

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: a importância da formação do professor para a suspeição e atendimento das Necessidades Educacionais Especiais desse sujeito, na perspectiva da educação especial inclusiva.

Cristina Bruno de Lima; Cristina Lúcia Maia Coelho

*Universidade Federal Fluminense - Prefeitura Municipal de Cachoeiras de Macacu/RJ,
e.mail:cristinabruno63@yahoo.com.br; Universidade Federal Fluminense, e.mail:crismaia84@gmail.com*

Resumo: O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é estudado há décadas, mas ainda persistem controvérsias sobre causas, consequências e tratamentos, contribuindo para sua estigmatização. A literatura confirma que o TDAH não é um transtorno originário da contemporaneidade, não se relaciona à culturas ou classes socioeconômicas específicas, derrubando mitos que circulam na sociedade e no meio educacional. Fundamentado na tríade de sintomas: déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade, o transtorno pode promover comprometimento escolar e social, ocasionando prejuízos diversos, da infância à fase adulta, quando não tratado. Nesse sentido, o estudo objetivou identificar o conhecimento do professor sobre o TDAH. A pesquisa - realizada entre professores da rede pública através de um questionário on-line da plataforma SurveyMonkey - confirma que o conhecimento sobre o TDAH é superficial entre os professores, mesmo com boa formação acadêmica. Revelou-se que 52% dos professores identificam os sintomas clássicos (déficit de atenção, hiperatividade, impulsividade), mas sintomas relacionados à apresentação desatenta e características positivas são pouco observados. Comportamentos inadequados e dificuldades escolares são creditados por 23% dos professores à falta de educação no lar. Considerou-se que o desconhecimento sobre o TDAH por parte dos professores prejudica o aluno, acadêmica e socialmente, além de deixá-lo à margem dos seus direitos, ainda que não seja público alvo do Atendimento Educacional Especializado, mas na perspectiva da educação inclusiva.

Palavras-chave: TDAH, Necessidades Educacionais Especiais (NEEs), aluno, professor, inclusão

Introdução

Ainda que reconhecidos tratados e convenções ressaltem a importância da atenção à diversidade nas questões educacionais, os sistemas de ensino tendem a restringir seu olhar à deficiências e síndromes claramente observáveis, minimizando a visibilidade sobre os prejuízos acadêmicos e sociais que envolvem as pessoas com determinados transtornos.

O TDAH é um transtorno descrito, inicialmente, com foco nos sintomas motores, passando a considerar a desatenção a partir da 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM III) em 1980. Ainda que estudado desde o séc. XIX, não há unanimidade sobre o TDAH, especialmente a respeito das suas causas, consequências e tratamento, levando à controvérsias sobre o diagnóstico (BARKLEY, 2002; ROHDE et al., 2000). Estudos indicam que o TDAH, longe de se caracterizar como um transtorno surgido na contemporaneidade, já havia sido referenciado por vários autores desde o início do séc. XIX e

(83) 3322.3222

contato@cintedi.com.br
www.cintedi.com.br

em diferentes espaços geográficos e culturais. Nesse sentido, argumentos de que o transtorno seria fruto da expansão tecnológica ou de um sistema educacional defasado perdem o sentido (AZEVEDO et al., 2010; BARKLEY, 2008; POLANCZYK; ROHDE, 2007).

O TDAH incide em 3 a 7% da população (BARKLEY, 2008; GOMES et al., 2007). Suas características podem contribuir com o “fracasso”¹ escolar e problemas que ultrapassam esse universo. Dessa forma, a intervenção precoce é muito importante para minimizar os prejuízos subjacentes ao transtorno. A escola e especialmente o professor, tem relevante papel no que diz respeito a um melhor prognóstico para essa criança, uma vez que constitui um *locus* privilegiado para observação, suspeição e encaminhamento aos serviços necessários.

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade vem sendo estudado ao longo do tempo passando por diferentes denominações e tratamentos, principalmente em função da inquietude, que é a característica mais evidente, inclusive do ponto de vista da justificativa para o fraco desempenho escolar. Chegou a ser considerado proveniente de dietas inadequadas, ambientes sócio-econômicos e culturais desprivilegiados, excesso de liberdade no lar, entre outras (BARKLEY, 2002; SENA; NETO, 2007).

Em 1902, o pediatra George Frederick Still, em palestras realizadas no *Royal College of Physicians* relatou sobre um estudo que realizou com um grupo de 20 crianças “problemáticas”, cujos sintomas haviam surgido antes dos 8 anos de idade. Eram crianças desafiadoras, resistentes à disciplina, excessivamente emotivas e passionais, com pouca inibição à sua própria vontade, desatentas, hiperativas, propensas a acidentes, embora tenham sido criadas em um ambiente benigno e com cuidados “bastante bons”. Assim, especulou-se sobre a possibilidade de uma base biológica para o comportamento inadequado fomentando estudos nesse sentido por décadas. Mais tarde, outras pesquisas envolvendo resultados com medicamentos estimulantes também apontaram para a base biológica do transtorno (HALLOWELL; RATEY, 1999).

Em suma, pesquisas confirmam que o TDAH está relacionado à uma deficiência de neurotransmissores, que deixando de atuar satisfatoriamente no lobo frontal e suas conexões, afeta a capacidade de atenção, de autoestimulação, de planejamento, de foco/filtragem de estímulos, do controle de impulsos, entre outros. Nesse sentido, as pessoas com TDAH apresentam sintomas como hiperatividade, baixa capacidade de atenção e impulsividade. Mattos (2003) destaca a ideia das singularidades dos sujeitos com TDAH:

¹ Não se pretende aqui polemizar sobre as discussões que permeiam o universo acadêmico em relação aos questionamentos sobre a obsolescência da didática escolar e até da própria escola, mas destacar a questão do prejuízo acadêmico para o aluno.

Os sintomas podem ser sempre os mesmos, mas a sua expressão vai depender de quem é o indivíduo que tem esse transtorno [...] (MATTOS, 2003, p.19).

Barkley (2002) credita todos os sintomas a um problema de atraso no desenvolvimento da inibição do comportamento que resultam numa dificuldade de autocontrole na criança. Assim, torna-a mais propensa a responder ao que lhe dá mais prazer imediato, ao que lhe desperta o interesse, a curiosidade, tendo pouca habilidade para pensar e agir em relação aos “prêmios futuros”.

O transtorno consiste em uma combinação de dois grupos de sintomas: desatenção e hiperatividade/impulsividade, dividindo-o em predominantemente hiperativo, predominantemente desatento ou combinado. O DSM V insere a expressão “apresentação”, conforme a predominância dos sintomas, no sentido de denotar que esses sintomas de hiperatividade/impulsividade e desatenção podem se modificar com o tempo (MATTOS, 2013). A sintomatologia em relação ao diagnóstico, obedece a alguns critérios, elencados de A a E, e sintomas. São listados 18 sintomas: 9 de desatenção, 6 de hiperatividade e 3 de impulsividade. No caso de crianças e jovens, devem estar presentes pelo menos 6 sintomas de desatenção e/ou 6 de hiperatividade/impulsividade (computados juntos). O DSM V estabeleceu um novo critério para adultos e adolescentes com mais de 17 anos, onde o ponto de corte são 5 sintomas. Além disso, precisam estar presentes por pelo menos 6 meses e serem incompatíveis com a idade do indivíduo. Esses aspectos compõem o critério A. O critério B foi modificado. Os sintomas passam a ter que estar presentes antes dos 12 anos, que já vinha sendo a prática em grupos de pesquisa. Os critérios C e D referem-se respectivamente a necessidade de haver comprometimento de pelo menos duas áreas (casa, escola, trabalho, vida social) e a necessidade de haver claro e significativo prejuízo na vida acadêmica, social, profissional, ocupacional. No critério E, houve também modificação a partir do DSM V. Agora, considera-se a comorbidade com o autismo (MATTOS, 2013). Introduce-se ainda, no diagnóstico, conforme o DSM V, a classificação em: leve, moderado e grave, conforme o grau de comprometimento do indivíduo.

Segundo Barkley (2002), quando comparadas às crianças com TDAH, as crianças sem a hiperatividade (TDA), apresentam consideravelmente menos problemas de relacionamento em casa e na escola, porém, revelam maiores dificuldades em atividades que envolvem velocidade perceptivo-motora ou coordenação mão-olho e velocidade. Algumas são hipoativas (geralmente meninas). Apresentam mais erros em testes de memória e tem dificuldade de recordar consistentemente informações aprendidas, com o passar do tempo.

(83) 3322.3222

contato@cintedi.com.br

www.cintedi.com.br

São menos sensíveis ao tratamento medicamentoso e terapêutico. Pessoas com TDAH têm dificuldade de fazer uma coisa de cada vez. Têm dificuldade de concluir, possuem humor instável, divagam muito e suas lembranças são cheias de lacunas. Conforme depoimentos, a vida dessas pessoas, é repleta de histórias de incompreensão, comunicação deficiente, autorreprovação, baixo rendimento, comportamento arriscado... mas também de simpatia, intuição, solidariedade intensa, uma capacidade especial de ver o interior das pessoas e das situações (HALLOWELL; RATEY, 1999; VICTOR, 2009).

Assim, diante de sintomas como a dificuldade para manter a atenção, controlar impulsos, seguir instruções, entre tantas outras características peculiares, não é de se admirar que as crianças com TDAH, vivenciem problemas na escola, desde a Educação Infantil. As dificuldades aparecem tanto em relação ao aprendizado quanto às relações sociais e "demandam uma abordagem realista e objetiva" (SENA; NETO, 2007, p.24).

É fato que "todo mundo tem um pouco de desatenção, inquietude e impulsividade [...]. Mas quem tem TDAH, tem muito, muito mesmo", comprometendo alguns setores da vida do indivíduo (MATTOS, 2003, p.30).

Considerando que a sociedade contemporânea demanda cada vez mais atenção, memória, foco, objetividade, entre outras habilidades, em razão do dinamismo da informação e volatilidade do conhecimento, um indivíduo com TDAH, pode ficar em desvantagem em relação a outros que não tenham o transtorno, caso não desenvolva estratégias para superar suas dificuldades.

A capacidade atenta é um fator relevante nas questões de aprendizagem. Segundo Bastos (2005), a atenção tem profunda relação com a afetividade e a vontade, podendo ser voluntária ou involuntária. O autor admite que a atenção operacionaliza a sensopercepção e a cognição, influenciando a seleção de elementos perceptivos e os registros na memória. Assim, "o processo de registro só pode ser iniciado com a focalização da consciência no objeto. Sem isso, não há produção de memória, nem aprendizado" (BASTOS, 2005, p.74). Ser identificado e ter um tratamento adequado, clinicamente e/ou no âmbito escolar, pode ser a diferença entre o fracasso e o sucesso para além da escola, no indivíduo com TDAH.

Conforme Feigin et al., citado em Alves et al., (2014), há uma prevalência entre 25-40% de associação entre TDAH e TA (Transtorno de Aprendizagem). Assim, é relevante a investigação da comorbidade com TDAH quando se identifica um TA na criança ou jovem com dificuldades escolares. Transtornos Específicos de Aprendizagem (TA) como: dislexia,

discalculia, disgrafia, disortografia, entre outros, tendem a agravar os problemas gerados pelo TDAH (BARKLEY, 2002; DORNELES et al., 2014; SEGENREICH; MATTOS, 2007).

A criança ou jovem com TDAH passa por diferentes situações na escola, conforme a predominância das apresentações do transtorno. Pode ficar esquecida em um canto da sala acumulando dificuldades que só aparecem nas avaliações, ou pode ser o centro das atenções, na maioria das vezes despertando reações desfavoráveis à sua imagem, seja por manter-se em movimento em demasia, incomodando colegas e professores, por esquecer-se das tarefas escolares, entre outros aspectos (SENA; NETO, 2007).

Algumas características são marcantes no comportamento da pessoa com TDAH: dificuldade de seguir uma sequência de instruções, dificuldade para fazer anotações (déficit na coordenação visuo-motora), dificuldade de organização, dificuldade de manter o foco. Essas características contribuem para o não cumprimento de algumas tarefas, para notas baixas em provas, entre outros, passando por displicente, desinteressado e criando conflitos que extrapolam a escola, minando até mesmo as relações familiares (BRACKLEY, 2002; SENA; NETO, 2007).

Nesse sentido, Hallowell e Ratey (1999), exaltam o aspecto emocional do aprendizado e afirmam: “essas crianças precisam de ajuda especial para encontrar prazer em sala de aula, conhecimento em vez de fracasso e frustrações, estímulo em vez de tédio ou medo [...] é fundamental prestar atenção às emoções envolvidas no processo de aprendizagem” (HALLOWEL; RATEY, 1999, p. 205).

No Brasil a Resolução CNE/CEB 04/2009 institui as diretrizes operacionais para o Atendimento Educacional Especializado (AEE), definindo seu público alvo como pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação. (MEC/CNE, 2009), mas não há consenso sobre esse tema. O Senado Federal pela Comissão de Educação e Cultura aprovou um projeto de lei (PL nº 7.081), que obriga o Poder Público a manter programa de diagnóstico, tratamento e acompanhamento integral de dislexia, de transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) ou de qualquer outro transtorno de aprendizagem para estudantes do ensino básico da rede pública e privada por intermédio de equipe multidisciplinar, com a participação de educadores, psicólogos, psicopedagogos, médicos e fonoaudiólogos, entre outros. De acordo com a proposta, o acompanhamento integral inclui a identificação precoce, encaminhamento para diagnóstico e apoio educacional específico voltado para a sua dificuldade na rede de ensino, bem como apoio terapêutico especializado na rede de saúde. O próprio Ministério da Educação (MEC) no documento

Política Nacional De Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva reconhece o TDAH e outros transtornos e dificuldades de aprendizagem, incluídos na nomenclatura Transtornos Funcionais Específicos (TFEs), como passíveis de uma política pública especial para diagnóstico e tratamento. Assegura a importância do acesso a recursos didáticos e formação para o professor, de modo a garantir "identificação e abordagem pedagógica" que contribuam para a efetividade do trabalho realizado pela escola (MEC, 2007).

Assim, entendendo a influência do TDAH no processo de aprendizagem e o professor como agente de suspeição para os devidos encaminhamentos no sentido de melhorar os prognósticos para essa criança, a presente pesquisa teve como objetivo identificar a percepção e o nível de conhecimento de professores da Educação Infantil e Anos Iniciais do Ensino Fundamental sobre TDAH, para orientar ações futuras quanto à formação continuada.

Metodologia

A pesquisa de campo foi realizada no município de Cachoeiras de Macacu, no Rio de Janeiro, em escolas de Ensino Fundamental e Pré-Escolas. Participaram 54 professores, que representam uma amostra de 15,42% dessa população, através do questionário autoral na plataforma Survey Monkey, ao qual os professores responderam através de um link que receberam via celular.

A pesquisa, em observância aos princípios e procedimentos propostos pelo Comitê de Ética, aprovada pela Plataforma Brasil conforme parecer nº: 1.799.634, foi autorizada pela Secretaria Municipal de Educação, de acordo com a Declaração de Anuência. A seguir, foram visitadas escolas do campo e urbanas nas diferentes localidades do município.

Abordou-se o tema em questão, com listagem de características que poderiam ou não ser do TDAH, considerando a possibilidade de comorbidades com outros transtornos e síndromes, para que o professor marcasse as que considerasse estarem relacionadas ao TDAH, conforme seu conhecimento atual. As perguntas permitiram várias respostas e comentários. Foram construídas questões partindo de casos que descreveram situações observadas em sala de aula, baseadas na experiência da pesquisadora como professora e orientadora e na literatura pesquisada, para que o professor indicasse as possíveis razões para determinados desfechos.

Resultados e Discussão

Os resultados identificaram que os professores demonstram conhecimento sobre o TDAH no que se refere à tríade de sintomas mais evidentes no transtorno (hiperatividade, desatenção e impulsividade). Outros sintomas claramente relacionados a eles, como a dificuldade de esperar e a dificuldade de terminar o que começa, são conhecidos de um percentual entre 50% e 61,11% dos professores. A inconstância nas tarefas, que também se relaciona fortemente ao transtorno, foi reconhecida por 38,89% e a hiperatividade mental, não tão claramente relacionada ao TDAH, foi assinalada por 29,63% dos entrevistados.

Os sintomas secundários, relacionados ou não à comorbidades com outros transtornos, que podem ser um grande diferencial em relação aos processos de aprendizagem, sucesso acadêmico, comportamento social equilibrado, e que estão relacionados à atenção, são pouco identificados como pertinentes ao TDAH. Entre eles, o hiperfoco foi identificado como uma possibilidade no espectro do transtorno por 20,37% dos professores; a dificuldade com a percepção do tempo por 18,52% e a fraca capacidade de organização por 27,78%. Sintomas secundários específicos da apresentação desatenta, como a sonolência diurna, atraso motor, apatia e pouca iniciativa, passaram praticamente despercebidos em relação ao TDAH, sendo assinalados por um percentual de professores entre 1,85% e 12,96%. Normalmente crianças e jovens com esses sintomas são vistos como preguiçosos, desinteressados e desastrados. Tanto os sintomas em si, quanto a imagem social que tem (como são vistos pelos outros) e percebem ter (como acham que são vistos pelos outros), implicam no rendimento escolar e na imagem que fazem de si mesmos. Aspectos positivos como as características como criatividade, facilidade de concatenar ideias e de se comunicar, também são pouco percebidos como parte do conjunto de características que podem estar associadas ao TDAH. Dificilmente são vistas como algo que compõe esse sujeito único, com todas as nuances possíveis dentro de um transtorno, que pode, inclusive, estar associado a Alta Habilidade/Superdotação (AHSD).

Nesse sentido, sintomas creditados a outros transtornos ou síndromes conhecidas, como, por exemplo, a dificuldade de comunicação no autismo, também não são percebidos como possíveis em um quadro de TDAH. Por outro lado, características que predominam em uma ou outra modalidade de TDAH (desatenta, hiperativa/impulsiva ou ambas) não são identificadas ou são generalizadas para todo TDAH, como é o caso da fala exagerada e rápida, que aparece na apresentação hiperativa/impulsiva. Entre os professores entrevistados, 40,74% dizem conhecer o transtorno, mas ter muitas dúvidas; 11,11% dizem que já ouviram falar ainda que saibam muito pouco sobre TDAH. Mas todos conhecem o TDAH de alguma forma.

Em uma segunda etapa do questionário, perguntas foram realizadas sobre situações cotidianas e comportamentos que poderiam ter várias causas para o entrevistado avaliar.

Na primeira situação, referente a uma conduta agressiva, houve uma tendência maior a creditar o problema a um transtorno (40,38% TDAH e 42,32% outro transtorno ou deficiência). Observa-se ainda que 23,08% creditou à situação apresentada à falta de limites; 21,15% ao modelo que tem em casa; 28,85% à problemas familiares, ou seja, causas comportamentais envolvendo cuidados parentais. Na visão de 3,85% dos professores entrevistados a escola e sua inadequação é responsável pelo comportamento desequilibrado do aluno. 1,92% entende que o problema é por falta de controle do professor e 11,54% responsabiliza a imaturidade da criança.

No caso seguinte, referente a um comportamento tipicamente hiperativo, manteve-se a tendência de crédito ao transtorno, culpabilizando menos a criança e a família.

O terceiro caso, sobre problemas na gestão dos afazeres escolares, novamente apontou uma tendência, por parte dos professores, a creditar o comportamento a um transtorno. Mas claramente observa-se a dúvida em relação a acharem ser TDAH ou outro transtorno, já que na situação descrita, não foi explicitado nenhum comportamento diretamente relacionado a tríade déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade.

Em relação ao conceito/definição do TDAH, 61,54% dos professores entrevistados identifica o TDAH como um transtorno real, de base neurobiológica, que interfere nas atitudes e formas de aprender de adultos e crianças. Apenas 28,85% assinalou ser um transtorno causado por um desequilíbrio bioquímico que altera basicamente a atenção, a impulsividade e a atividade motora do indivíduo, ainda que essa tríade de sintomas tenha sido apontada por mais de 60% dos entrevistados como sintomas do TDAH. Esse dado pode sinalizar o quanto é difícil para a população, compreender termos técnico/científicos, como neurobiológico e bioquímico, bem como a relação entre eles. Também é possível interpretar que há uma tendência a generalização com base em informações superficiais. Possivelmente essa tendência tenha levado o pesquisado a interpretar a frase "interfere na atitude e forma de aprender [...]" pelo lado do prejuízo, fazendo uma associação mais imediata com o TDAH já que são os problemas que chamam mais a atenção.

Foi possível inferir também, que 1,92% acredita que o transtorno é inventado por laboratórios e/ou mídia com interesses financeiros; 3,85% acredita ser um problema do mundo contemporâneo devido a quantidade de informação a ser processada e ao excesso de acesso a tecnologias digitais e 9,62% não tem opinião sobre o assunto. 1,92% sinalizou que

seria um transtorno passageiro e tratável com alimentação equilibrada ou um problema emocional devido à falta de limites. Configura-se assim uma situação de conhecimento parcial sobre o transtorno, com prevalência de alguns mitos e muitas incertezas.

Conclusões

Os resultados da pesquisa de campo confirmam a hipótese proposta e reforçam a ideia da necessidade de proporcionar aos profissionais da educação acesso à informação sobre o TDAH de forma objetiva e clara, no sentido de desvendar mitos que se replicam, em relação ao transtorno e afetam o olhar do professor sobre a criança com comportamentos inadequados e mal interpretados.

Observa-se nas respostas aos três casos apresentados, apesar da incidência nas opções que consideram o transtorno, que um percentual significativo de professores percebe os comportamentos fora dos “padrões desejados” para um bom andamento da aula, mesmo na EI, como falta de cuidados parentais adequados (falta de educação e de limites no ambiente familiar), algum problema na família ou ao “temperamento” da criança. É importante salientar que os referidos casos foram inspirados em situações reais encontradas na literatura e na vivência da pesquisadora (casos que chegaram aos consultórios médicos e tiveram diagnóstico positivo para TDAH após avaliação multiprofissional).

Para Rodhe (informação verbal)², a gama de trabalhos publicados sobre TDAH não deixa dúvidas sobre a existência e consistência do transtorno. No caso das condições médicas dimensionais, aonde se situam as condições psiquiátricas, observa-se o que está fora da condição considerada ideal, normal, de modo que traga prejuízo para o indivíduo. É inegável que há um percentual da população situada no extremo dessa dimensão, que tem graves prejuízos. "Na minha opinião, essa discussão de que o TDAH não existe, está fora de foco [...], **a grande questão é a banalização de onde tu colocas o ponto de corte**[...]" (ROHDE, 2015. Grifo nosso). Essa reflexão é importante porque a suspeição do transtorno, por parte da família e da escola, é o indicativo para a avaliação e não um diagnóstico.

O diagnóstico deve ser “essencialmente clínico”, depende de uma avaliação multiprofissional, o que significa que não pode ser feito isoladamente por nenhuma escala ou teste (COELHO; BASTOS, 2011).

² Comunicação feita por Luís Rohde no TED x UFRGS (2015), sob o título TDAH: Mitos, Verdades e Impacto. Recuperado em 17 outubro, 2016 em <https://youtu.be/6Xzha28mfV0>

A presente pesquisa evidenciou que o professor conhece os sintomas principais do TDAH, mas não tem informações suficientes e consistentes. Esse conhecimento é o ponto de partida para um olhar diferenciado e atento em relação ao aluno que não corresponde ao esperado no âmbito escolar, acadêmica ou socialmente, respeitando-se as particularidades e a multiplicidade inerente a qualquer grupo social.

A escola tem um papel fundamental no prognóstico para a criança com TDAH. Havendo a suspeição, o encaminhamento e a avaliação por profissionais adequados em conjunto com a escola, as perspectivas para uma educação inclusiva e igualdade de oportunidades, começam a ser favoráveis.

As pesquisas teóricas e o conhecimento empírico demonstram a importância da inclusão no sentido do acesso às terapias fundamentais ao tratamento e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida para os alunos com TDAH, suas famílias e demais conviventes, seja no âmbito escolar ou fora dele. Como no Brasil o transtorno não figura entre o público alvo do Atendimento Educacional Especializado (AEE), conforme a Resolução CNE/CEB 04/2009, que institui as diretrizes operacionais para o AEE, definindo o público alvo como: pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, atender ou não esse aluno, conforme a dificuldade apresentada, em sala de recurso ou centro especializado, fica a critério de cada rede escolar, conforme a disponibilidade após o atendimento do público alvo.

A política de educação, na perspectiva da inclusão, contempla o TDAH e outros transtornos e dificuldades de aprendizagem enquanto Transtornos Funcionais Específicos (TFEs), objeto de uma política especial para diagnóstico e tratamento. Porém, excluí-lo do público alvo do AEE, que tem a prerrogativa de um trabalho especializado no contra-turno, em sala de recurso e/ou nos centros de atendimento especializados, significou o aumento do abismo entre quem tem TDAH com uma condição socioeconômica desprivilegiada e quem não tem o transtorno e dificuldades inerentes a ele ou não dependem de políticas públicas para ter suas NEEs atendidas. De qualquer forma, a escola, o professor, a comunidade escolar, precisam estar preparados para atender a toda e qualquer NEEs que o aluno apresente. O ensino tem que alcançar a todos, na sua diversidade de ser e estar no mundo, para cumprir o seu papel de formar cidadãos, no mais amplo sentido da palavra.

Os julgamentos morais a que são submetidos alunos com TDAH e seus familiares, e conseqüentemente um leque de problemas escolares e sociais geradores de bastante

sofrimento, a curto, médio e longo prazo, poderiam ser evitados com a suspeição precoce e os devidos encaminhamentos.

Não há apenas um tipo de tratamento ou medicamento para o transtorno. Embora o tratamento de eleição da classe médica privilegie o metilfenidato, cada vez mais se busca um ponto de corte ideal para se evitar um uso indiscriminado de medicação. A Terapia vem ganhando espaço no tratamento do TDAH. Às vezes combinada com medicamento, outras vezes como opção ao tratamento medicamentoso, mas sempre visando à possibilidade da pessoa com o transtorno aprender a lidar com suas características peculiares e ter uma escolarização mais efetiva e feliz.

Referências

ALVES, Luciana Mendonça et al. Processamento fonológico em indivíduos com transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 874-882, jun. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000300874&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 set. 2016.

AZEVEDO, Paulo Verlaine Borges et al. Sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças indígenas da Amazônia Brasileira. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** [online]. 2010, vol.68, n.4, pp.541-544. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2010000400012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso: 10 mar. /2016.

BASTOS, Claudio L. Atenção. In: CAMARGO, Walter Jr; HOUNIE, Ana G. **Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. Nova Lima/MG: Editora Info, 2005. 1129, cap.2, p.55-98.

BARKLEY, Russel A. **Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDA/H)**. Tradução Luís Sérgio Roigman. Porto Alegre/ RS: Artmed, 2002.

BARKLEY, Russel A. et al. **Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDA/H)**. Tradução Ronaldo Cataldo da Costa. 3ª ed. Porto Alegre/ RS: Artmed, 2008.

BRASIL, MEC/SEESP. Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria Ministerial nº 555, de 5 de junho de 2007, prorrogada pela Portaria nº 948, de 09 de outubro de 2007. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Disponível em: <http://peei.mec.gov.br/arquivos/politica_nacional_educacao_especial.pdf>. Acesso em: 19 ago 2016.

BRASIL, MEC/CNE. **Resolução nº4 de 2 de outubro de 2009**. Institui as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 2009, Seção 1, p. 17. Disponível em: <http://www.abiee.org.br/doc/Resolu%20E7%20E3o%20DE%2002%20out%202009%20EDUCA%20C3O%20ESPECIAL%20ceb004_09.pdf>. Acesso em 09 set. 2016.

COELHO, Cristina; BASTOS, Claudio Lyra. A Avaliação Neuropsicológica e o Diagnóstico do TDAH. *Psychiatry on line Brasil*. Dezembro de 2011 - Vol.16 - Nº 12. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano11/clau1211.php>>. Acesso em 20 mar. 2016.

DORNELES, Beatriz Vargas et al. Impacto do DSM-5 no diagnóstico de transtornos de aprendizagem em crianças e adolescentes com TDAH: um estudo de prevalência. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2014, vol.27, n.4, pp.759-767. ISSN 0102-7972. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.2014274167>>. Acesso em: 20 jan 2016.

GOMES, Marcelo et al. Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. *J. bras. psiquiatr.*, 2007, vol.56, no.2, p.94-101. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a04v56n2.pdf>>. Acesso em: 09 jan 2016.

HALLOWELL, Eduard M.; Ratey, John J. **Tendência a Distração: identificação e gerência do distúrbio de déficit de atenção (DDA) da infância a vida adulta**. Tradução de André Carvalho. Rio de Janeiro/ RJ: Rocco, 1999.

MATTOS, Paulo. **No mundo da Lua**. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

MATTOS, Paulo. **Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA)**, 2013. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/>> Acesso em: 13 ago. 2016.

POLANCKZIK, Guilherme; ROHDE, Luis Augusto. Epidemiology of attention-deficit/hyperactive disorder across the lifespan. *Current Opinion in Psychiatry*, 2007.

Disponível em:

<https://www.researchgate.net/profile/Guilherme_Polanczyk/publication/6285994_Epidemiology_of_attention_deficithyperactivity_disorder_across_the_lifespan/links/0deec521683e2e062e000000/Epidemiology-of-attention-deficit-hyperactivity-disorder-across-the-lifespan.pdf> Acesso em: 28 ago. 2016.

ROHDE, Luis Augusto et al. Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. **Rev. Bras. Psiquiatri**. 2000, São Paulo/RJ, vol. 22, s.2. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600003>>. Acesso em: 23 set. 2016.

SEGENREICH, Daniel; MATTOS, Paulo. Atualização sobre comorbidade entre transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtornos invasivos do desenvolvimento (TID). **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 184-190, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 25 set. 2016.

SENNA, Simone da Silva; NETO, Orestes Diniz. **Distraído e a 1000 por hora: guia para familiares, educadores e portadores de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VICTOR, Marcelo. TDAH ao longo da vida. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2009, vol.31, n.4, pp.397-397. ISSN 1516-4446. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000400025>>. Acesso em: 28 set. 2016.