos: como rever conhecimentos prévios, comparar, relacionar, classificar, definir, conceituar e memorizar.

- compreensão de instruções orais e escritas.

- Compreensão de textos: lê arbitrariamente e compreende, hierarquiza a informação, elabora hipóteses explicativas, elabora opiniões.

- Fundamentação de raciocínios e procedimentos: utiliza-se de conceitos, aproveita-se de um exemplo extrai conclusões, diferencia causas e conseqüências.

- Resolução das tarefas: Utiliza-se de procedimentos e estratégias em raciocínios dedutivos, emprega ferramentas conhecidas em situações novas, automatiza, repete modelos conhecidos.

- Tipo de erro: construtivo, de aplicação, relativos a dificuldades na interpretação da instrução, por distração.

- Atitude frente ao erro: indaga, corrige, compara, relaciona, elabora hipóteses, inibi-se, oculta-se, descobre-o precisa que lhe seja assinalado, consegue reformular suas produções.

- Atitude frente à dúvida: pergunta aos professores, aos colegas, não pergunta.

2) Vínculo com a tarefa: Participação em classe: atitudes, participação, aceitação de instruções, compromisso, responsabilidade, organização da tarefa: grau de autonomia, ritmo de trabalho, organização do material.; e atitudes sociais: vínculo com os colegas, com os professores.

3) Aspectos normativos: formais (pontualidade, assiduidade) e disciplinares (atitude frente a regras, capacidade de auto-regular sua conduta).

4) Entrevista com professores: o trabalho deve supor uma troca contínua.

5) Entrevista com os pais: caso seja necessário: utilizando instrumentação para o diagnóstico do problema de aprendizagem.

Fala-se sobre quais os instrumentos de avaliação utilizada, entramos num dos mais polêmicos assuntos: "Fazer ou não uso de instrumentos de avaliação?". "Qual a necessidade e validade real dos mesmos?". "Em que medida podemos nos basear em resultados de um instrumento de avaliação?". "Quais considerações que devemos relevar acerca destas testagens?". "Como fazemos a leitura deste material?". Todo questionamento é válido, e por que não afirmarmos que é obrigatória, cada linha de pensamento nos leva a fazer uso às vezes, de algum tipo de instrumento de avaliação.

Como faz a leitura deste material e uso do mesmo, será o grande desafio, será o momento onde estaremos nos confrontando com nossa percepção, nossa observação, nossa avaliação e, conclusivamente, diagnosticando alguém, alguém que, muito provavelmente acatará resultados, sejam eles favoráveis ou não, e que nos possibilitará trabalhar a defasagem correta do indivíduo.

Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um **profissional**.

6) Anamnese²⁹:

A anamnese, ou história vital pode ser apresentada de várias formas, mas sempre de acordo como o foco básico de investigação. No caso das dificuldades de aprendizagem relacionada ao TDAH, o foco básico a ser investigado é a Hiperatividade em crianças da educação infantil.

Segundo PAIN³⁰, aponta para as áreas a serem investigadas: antecedentes natais, doenças, desenvolvimento e aprendizagem. Existem vários modelos e técnicas de entrevista de acordo com os objetivos da avaliação. O modelo que segue pode ser utilizado na avaliação de dificuldades de aprendizagem".

Assim se uma criança tem problema de aprendizagem relacionada ao TDAH, deve-se dar maior importância à investigação dos aspectos que produzam o transtorno atual. Por esta razão a ênfase para um ou outro tópico tem a ver com o objetivo do exame.

²⁹ Levantamento oral ou escrito dos antecedentes de uma doença ou de um paciente em exame, incluindo seu passado desde época de gestação até seus antecedentes hereditários.

³⁰ PAIN, Op. Cit. 1994.

Roteiro sugerido para um anamnese:

- contexto familiar.
- história pré-natal (antes do nascimento)
- peri-natal, durante o parto; e
- pós-natais logo após ao nascimento;
- 1ª infância.
- fontes subsidiárias (informações da escola, boletins, contato com professores).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como o Educador especialista em inclusão, poderá metodologicamente auxiliar o professor e a criança no processo ensino-aprendizagem.

Segundo ARAN; a coerência das estratégias didáticas e a atitude dos professores em relação a diversidade de idéias, experiências, atitudes, estilos de aprendizagem, ritmos, capacidades, interesses, etc., marcarão de maneira relevante as características do ambiente de aprendizagem que ocorre em sala de aula.

Com isto, o autor quer embasar o trabalho psicopedagógico a diversidade que ocorre em salas de aula, pois a ação pedagógica e toda prática têm um sentido, algumas razões que devemos entender e que, na maioria dos casos, não são evidentes. As práticas também têm atrás de si alguém; que quiseram realizá-las.

As ações educativas têm por objetivo compreender os processos de mudanças de maneira reflexiva. Neste caminho, todas as desigualdades são diversidades, embora nem toda diversidade pressuponha desigualdade, o psicopedagogo bem como os demais profissionais envolvidos com o processo ensino-aprendizagem devem estar atentos para que, em nome da diversificação, não estejamos contribuindo para manter ou provocar a desigualdade.

Um projeto educacional que atenda aos alunos com qualidade necessita ser construído coletivamente e no espaço escolar, pois cada criança deve perceber que consegue algum sucesso nas atividades, para que obtenha uma imagem positiva da aprendizagem.

A organização temporal procura conciliar a estabilidade necessária em rotinas que organizam a vida da educação infantil com a flexibilidade nas tarefas e nas atividades programadas, em que cada um pode ter seu próprio tempo de construção de aprendizagem.

É necessário que os adultos, pais e educadores, encontrem os momentos de participação e intercâmbio, de planejamento e de reflexão compartilhada.

Nos centros de educação infantil, a organização espacial deve dar espaço a comunicação e ao encontro com os outros, a experimentação, a curiosidade, ao desenvolvimento das criatividades a exploração das possibilidades e capacidades de cada criança com ou sem déficit de atenção.

É uma decisão importante à criação de um ambiente estimulante, acolhedor e seguro para o desenvolvimento do processo de individualização e socialização, em que ela aprenda a se conhecer e os outros e a intervir no mundo.

Algumas atividades podem contribuir para minimizar os aspectos referentes Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade infantil e suas intercôrrências no processo de ensino-aprendizagem são elas:

- O trabalho com unidades didáticas consiste em linhas gerais potencializar, nos alunos; andamentos das primeiras análises da realidade, permitindo que eles atuem com confiança, segurança, autonomia, de forma crítica e construtiva.
- Agrupamento de alunos (as tarefas realizadas individualmente são momentos indispensáveis para estabelecer interações entre o educador, a criança e a atividade). Grupos maiores, também contribuem para a comunicação e o intercâmbio, por isto esta atividade se faz necessária.
- Os recursos: são os materiais necessários em quantidade e variedade suficiente para que cada um possa escolher o material de que necessita, no momento.
- A organização dos espaços e do tempo.
- Avaliar servirá para guiar e reconduzir o processo como um todo.

A questão fundamental da sala de aula é, assim, a de se explicitarem as bases conceituais em que assenta o ensino-aprendizagem, processo que consiste em traduzir o plano da realidade vivida para a idealidade dos conceitos e, em seguida, retraduzir o plano conceitual ao campo da vida cotidiana, onde se fazem concretas as relações até aqui tematizadas.

Aos profissionais ligados a educação infantil, consiste em exercer o domínio de seu específico campo e processo de trabalho, o que significa trabalhar com os rigores científicos dos conhecimentos que faz e com os meios materiais e instrumentais de que se apropria na capacidade de elaborá-los ou reconstruí-los, para atender as crianças que apresentem desatenção ou outro transtorno e por isso dificuldades para reter o conhecimento e aprender.

REFERÊNCIAS

1. APA - American Psychiatric Association - Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais. DSM IV. (Tradução de Dayse Batista, Supervisão da Tradução: Alceu Filmann). Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
2. BARKLEY, Russell. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. SP: Ed ArtMed, 2002.
3. BECKER, Fernando. Da ação à operação: o caminho da aprendizagem. Porto Alegre, EST/Palmarinca/Educação e Realidade, 1993
4. BOSSA, Nadia A. Bossa. A. Fundamentos da Psicologia: a psicopedagogia no Brasil. Contribuições a partir da prática, 2 edição, Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, p.17 a 23.
5. GOLDSTEIN, Sam, GOLDSTEIN, Michel. Hiperatividade: como desenvolvimento Capacidade de Atenção da Criança, Editora Papirus, 2003.
6. HALLOWELL & RATEY. Tendência à Distração – Identificação e Gerência do Distúrbio do Déficit de Atenção da Infância a Vida Adulta. SP: Ed Racco, 1999.
7. HILGARD, E. R., Teorias da Aprendizagem. Editora Pedagógica e Universitária, São Paulo, 1973.
8. KAMII, Constance. A criança e o Número: Implicações Educacionais da Teoria de Piaget para a atuação junto a escolares de 4 a 6 anos, 2ª Ed. Campinas, Papirus, 1985.
9. MARQUES, Mario Osório. A aprendizagem na Mediação Social do Aprendido e da Docência. RS, Ed. Unijui, 1995.
10. OLIVEIRA, Vera B. de; BOSSA, Nadia A. (orgs.). 1999. Avaliação psicopedagógica da criança de 0 a 6 anos. 8.ed. Petrópolis: Vozes.
11. PAIN, Sara. Diagnóstico e Tratamento dos Problemas de Aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
12. PIAGET, P. Gréco, P. Aprendizagem e conhecimento. Livraria Freitas Bastos, Rio de Janeiro, 1974.
13. RAZERA, Graça. Hiperatividade Eficaz: Uma Escolha Consciente. 1ª Edição, Rio de Janeiro, Editora IIPC, 2001.
14. ROGERS, Carl R. Liberdade de Aprender em Nossa Década, 2ª. Edição, Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.

15. ROHDE, L. A. P. BENCZIK, Edyleine B.P. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade, Porto Alegre. Ed. Artes Médicas Sul, 1999.

Site visitados da internet:

1. http://www.psicopedagogia.com.br/personalidades/personalidades/constance_kamii.shtml?og=, biografia
2. BALLONE, G J - Psiquiatria Infantil, programa de Psiquiatria Clínica na Internet, <http://www.psiqweb.med.br>, Campinas, SP, 1999.
3. <http://www.centrorefeducacional.com.br/paulo.html>, Referência: Sobre a Biografia de Paulo Freire, acessado em 17 Jul 2005 às 16h 01min.
4. Anexo 1: O questionário SNAP-IV e foi construído a partir dos sintomas do Manual de Diagnósticos e Estatísticas - DSM-IV da Associação Americana de Psiquiátrica. Como levar para o professor preencher na escola. Esta é a tradução validada pelo GEDA – Grupo de Estudos do Déficit de Atenção da UFRJ e pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência da UFRGS.

AVALIAÇÃO

1) Se existem pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 1 a 9 = existem mais sintomas de desatenção que o esperado numa criança ou adolescente.

2) Se existem pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 10 a 18 = existem mais sintomas de hiperatividade e impulsividade que o esperado numa criança ou adolescente.

O questionário SNAP-IV é útil para avaliar apenas o primeiro dos critérios (critério A) para se fazer o diagnóstico. Existem outros critérios que também são necessários.

* **IMPORTANTE:** Não se pode fazer o diagnóstico de TDAH apenas com o critério A.

CRITÉRIO A: Sintomas (vistos acima)

CRITÉRIO B: Alguns desses sintomas devem estar presentes antes dos 7 anos de idade.

CRITÉRIO C: Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos 2 contextos diferentes (por ex., na escola, no trabalho, na vida social e em casa).

CRITÉRIO D: Há problemas evidentes na vida escolar, social ou familiar por conta dos sintomas.

CRITÉRIO E: Se existe um outro problema (tal como depressão, deficiência mental, psicose, etc.), os sintomas não podem ser atribuídos exclusivamente a ele.

O QUESTIONÁRIO SNAP-IV¹

Para cada item, escolha a coluna que **melhor** descreve o(a) aluno(a), marque com um X.

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
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				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não pára ou freqüentemente está a "mil por hora".				
15. Fala em excesso.				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos).				

¹Foi construído a partir do Manual de Diagnóstico e Estatística - IV DSM-IV da Associação Americana de Psiquiátrica. Para uso do professor, preencher na escola. Tradução validada pelo GEDA – Grupo de Estudos do DA da UFRJ e pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência da UFRGS.
IMPORTANTE: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.