



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

CATIA DOS SANTOS ZANOTELLI

**A DESPERSONALIZAÇÃO DO “BICHO
CARPINTEIRO”: O PROCESSO DE INCLUSÃO DA
CRIANÇA COM TDAH**

ARIQUEMES-RO
2016

Catia Dos Santos Zanotelli

**A DESPERSONALIZAÇÃO DO “BICHO
CARPINTEIRO”: O PROCESSO DE INCLUSÃO DA
CRIANÇA COM TDAH**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Psicologia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Me. Eliane Alves Almeida Azevedo.

ARIQUEMES-RO

2016

Catia Dos Santos Zanotelli

**A DESPERSONALIZAÇÃO DO “BICHO CARPINTEIRO”: O
PROCESSO DE INCLUSÃO DA CRIANÇA COM TDAH**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Psicologia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Psicologia.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Orientadora Me. Eliane Alves Almeida Azevedo
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^a. Me. Carla Patrícia Rambo Matheus
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^a. Me. Filomena Maria Minetto Brondani
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 16 de novembro de 2016.

*À minha família que em todos os momentos
estiveram presentes em minhas escolhas.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder sabedoria, força e esperança, para findar esta jornada de graduação.

Aos meus pais por me ofertar amor incondicional, por ser minha sustentação, meu porto seguro, meu exemplo de perseverança e força.

Ao meu marido Delcimar Quirino Do Nascimento, pela sua paciência incondicional nos momentos de raiva, desespero, desânimo e preocupação, pelo seu amor que sempre me trazia calma e ânimo, pelo seu sorriso que me transmitia força e alegria.

Agradeço a minha orientadora professora mestre Eliane Alves Almeida Azevedo por me acompanhar nesta jornada de aprendizagem, pela sua dedicação, incentivo, atenção, além de seus conhecimentos a mim transmitidos.

A professora mestra Carla Patrícia Rambo Mateus pelos seus ensinamentos a mim transmitidos, pela sabedoria, persistência, tranquilidade e amor que foram de suma importância no meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus amados amigos, Wellington Dias, Dheini Zanotelli e Gabriela Perucio por compreenderem meus momentos de ausência, fazendo parte de uma família que me foi permitida escolher.

À todas as pessoas que de alguma forma contribuíram em minha formação, sejam com experiências maléficas ou benéficas, me conferiram força e aprendizado.

*Quando os astronautas foram a Lua
Que coincidência, eu também estava lá
Fugindo de casa, do barulho da rua
Pra recompor meu mundo bem devagar*

*Que lugar mais silencioso
Eu poderia no universo encontrar
Que não fossem os desertos da lua
Pra recompor meu mundo bem devagar*

*“No mundo da Lua”
(Biquini Cavadao -Alvaro, Bruno,
Miguel e Sheik)*

RESUMO

Este trabalho tem por finalidade ressaltar os benefícios da inclusão escolar e social da criança com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Pois este transtorno é visto como uma síndrome neurobiológica, de origem hereditária, que se manifesta no período infantil e geralmente permanece na idade adulta. É evidente que as crianças com TDAH tem alterações em sua qualidade de vida os elogios desaparecem e frequentemente a mentira toma conta da situação. Muitas vezes rotulados. Sabe-se que a função da educação inclusiva é, promover ações para o atendimento às especificidades dos estudantes no processo educacional. Por fim, ponderou-se a respeito do processo de inclusão e bem estar familiar, mediante as necessidades encontradas de disponibilizar maiores informações aos pais das crianças com TDAH. O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica, com início em agosto e término em novembro de 2016. Ante a finalização deste trabalho revelou-se a necessidade de disponibilizar os conteúdos relacionados a temática a população, para assim, proporcionar um maior entendimento acerca do TDAH.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, inclusão escolar, crianças.

ABSTRACT

The purpose of this study is to highlight the benefits of school and social inclusion for bearers of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). This disorder is viewed as a hereditary neurological syndrome which manifests itself during childhood and generally remains throughout adulthood. It is evident that children who have ADHD have a reduced quality of life. Compliments disappear and lies take over the situation. Many times, these children are labelled uneducated and agitated. The function of educational inclusion is to promote actions which attend to the specificities of students in the educational process, targeting the development of a focused pedagogy. Finally, the process of inclusion and family welfare was examined and it was deemed necessary to provide more information to parents of children who are bearers of ADHD. The present work is a bibliographic study commenced in August and finished in November, 2016. It showed prior to completion of this work that there is a need to provide the content related to the subject population, thereby providing a better understanding of ADHD.

Keywords: Attention Deficit Disorder and Hyperactivity, school inclusion, children

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA	Associação Brasileira de Déficit de Atenção
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, 10º Ed.
TDA	Transtorno de Déficit de Atenção
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais 5º Ed.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVOS GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 BREVES HISTÓRICO DO TDAH	14
4.2 TERAPÊUTICAS E TDAH.....	22
4.3 INCLUSÕES ESCOLAR: O QUE E ISSO?	25
4.3.1 Diagnósticos da educação especial no Brasil	31
4.4. A INCLUSÃO E A CRIANÇA COM TDAH.....	34
4.4.1 Inclusão e bem-estar familiar	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	41
ANEXO	46

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico com etiologia multifatorial incluindo fatores genéticos e ambientais. Apresenta-se como sintomas definidores atenção reduzida, hiperatividade e impulsividade. (GIRARDI; RUBIO, 2012. SILVESTRE, et al. 2016. DORNELES et.al, 2014).

O DSM-V (2014), afirma que levantamentos populacionais sugerem que este transtorno tem incidência de 5% em crianças e 2,5% em adultos de grande parte das culturas. Sendo verificada uma maior prevalência no sexo masculino, pois as mulheres apresentam menos comportamentos exteriorizados, sendo assim, tendem a ter o TDAH do tipo predominantemente desatendo. (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2009; DSM-V,2014).

Problematizar as questões a acerca do TDAH e suas implicações frente o processo de inclusão escolar torna-se relevante, devido muitos pais/profissionais não saberem como identificar os sintomas e conviver com as crianças com TDAH.

A partir da metade do século XIX a inclusão escolar recebeu grande notoriedade mundial, muito disso deve-se aos movimentos em prol da luta contra as formas de discriminação. Tendo como subsídio a elaboração da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU). (FARIAS; SANTOS; SILVA, 2009).

Portanto, ela traz em seu artigo 1º que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos.” (ONU, 1948). Deste modo, nos parâmetros legais assegura às pessoas o direito à liberdade, a educação e ao convívio social. (FARIAS; SANTOS; SILVA, 2009).

Este trabalho se faz relevante porque lança luz sobre uma temática que ainda é muito controversa, devido as discordâncias de pensamentos a respeito da existência ou não deste transtorno. Contudo é possível observar a existência de relatos na literatura que se referem a comportamentos semelhantes ao TDAH desde o século XVIII.

O presente trabalho tem como objetivo geral ressaltar os benefícios da inclusão escolar e social do infante com TDAH. Tendo como objetivo específicos destaca as

questões referentes à evolução histórica do termo TDAH; analisar a inclusão escolar como item de importância sociocultural e de melhoria de qualidade de vida; como também evidenciar os benefícios da inclusão escolar frente à vida familiar.

Mattos (2015), aponta que a qualidade de vida dessas crianças é atenuada, os elogios desaparecem e frequentemente a mentira toma conta da situação, uma vez que são culpabilizados por tudo, conseqüentemente, a adotam como mecanismo de defesa, sendo muitas vezes considerados como, bagunceiros, desobediente, preguiçoso, mal-educado.

Outra característica empregada aos infantes TDAH é a rotulação dos mesmos, sendo categorizados como normais ou problemáticos, por muitas vezes são considerados como “bichos carpinteiros”, característica destinada às crianças que destroem tudo que está a sua volta, não param quietas, apresentando assim atributos de hiperatividade. (MATTOS, 2015)

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAL

Ressaltar os benefícios da inclusão escolar e social para a criança com TDAH.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Destacar a evolução histórica do termo TDAH;
- Apresentar a inclusão escolar como item de importância sociocultural e de melhoria de qualidade de vida;
- Evidenciar os benefícios da inclusão escolar frente à vida familiar.

3 METODOLOGIA

Este trabalho corresponde ao resultado de uma pesquisa bibliográfica. Gil (2008, p.69) elucida que “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Esse tipo de pesquisa permite ao investigador uma cobertura ampla acerca dos fenômenos analisados.

O estudo bibliográfico ocorreu entre o período de Agosto de 2016 a Outubro de 2016. O período de publicação aceitável para artigos científicos utilizados na pesquisa corresponde aos publicados nos últimos dezesseis anos, ou seja, entre 2000 e 2016, sendo também utilizados livros e manuais. Ao se pesquisar o termo “TDAH” na base de dados do Google acadêmico foi obtido como resultado o montante de 10.800 obras, na Biblioteca Virtual de Saúde BVS foram encontrados o total 135 obras já na plataforma do Scielo verificou-se a presença de 313 artigos, desses 24 artigos foram inclusos por estarem condizentes ao estudo, 4 livros, 3 manuais, 4 monografias, minidicionário Aurélio, site da ABDA e 4 documentos governamentais, totalizando 41 obras consultadas. Sendo utilizadas as seguintes palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, inclusão escolar, crianças.

Tendo sido utilizado como meio de pesquisa as bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Library Science (SCIELO) e Google Acadêmico. Foram utilizados artigos científicos de língua portuguesa e inglesa.

Os critérios usados para inclusão e exclusão dos conteúdos adquiridos foram feitos da seguinte forma: leitura do título e do resumo, sendo incluídos aqueles que abordavam questões relevantes para o estudo, sendo priorizado os artigos pautados no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças e inclusão escolar.

Para fins de esclarecimento, este trabalho foi dividido da seguinte forma: o primeiro capítulo expõem um breve histórico do TDAH, o segundo capítulo retrata a terapêutica e TDAH, o terceiro capítulo elucida acerca da inclusão escolar: o que e isso? sendo subdividido em diagnósticos da educação especial do Brasil. O capítulo quarto versa sobre a inclusão e o portador de TDAH, o quinto capítulo retrata a inclusão e bem-estar familiar.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 BREVE HISTÓRICO DO TDAH

Atualmente muitas crianças “agitadas” são rotuladas de hiperativas erroneamente, sendo necessário refletir sobre essa questão, visto que nem sempre as crianças que não conseguem prestar atenção e ficarem quietas durante a aula têm Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), pois, outros fatores devem ser analisados, como o meio social, econômico e familiar para que o diagnóstico seja fidedigno. A partir desta concepção torna-se necessário fazer um apanhado acerca da história do TDAH. (LOUZÃ NETO,2010).

Ao longo do tempo muito se tem discutido sobre os comportamentos de crianças e adolescentes no ambiente escolar. Existe muito consenso, mas também existe muita discordância. Com o TDAH não é diferente, existem muitas opiniões divergentes sobre o seu funcionamento, outros acreditam que o TDAH não passa de uma invenção da indústria farmacêutica para vender medicamentos, ou que as condutas exibidas pelos infantes não passariam de mero desrespeito. Contudo é possível observar a existência de relatos na literatura desde o século XVIII que assemelham-se à sintomatologia do que hoje é considerado TDAH. (LOUZÃ NETO,2010).

Uma das primeiras descrições não médicas sobre crianças portadoras de TDAH é descrita no livro “Der Struwwelpeter 1845”, produzido pelo psiquiatra alemão famoso por escrever contos e poemas para crianças Heinrich Hoffmann (1809-1894), adaptado ao Brasil sob título de “João Felpudo” sendo publicado pela primeira vez pela Editora Laemmert, no final do século XIX, tendo oito edições. (BEZERRA et al, 2014; ANDRADE; BONA; PEREIRA, 2009; SIGNOR; SANTANA, 2015; LOUZÃ NETO,2010).

Os textos de Hoffmann obtiveram ampla aceitação como literatura infantil pedagógica, porém não houve interesse médico naquelas crianças, sendo consideradas mal educadas, e não portadoras de um transtorno mental.

Contudo, o crédito científico costuma ficar com George Still e Alfred Tredgold. Louzã Neto (2010) apontam que os achados do médico infantil George Frederick Still (1868-1941) a respeito do funcionamento psíquico anormal em infantes, apresentado

no Lancet em 1902, é avaliado como a primeira publicação médica detalhada do TDAH. Os escritos consistem em um conjunto de 43 casos cuja descrição se aproxima da definição atual do TDAH, numa série de três textos.

O Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (2005), esclarece que:

Essas crianças apresentavam um quadro de agressões, desafio, indisciplina, crueldade, delinquência, insensibilidade à punição, hiperatividade e sérias dificuldades para manter a atenção nas tarefas que realizavam. Cerca de metade delas tinha retardo mental associado, e algumas também apresentavam tiques. O quadro era supostamente secundário a lesões cerebrais que causavam defeitos na consciência moral, na relação cognitiva ao ambiente e na inibição volitiva. (VICTOR; GREVET; BELMONTE-DE-ABREU. 2005,p.23)

Naquela época, já se tinha a opinião de que o transtorno se iniciava precocemente, antes dos oito anos, visto que os casos eram predominantemente do sexo masculino, e que poderia ter uma origem hereditária ou adquirida.

Louzã Neto (2010) citando Barkley (1998), expõe que durante a surto de influenza¹ de 1918-1919, Constantin Von Economo (1876-1931) descreve a encefalite letárgica, cujas sequelas em crianças levavam a um quadro de alterações cognitivas e comportamentais, apresentavam os sintomas de impulsividade, dificuldades cognitivas e sociais, delinquência e agressividade, denominado de transtorno comportamental pós-encefálico tendo grande semelhança os aspectos do TDAH.

Tornar-se evidente que muitos pesquisadores tentaram comprovar que as alterações no comportamento poderiam ser derivadas de uma lesão cerebral, contudo, as alterações características do transtorno está mais relacionada com disfunções em via nervosa. Signor e Santana (2015), afirmam que:

Os traumas perinatais, doenças como o sarampo, a toxicidade por chumbo, a epilepsia e os traumas no crânio começaram a ser estudados e correlacionados com características de comportamento e a alterações cognitivas, muitas das quais encontradas na tríade (hiperatividade, desatenção e impulsividade) do chamado TDAH. (Signor; Santana. 2015, p.42)

¹ A Gripe de 1918 (frequentemente citada como Gripe Espanhola) foi uma pandemia do vírus influenza que se espalhou por quase toda parte do mundo. Foi causada por uma virulência originada do vírus Influenza A do subtipo H1N1.

Da mesma forma que a identificação das possíveis causas do transtorno, segundo Bezerra et.al (2014), com o passar das décadas a nomenclatura deste transtorno, também vem sofrendo alterações. Em 1940 apareceu o termo Lesão Cerebral Mínima (LCM), já em 1962, foi modificada para Disfunção Cerebral Mínima (DCM). Com a grande insatisfação do termo DCM foi introduzido o conceito de hiperatividade. Santos e Vasconcelos (2010) explana que:

Em 1968, o Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais – DSM-II – incluiu as “desordens comportamentais da infância e adolescência” e passou nomear esse transtorno de Reação Hiperkinética – níveis excessivos de atividade. O DSM-III (APA, 1980), na década de 1970, introduziu a denominação Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA) com ou sem hiperatividade. Era consenso priorizar a desatenção, embora a hiperatividade fosse a classe de comportamentos enfatizada. Em 1987, o DSM-III-R, voltou a enfatizar a hiperatividade e alterou novamente a nomenclatura para Distúrbio de Déficit de Atenção e Hiperatividade. (Santos; Vasconcelos. 2010, p.718)

Algum tempo depois houve uma nova alteração DSM em sua 4ª edição sugere como critério de inclusão, em uma determinada categoria diagnóstica os traços comportamentais apresentados pelo paciente.

O Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais, 5ª Edição (DSM-V), oficialmente lançado no dia 18 de maio de 2013, foi o resultado de 12 anos de estudos, revisões e pesquisas em campo. Diante disso, a nova classificação acrescentou, modificou e colocou em desuso alguns diagnósticos, permitindo configurar-se em uma fonte segura e cientificamente embasada para aplicação em pesquisa e na prática clínica. (DORNELES et al., 2014).

Segundo o DSM-V (2014), a característica essencial do TDAH é um conjunto duradouro de falta de atenção, hiperatividade e impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento. O TDAH é um transtorno neurobiológico com etiologia multifatorial incluindo fatores genéticos e ambientais. (GIRARDI; RUBIO, 2012. SILVESTRE, et al. 2016. DORNELES et.al, 2014).

O diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico, norteando-se em aspectos operacionais nítidos e com conceitos bem fundamentados, advindos de fontes nosográficas renomadas tais como o DSM-V e Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição, CID-10.

Mesmo com as mudanças ocorridas no DSM-V é visível a sua similaridade nos critérios do TDAH ao do antigo manual. Permanecendo a classificação com 18

critérios diagnósticos que vão da Desatenção, Hiperatividade ou Impulsividade. As subcategorias dessa síndrome foram permutadas por especificadores possuindo termos idênticos.

Este novo manual traz alterações importantes sobre a idade na qual é estabelecida a presença do transtorno. Antes o diagnóstico poderia ser fechado desde que houvesse a manifestação dos comportamentos típicos até a idade de 7 anos, agora esse limite é ampliado aos 12 anos de idade. Já nos critérios em adultos acerca da predominância de seis sintomas estabeleceu-se que eram suficientes a quantidade mínima de cinco sintomas apenas. Este manual possibilitou que o TDAH e o Transtorno do Espectro Autista pudessem ser classificados de forma associada. (DORNELES et al., 2014).

Em consonância com a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), o TDAH é uma síndrome neurobiológica, de origem hereditária, que se manifesta no período infantil e geralmente permanece na idade adulta.

Os critérios do DSM-V envolvem a análise da frequência, intensidade, amplitude, persistência em mais de um contexto e duração da tríade sintomatológica do TDAH, sejam eles a desatenção, hiperatividade e impulsividade por no mínimo um semestre.

O tipo predominante desatendo, tende a deixar de prestar atenção, falta de persistência, comete erros por descuido, dificuldade de manter o foco, nas atividades escolares se distrai a qualquer estímulo externo, trocando de atividade rapidamente, deixando-as muitas vezes incompletas, são desorganizados, conseqüentemente a memorização é afetada, a criança apresenta esquecimento em atividades diárias. (ROSA; TELLES, 2009).

A hiperatividade se classifica pelo predomínio de comportamento motor tais como, agitar das mãos ou os pés, ou se remexer na cadeira, não ficar quieto em situações que se espera que permaneça sentado, correm e pulam pela sala, dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividade de lazer, falar em demasia. (ROSA; TELLES, 2009).

A impulsividade relaciona-se a atividades afoitas que acontecem sem qualquer reflexão acerca do que estão fazendo, possibilitando grande exposição ao risco que comprometem a integridade física do sujeito, tendem a ter dificuldade em esperar a sua vez, frequentemente se manifestam com intromissão em assuntos alheios. (DSM-V, 2014).

Segundo Rosa e Telles (2009), para o diagnóstico do TDAH, é crucial compreender os sintomas de maneira holística ao longo da vida pregressa do indivíduo, tendo uma concepção ampla do tempo de duração dos sintomas respectivos ou TDAH, normalmente apresentam em sua história de vida desde a idade pré-escolar a presença das condutas pertinentes ao quadro geral do transtorno, ou no mínimo, um intervalo de seis meses. Frequência e intensidade dos sintomas, sendo essencial demonstrar no mínimo seis dos sintomas de desatenção e/ou seis de hiperatividade/impulsividade. Sendo estes comportamentos observados em muitos contextos, como por exemplo, na escola, casa e demais ambientes ao decorrer dos anos, trazendo prejuízos clinicamente significativos na vida da criança.

Sendo necessário uma avaliação cuidadosa de cada sintoma, e não apenas uma listagem sistêmica, para assim poder se diagnosticar o TDAH, pois o diagnóstico traz implicações no decorrer da vida da criança e dos familiares. (ROSA E TELLES, 2009).

Sabe-se, portanto, que Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade compromete de modo marcante a vida da criança e dos adultos que a cercam, pois é uma condição que promove dificuldades, como controle de impulsos, concentração, memória, organização, planejamento e autonomia. E envolve uma grande pluralidade de dimensões implicadas, tais como comportamentais, intelectuais, sociais e emocionais. (GIRARDI; RUBIO, 2012. p. 6).

Tais implicações trazem várias consequências na vida das crianças portadoras de TDAH, como o baixo desempenho escolar, baixa auto-estima, interferência no desenvolvimento educacional e social, predisposição a distúrbios psiquiátricos, problemas de conduta, delinquência, experimentação precoce de drogas e álcool, e conseqüentemente, muitas vezes a família fica desestruturada. Contudo, muitas crianças possuem uma inteligência normal ou acima da média.

Fica evidente que a qualidade de vida dessas crianças é atenuada, os elogios desaparecem e frequentemente a mentira toma conta da situação, sendo muitas vezes rotulados como, bagunceiros, desobediente, preguiçoso, mal-educado, “bicho carpinteiro”, “vive no mundo da lua”. Mattos (2015), afirma que, para lidar com uma criança com TDAH, o adulto precisa conhecer o transtorno e saber diferenciar de má educação e indisciplina.

O DSM-V (2014), afirma que levantamentos populacionais sugerem que o TDAH ocorre na maioria das culturas em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos

adultos. Segundo PROIS [20--], mesmo o transtorno tendo maior incidência em crianças existem indícios de que ele afete sujeitos de todas as faixas etárias e que, aproximadamente 60 a 80% daqueles que manifestam a síndrome na infância mantem os sintomas por toda vida. Mattos (2015, p.22) afirma que “o TDAH é um dos transtornos mais bem estudados na medicina e os dados gerais sobre sua validade são muito mais convincentes que a maioria dos transtornos mentais e até mesmo que muitas condições médicas”.

Diferentemente dos homens, as mulheres tendem a não ser diagnosticadas com TDAH precocemente, tendo como contribuinte o fato de apresentarem menos prevalência de comportamentos exteriorizados e, em particular, de transtorno de conduta comórbido, sendo assim, as mulheres tendem a ter o TDAH do tipo predominantemente desatendo. (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2009; DSM-V,2014).

Segundo o DSM-V (2014), há uma gama de fatores de risco e prognósticos temperamentais do TDAH, diz respeito a associação aos níveis menores de inibição comportamental, de controle à base de esforço ou de contenção, a afetividade negativa, ou maior busca por novidades. Os fatores ambientais como substancias ingeridas na gravidez, nicotina, álcool, baixo peso ao nascer, confere um risco 2 a 3 vezes maior para o TDAH, sofrimento fetal, exposição a chumbo, infecções, problemas familiares, pode haver história de abuso infantil, negligência, múltiplos lares adotivos e famílias com nível socioeconômico mais baixo. Fatores genéticos e fisiológicos, o TDAH é frequente em parentes biológicos de primeiro grau, a herdabilidade do TDAH é substancial. Os genes parecem ser responsáveis não pelo transtorno em si, mas sim, pela predisposição ao TDAH. Todos esses fatores podem ser a causa do transtorno.

Mattos (2015, p.84), ressalta que “o TDAH deve ser compreendido como o resultado final de uma predisposição hereditária e sua eventual associação com outros fatores surgidos após o nascimento”.

É necessário ser feito uma ampla coleta de dados para poder se obter o diagnóstico do TDAH, deve-se ouvir os pais, professores e a criança. Girardi; Rubio, (2012), esboçam que:

Não se pode deixar de considerar e avaliar outras causas para o problema. É preciso estar atento à presença de distúrbios concomitantes (comorbidades). O aspecto mais importante do processo de diagnóstico é um cuidadoso histórico clínico e desenvolvimental. A avaliação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade inclui, frequentemente, um levantamento

do funcionamento intelectual, acadêmico, social e emocional. O exame médico também é importante para esclarecer possíveis causas de sintomas semelhantes aos do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (por exemplo: reação adversa à medicação, problema de tireóide, etc.). O processo de diagnóstico deve incluir dados recolhidos com professores e outros adultos que de alguma maneira, interagem de maneira rotineira com a pessoa que está sendo avaliada. Embora se tenha tornado prática popular testar algumas habilidades como resolução de problemas, trabalhos de computação e outras, a validade dessa prática bem como sua contribuição adicional a um diagnóstico correto, continuam a ser analisadas pelos pesquisadores. (GIRARDI; RUBIO, 2012, p.7)

O TDAH é por muitas vezes associado com outras perturbações, sendo analisado por distintos profissionais da área da saúde, como psicólogo, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos. Sendo assim, se faz necessário a proposta da abordagem multidisciplinar na avaliação, diagnóstico e intervenção destas crianças. (PEREIRA; ARAÚJO; MATTOS, 2005).

Dentre as síndromes mais associadas e corriqueiras ao TDAH estão, a depressão e ansiedade, pois as crianças deprimidas tentam a ficar mais irritadas, com queda acentuada no rendimento escolar. Transtorno Bipolar, que é uma alternância das fases de depressão com fases de muita energia. O Transtorno de Ansiedade Generalizado (TAG), quando ocorre níveis constantes de ansiedade. Fobias, medos intensos de algo ou de uma situação específica. Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), são ideias persistentes acompanhada de comportamentos repetitivos como medo de doenças ou sujeira. Transtorno de Oposição e Desafio (TOD), um comportamento que a criança desafia ativamente os pais e professores, se opondo a obedecer a regras e limites. Transtorno de Conduta (TC), quando as crianças apresentam comportamentos antissocial. (MATTOS, 2015).

Na perspectiva de Mattos, (2015), o tratamento do TDAH em crianças e adolescentes envolve vários aspectos que são complementares. Deve-se ser feita a confirmação do diagnóstico e a avaliação de outros diagnósticos associados. Podendo exigir um parecer de um especialista, realização de entrevistas, preenchimento de questionário e realização de testes neuropsicológicos, e avaliação de linguagens. Estimular um conhecimento mais detalhado do transtorno para os pais e portadores. Uso de medicamento. Orientação aos pais, da melhor maneira de se lidar com o tratamento. Psicoterapia.

Portanto, para Mattos (2015), quando se evidencia o diagnóstico do TDAH, pode-se fazer o uso dos medicamentos, é de suma importância que o diagnóstico seja feito por um profissional qualificado, e que seja feito um complemento entre

medicamento e psicoterapia, para que assim a pessoa com o transtorno possa obter uma melhora ainda mais significativa. Os medicamentos para o TDAH segundo Mattos (2015) agem da seguinte forma no organismo:

Aumentando a quantidade de dopamina e noradrenalina que se encontra relativamente diminuídas em determinadas regiões do sistema nervoso central, mais especificamente nas regiões que controlam os impulsos, os níveis de atenção e os níveis de atividades motoras. A dopamina e noradrenalina são substâncias normalmente produzidas e liberadas pelas células nervosas e servem para transmitir as informações entre elas, por isso são chamadas de neurotransmissores. Uma regulação deficitária nos sistemas de dopamina e/ou noradrenalina parece estar envolvida no aparecimento dos sintomas do TDAH. (MATTOS, 2015, p.211)

Para o tratamento do TDAH os medicamentos são subdivididos em sete grupos, sendo os de primeira escolha os estimulantes. A tabela 1 exemplifica algumas das medicações mais comuns utilizadas na terapêutica deste transtorno. É importante ressaltar que pode ocorrer alterações na ordem de escolha, dependendo de algumas particularidades do paciente. (MATTOS, 2015).

Pode ser feito o uso de mais de um medicamento ao mesmo tempo, nos casos em que o remédio esteja causando insônia, tiques ou gerar agitação. Também nos casos que o TDAH é associado a alguma comorbidade, é necessário utilizar mais de um remédio específico para o TDAH. Os medicamentos para o TDAH não promovem uma cura para tal transtorno, e sim, ajudam a normalizar os neurotransmissores enquanto estão sendo tomados, uma vez interrompidos, há grande chance de tudo voltar a ser como antes. Visto que tal transtorno pode ser uma condição crônica que persiste por um longo período de tempo ou por toda existência do sujeito. (MATTOS, 2015).

Segundo Mattos (2015), quando o tratamento é realizado precocemente, é possível diminuir as consequências emocionais negativas na vida destas crianças, conseqüentemente, diminuir o impacto contraproducentes do TDAH na vida dos familiares e educadores.

4.2 TERAPÊUTICAS E TDAH

Fica evidente que o TDAH venha tomando grandes magnitudes nas perceptivas sociais e educacionais, tendo em vista o grande crescimento da porcentagem de crianças diagnosticadas. Contudo, há cientistas que fomentam dúvida perante tal transtorno, argumentando que o TDAH é apenas um rótulo para amenizar a culpa da escola e pais que não conseguem educar as crianças e não adequam o ensino às suas necessidades. (REIS; SANTANA, 2010).

Geralmente o diagnóstico do TDAH é realizado por médicos ou psicólogos, contudo, para o seu tratamento, além destes, necessita de uma equipe com multiprofissionais, como pedagogos e fonoaudiólogos que analisaram as complexidades presentes na oralidade e escrita dos portadores, para assim, proporcionar uma melhora ainda mais significativa para esta criança e seus familiares. (VIANA, 2013).

Segundo Louzã Neto (2010), a terapêutica do TDAH tem sua origem remontada ao término da década de 1930, por meio da descrição de Bradley de 1937, sobre as consequências do uso de anfetaminas no controle de problemas comportamentais em crianças. Já nos idos de 1950, tem origem o metilfenidato, criado por Leandro Panizzon em 1944, foi inicialmente receitado para o controle da astenia e depressão.

Dando continuidade ou discurso de Louzã Neto (2010), no fim da década de 1950, começou a ser utilizado o metilfenidato sistematicamente, a partir da década de 1970 passou-se a fazer a utilização deste metilfenidato em adultos com TDAH. Atualmente há muitas controvérsias no uso de psicoestimulantes no tratamento do TDAH, especialmente em crianças.

Segundo Siqueira e Gurge-Giannetti (2011), o diagnóstico do TDAH é feito com base no estudo da história clínica do paciente e em avaliações mentais, tendo como tratamento a associação de medicamentos, orientação familiar e aos educadores. Nesta mesma perspectiva a ABDA, complementa expondo que não há marcadores biológicos, testes laboratoriais ou radiológicos que possam indicar, ou confirmar a aspecto do TDAH em seus portadores.

Em relação ao tratamento indicado para crianças com TDAH, estudos revelam o uso de intervenção medicamentosa, eventualmente acompanhada de intervenção psicoterapêutica, quando é efetivado este modelo de tratamento, fica perceptível aos

pais e professores a melhora no desempenho acadêmico e no convívio no núcleo familiar. (PEIXOTO; RODRIGUES, 2008).

Antunes (2008), afirma que a educação é uma prática social humanizadora, tendo como finalidade transmitir a cultura construída historicamente pela humanidade, neste processo a educação é determinada e determinante, o trabalho lúdico com estas crianças auxilia no desenvolvimento psicológico, cognitivo e motor.

Partindo da premissa de trabalhar o lúdico com as crianças TDAH, tenha-se a necessidade de sua definição. Segundo o Dicionário Aurélio lúdico adj. relativos a jogos, brinquedo e divertimento. (MELLO, 2011).

Kishimoto (1994, p.25) apud Mello (2011), define lúdico como brinquedo, brincadeira, jogo, sendo assim, o brinquedo é compreendido como um "objeto suporte da brincadeira", sendo representado por objetos como bonecas, carrinhos, bolas. Os brinquedos podem ser considerados como "estruturados e não estruturados", os estruturados são aqueles que já são adquiridos prontos, como as bonecas, bolas e tantos outros. Já os brinquedos não estruturados são aqueles que não são industrializados, como paus, flores ou pedras, que nas mãos das crianças se transformam, adquirindo assim novos significados, se transformando em brinquedos. A brincadeira se caracteriza por alguma estruturação e pela utilização de regras, alguns exemplos de brincadeira "Brincar de Casinha, Ladrão e Polícia". O jogo consiste na associação tanto ao objeto "brinquedo" quanto à brincadeira, de tal modo, é uma atividade estruturada e organizada por um sistema de regras mais explícitas.

Silva (2011) relata que toda brincadeira, seja ela orientada ou não, traz um significado, ela é uma reprodução alterada al nível dos pensamentos, sentimentos, anseios e desejos concretos. Partindo desta perspectiva o brincar é produtor de aprendizado, pois quais quer que forem os movimentos do corpo já demonstra aprendizado. Silva (2011) citando a teoria de Vigotski (1991), destaca a:

[...] importância do brincar para os processos de aprendizagem e desenvolvimento da criança, pois é através desse ato que a criança reproduz experimentações e vivências que percebe do mundo exterior, e, ainda, que pode relacionar-se com outras crianças. Ele também destacou que o brincar nem sempre é considerado uma atividade que dá prazer à criança, já que outras atividades dão experiências de prazer muito mais intensas do que o brincar. Apesar disto, o ato de brincar é de suma importância na teoria deste autor, merecendo destaque no desenvolvimento e aprendizado da criança. Acredito que em todo ato de brincar há aprendizagem, mas para que ela se torne significativa, ou seja, o que a criança aprende brincando deve fazer sentido para ela e ser transformada em conhecimentos novos ou ampliação daquilo que já conhecem. (SILVA, 2011, p. 12, apud VIGOTSKI, 1991).

Seguindo este pensamento, o brincar proporciona à criança a capacidade para a resolução de problemas, o ato de brincar passa a ser um fator de conscientização dos papéis sociais, normas, regras, na formação crítica e no exercício da cidadania das crianças.

Mesquita et al. (2009), aponta que um dos tratamentos mais optados para o TDAH, é por meio da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), pois permite ao cliente alterar o foco de sua atenção, redefinir suas crenças de forma a aumentar sua adaptabilidade e transformar o jeito como se sente, alterar a conduta e melhorar as habilidades sociais.

Contudo, as atividades lúdicas em psicoterapia e o uso da psicomotricidade são de grande ajudava para o desenvolvimento do portador de TDAH. O trabalho psicomotor ajuda a criança, em relação ao controle de seu corpo pois o mesmo permanece sempre em movimento, trabalhando assim a motricidade de maneira prazerosa e rítmica. Trabalhar com o controle dos movimentos corporais ao invés das punições constantes auxilia no melhor desempenho e conduta destas crianças. (SILVA, 2011).

4.3 INCLUSÃO ESCOLAR: O QUE É ISSO?

Fica evidente que durante meados do século XIX a inclusão escolar e social ganhou grande renome mundial, muito disso deve-se aos movimentos sociais em prol da luta contra as formas de discriminação. Tendo como subsídio a elaboração da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU), em que, no artigo 1º, perfila que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos.” Deste modo nos parâmetros legais assegura às pessoas o direito à liberdade, a educação e ao convívio social. (FARIAS; SANTOS; SILVA, 2009).

Neste aspecto, em 2008 é estabelecida a Política Nacional de Educação Especifica na Perspectiva da Educação Inclusiva, documento primordial para que os estados e municípios instituam uma educação inclusiva, com ações nos âmbitos políticos, culturais, sociais e pedagógicos no amparo do direito de todos a uma educação de qualidade. Contudo, os discursos sobre a necessidade da inclusão escolar já se fazem presente na história brasileira há muito tempo, nesta perspectiva fica evidente a necessidade de um apanhado histórico acerca da definição de inclusão escolar no decorrer dos tempos. (BRASIL, 2010).

De acordo com a história do desenvolvimento da escola, a mesma é caracterizada pela visão da educação que demarca a escolarização como privilégios de um grupo, sendo excluídos indivíduos e grupos fora dos padrões homogeneizadores da escola, legitimando assim as políticas e práticas educacionais reprodutoras da ordem social, seguindo o procedimento do processo de democratização da educação se evidencia o paradoxo inclusão X exclusão. (BRASIL, 2008).

A educação especial se organizou tradicionalmente como atendimento educacional especializado substitutivo ao ensino comum, evidenciando diferentes compreensões, terminologias e modalidades que levaram a criação de instituições especializadas, escolas especiais e classes especiais. Essa organização, fundamentada no conceito de normalidade/anormalidade, determina formas de atendimento clínico terapêuticos fortemente ancorados nos testes psicométricos que definem, por meio de diagnósticos, as práticas escolares para os alunos com deficiência. (BRASIL, 2008, p.6)

A educação inclusiva adquire renome a partir do reconhecimento das dificuldades abordadas no sistema de ensino demonstrando a necessidade de afrontar as práticas discriminatórias e instituir alternativas para superá-las, instituindo deste modo as práticas de inclusão, a partir desta premissa passam a ser repensado a organização da escola e classes especiais, provocando uma mudança estrutural e cultural nas escolas, visando que todos os alunos tenham suas especificidades atendidas. (BRASIL, 2008).

Segundo Gonçalves (2011), o processo de educação inclusiva surge no contexto educacional como um divisor de águas onde a educação especial deixa de ser padronizada como sendo um direito reservado apenas para estudantes deficientes, e se transforma em um instrumento que assegura o direito à escola de qualidade para todos, ou seja, incluindo o ingresso e a permanência de todas as crianças, jovens e adultos em todas as etapas e modalidades do sistema educacional, independente de gênero, raça, etnia, classe social ou deficiência.

Por volta de 1990, com a intensificação dos movimentos sociais de luta contra a discriminação de quaisquer formas de preconceito que anteparam o exercício da cidadania das pessoas com deficiência, surge, em um nível global, os movimentos em amparo à uma sociedade inclusiva. Fortalecendo assim as críticas às práticas homogenias de categorização e segregamento de estudantes encaminhados para ambientes especiais, onde os mesmos eram mantidos excluídos da sociedade, assegurando portanto o processo de exclusão no ambiente escolar. (BRASIL, 2015).

O movimento mundial pela inclusão é uma ação política, cultural, social e pedagógica, desencadeada em defesa do direito de todos os alunos de estarem juntos, aprendendo e participando, sem nenhum tipo de discriminação. A educação inclusiva constitui um paradigma educacional fundamentado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à ideia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola. (BRASIL. 2008, p.5)

O movimento de inclusão implica em uma nova maneira de alcançar os parâmetros educacionais ofertados aos alunos, visando à efetivação do trabalho na diversidade e igualdade. Baseando-se nas defesas dos direitos humanos de acesso, ingresso e permanência nas escolas. A educação inclusiva visa uma reorganização nos colégios, tornando-os suscetíveis a receber todos os tipos de alunos sendo estes

com deficiência ou não, priorizando o aprendizado e a necessidade que cada estudante expõe. (GONÇALVES, 2011).

A escola denominada inclusiva é factível e, com certeza, irá trazer inúmeros benefícios à educação brasileira e à sociedade como um todo, já que está sendo “construída”, e vem acontecendo paulatinamente, é verdade (e não poderia ser diferente, pois a inclusão é um processo gradativo, complexo, que depende de um contínuo desenvolvimento pedagógico e organizacional dos sistemas educacionais). (LOPES, 2011, p.11)

Assim, como citado acima, o processo de inclusão está sendo construído gradativamente no Brasil, por volta de 1854, foram criadas duas instituições em prol dos atendimentos às pessoas com deficiência, “o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, em 1854, atual Instituto Benjamin Constant – IBC, e o Instituto dos Surdos Mudos, em 1857, atual Instituto Nacional da Educação dos Surdos – INES, ambos no Rio de Janeiro”. O instituto Pestalozzi, especializado para pessoas com deficiência mental e fundado em 1926, em 1945 neste mesmo instituto e criado por Helena Antipoff o primeiro atendimento educacional especializado às pessoas com superdotação. Já em 1954 é fundada a Associação de pais e amigos dos Excepcionais (APAE), (BRASIL, 2008).

Em 1961 é promulgada a Lei nº. 4024/61 que estabelece direitos aos “excepcionais” no âmbito educacional. A Lei nº. 5.692/71, que altera a LDBEN de 1961, ao definir ‘tratamento especial’ para os alunos com “deficiências físicas, mentais, os que se encontrem em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e os superdotados”, acaba vigorando o processo de exclusão destes alunos. Em 1973, é criado no MEC, o Centro Nacional de Educação Especial (CENESP), responsável pela gerência da educação especial no Brasil. (BRASIL 2008).

Nessa perspectiva, não era efetivada uma política pública de acesso universal ao ensino, sendo perpetuado a concepção de “políticas especiais” onde se trabalhava com a educação de alunos com deficiência, e com relação aos alunos superdotados, era disponibilizado o acesso ao ensino regular, porém não ofertavam um serviço especializado que atendia as necessidades de aprendizado desses educandos. (BRASIL, 2008).

Segundo Brasil (2008, p.7), o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº. 8.069/90, artigo 55, "os pais ou responsáveis têm a obrigação de matricular seus filhos ou pupilos na rede regular de ensino".

Nesta dimensão, houve a elaboração de um documento na Conferência Mundial sobre Educação para Todos, realizada em Jomtiem, na Tailândia, em 1990, popularmente chamada de Declaração de Jomtiem (1990). Fornecendo assim acepções aos novos enfoques das necessidades básicas de aprendizagem, visando estabelecer acordos mundiais para garantir o acesso e permanência em um ensino de qualidade, com o intuito comum de construir uma sociedade mais humanizadora e justa para todos. (FARIAS; SANTOS; SILVA, 2009; MELLO, 2011; MACHADO, VERNICK 2013,).

Machado e Vernick (2013), discorrem acerca da Declaração de Salamanca (1994), resultado de uma conferência realizada na cidade de Salamanca, na Espanha, a Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade, realizada pela UNESCO, aprofundando as discussões acerca da problematização da escola não acessível a todos os alunos, apresenta uma nova concepção de que todas as crianças devem instruir-se juntas nas escolas, influenciando assim a edificação das políticas públicas da educação inclusiva.

A proposta de criar a Lei de Diretrizes e Bases Nacionais, (LDBEN 9.394/96), de 20 de dezembro de 1996, partiu do poder legislativo. Tendo como princípio a responsabilidade da universalização do ensino para os cidadãos, ou seja, ofertar educação infantil e fundamental para todas as crianças e jovens que neles residem. (MELLO,2011; MACHADO, VERNICK 2013).

O Decreto nº. 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei nº 7.853/89, ao dispor sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência propõe o apoio às pessoas portadoras de deficiência, equiparação de oportunidade, define a educação especial como modalidade transversal a todos os níveis e modalidades de ensino. A partir destes princípios nos termos legalísticos instituem um compromisso com a educação inclusiva. (BRASIL, 2008; MACHADO, VERNICK 2013).

Na perspectiva de Brasil (2008), a Resolução CNE/CEB nº 2/2001, propõe ações importantes voltadas à política de educação especial no aspecto inclusivo. A Lei nº 10.172/2001 que instituiu o Plano Nacional de Educação (PNE) no período de 2001 a 2010, estabelece as diretrizes e metas para a educação das pessoas com necessidades educacionais especiais. (BRASIL, 2008).

Segundo Gonçalves (2011), a Convenção da Guatemala (1999), promulgada no Brasil pelo decreto nº. 3.956/2001, promulga a convenção interamericana para a

eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência.

Em 2002 foi instaurado o Decreto nº. 5.626/05, que regulamenta a Lei nº 10.436/2002, proporcionando um grande avanço em relação a inclusão dos alunos surdos, dispõe sobre a inclusão da Libras como disciplina curricular. (BRASIL,2008).

Gonçalves (2011), elucida que nesta perspectiva foi elaborada em 7 de novembro de 2003, a portaria nº. 3284 do MEC que assegura aos portadores de deficiência física e sensoriais condições básicas de acesso ao ensino superior.

Em 2006 foi realizada pela ONU a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a qual:

[...] é ratificada pelo Brasil como emenda constitucional, por meio do decreto Legislativo 186/2008 e pelo Decreto Executivo 6949/2009. Este documento sistematiza estudos e debates mundiais realizados ao longo da última década do séc. XX e nos primeiros anos deste século, criando uma conjuntura favorável à definição de políticas públicas fundamentadas no paradigma da inclusão social. (BRASIL, 2015, p. 11)

Neste contexto altera o conceito de deficiência, deixando de ser vista como a incapacidade pessoal e passa a ser compreendida no contexto social. Portanto, a essência presente no conceito de deficiência sai de um contexto puramente biológico e passa a referir-se nos obstáculos e entraves sociais. (CAIADO, 2009).

Já em seu artigo 9º, é analisado o conceito de acessibilidade, cabendo a sociedade promover as condições necessárias para possibilitar às pessoas com deficiência viverem de forma autônoma e participarem plenamente de todos os aspectos da vida. (BRASIL, 2015).

O Decreto nº 6.094/2007 estabelece dentre as diretrizes do Compromisso Todos pela Educação, “garantia do acesso e permanência no ensino regular e o atendimento às necessidades educacionais especiais dos alunos, fortalecendo a inclusão educacional nas escolas públicas”. (BRASIL, 2008, p.11).

O Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008, aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Em 2010, foi realizada a Conferência Nacional da Educação (CONAE 2010), com o intuito de debater e deliberar as políticas educacionais elaboradas em um processo democrático e participativo. Em abril de 2010, formulou-se uma nota técnica – SEESP/GABE/nº

9/2010, com orientações para organização de Centros de Atendimento Educacionais Especializados, com fins de delinear os sistemas educacionais inclusivos. (MELLO, 2011).

Em 2011, houve uma nova reestruturação no MEC, por meio do Decreto nº 7.480/2011, no qual:

A Secad passou a ser a Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (Secadi). A educação especial perdeu a condição de secretaria e com a extinção da Seesp as suas atribuições passaram para a Diretoria de Políticas de Educação Especial vinculada a Secadi. Essa diretoria, a partir do Decreto nº 7.690/2012, que trata da estrutura organizacional do MEC, passou a subdividir-se em 5 diretorias: Políticas de Educação do Campo, Indígena, e para Relações Étnico-Raciais; Políticas de Alfabetização e Educação de Jovens e Adultos; Políticas de Educação em Direitos Humanos e Educação; Políticas de Educação Especial; e Políticas de Educação para a Juventude. (MACHADO; VERNICK, 2013, p. 56)

Quando é analisado essas mudanças na estrutura administrativa do MEC em relação à educação especial, fica evidente a descontinuidade legal ou atendimento educacional de qualidade aos alunos com necessidades especiais. Portanto, as políticas de educação especial pautaram-se pelo discurso de educação inclusiva, enfatizando os serviços complementares e suplementares aos estudantes peculiares. (MACHADO; VERNICK, 2013).

Contudo, todas essas leis e decretos almejam uma educação de qualidade que acate as necessidades dos indivíduos com deficiência, nas escolas regulares, salvo aqueles que precisam de apoios intensos e permanentes em escolas especiais. (GONÇALVES, 2011).

A educação inclusiva direciona suas ações para o atendimento às especificidades desses acadêmicos no processo educacionais, no contexto de uma ação escolar de maior amplitude âmbito de uma atuação mais ampla na escola, norteia a instituição de redes de apoio, a formação continuada, reconhecimento de recursos, serviços e o desenvolvimento de práticas colaborativas.

Lopes (2011, p.13) explana a diferença entre a integração e inclusão, pois integração “significa a inserção da pessoa deficiente preparada para conviver na sociedade”. “Já a inclusão significa a modificação da sociedade como pré-requisito para a pessoa com necessidades especiais buscar seu desenvolvimento e exercer a cidadania”.

É necessário uma avaliação ampla acerca da inclusão, pois, significa muito mais do que apenas um acesso, permanência na escola ou no ambiente social. (GONÇALVES, 2011).

4.3.1 Diagnósticos da educação especial no Brasil

Este subcapítulo tem o objetivo de proporcionar uma visão acerca dos indicadores da educação especial, sendo utilizado para referencia-lo o documento, “A CONSOLIDAÇÃO DA INCLUSÃO ESCOLAR NO BRASIL 2003 a 2016”, do Ministério da Educação produzido no ano de 2016, p. 35 a 37.

Segundo Brasil (2016), o Censo Escolar/MEC/INEP, realizado anualmente em todas as escolas de educação básica, permite o:

[...] acompanhamento dos indicadores da educação especial: acesso à educação básica, matrícula na rede pública, ingresso nas classes comuns, oferta do atendimento educacional especializado, acessibilidade nos prédios escolares, municípios com matrícula de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, escolas com acesso ao ensino regular e formação docente para o atendimento às necessidades educacionais específicas dos estudantes. (BRASIL, 2016, p. 35)

Para poder estabelecer esses indicadores no âmbito de educação especial, o censo escolar/MEC/INEP, realiza uma ampla coleta de dados, englobando todos as estruturas escolares referentes ao atendimento educacional especializado.

Censo Escolar registra uma evolução nas matrículas, de 504.039 em 2003 para 930.683 em 2015, crescimento de 85%. Em relação ao ingresso em classes comuns do ensino regular, verifica-se um crescimento de 425%, passando de 145.141 estudantes em 2003 para 760.983 em 2015, conforme explana o gráfico a seguir:

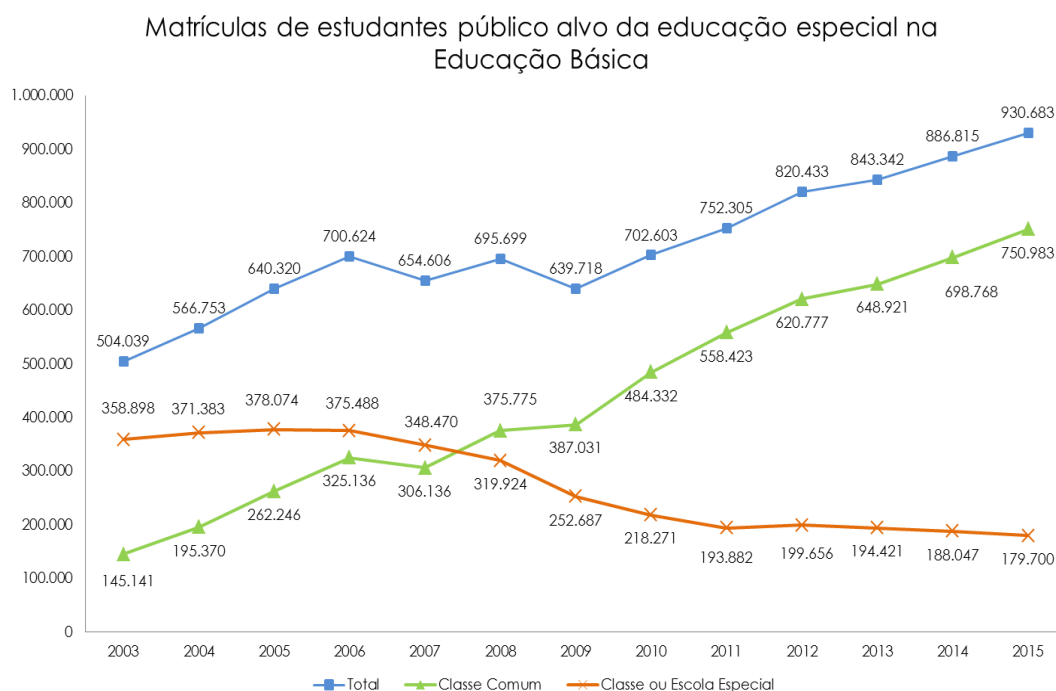


Gráfico 1- Matrículas de estudantes público alvo da educação especial na Educação Básica, Brasil 2016

Em relação à distribuição dessas matrículas nas esferas pública e privada, em 2003 registravam-se 276.261 (53,2%) estudantes na rede pública e 227.778 (46,8%) nas escolas privadas. A partir da ampliação das ações políticas de educação inclusiva nesse período, tenha-se um crescimento de 172% das matrículas nas escolas públicas, que alcançam 751.747 (81%) estudantes em 2015.

O Censo da Educação Superior demonstra que, entre 2003 e 2015, o número de estudantes passou de 5.078 para 33.475 estudantes, representando um crescimento de 559%.

A ampliação das ações de promoção do acesso das pessoas com deficiência à educação, nos últimos anos, resulta no crescimento de 77% no número de municípios com matrículas de estudantes público-alvo da educação especial. Em 2003, registravam-se 3.147 municípios (56,5%), chegando a 2015, com 5.566 municípios (99,9%).

Constata, um aumento do número de escolas com matrícula, que em 2003 eram 28.708 escolas com matrículas de estudantes público-alvo da educação especial e, em 2015, este número sobe para 110.356, crescimento de 284%. Dentre as escolas com matrículas de infantes da rede pública alvo da educação especial, em 2015, 3.758 são escolas especiais e 106.598 são escolas de ensino regular com matrículas nas turmas comuns.

Os professores que atuam na educação especial que tem curso específico desta área segundo o Censo Escolar de 2014 registra 97.459

Nesse sentido percebe que houve uma melhoria no acesso à educação no Brasil tanto no setor público quanto o privado. Além disso, também verificou-se um aumento da matrícula dos alunos especiais, sendo este do montante de 172% de 2003 a 2015.

4.4. A INCLUSÃO E A CRIANÇA COM TDAH

Assim como é descrito no Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), em seu artigo 1º, que todos os indivíduos, originam-se de forma livre, tendo os mesmos direitos a serem respeitados. Portanto, a educação é um direito de todos, embora haja singularidades intelectuais e/ou físicas. Tendo como um dos norteadores para o processo de inclusão escolar a LDB - Lei nº 9.394/96 Art. 2º, sendo dever da família e do Estado, proporcionar uma educação de qualidade para os educandos, com a finalidade de prepará-los para o exercício da cidadania. Dando seguimento a estes ditos, tem-se a necessidade de explicar acerca da inclusão escolar e os alunos com TDAH. (BRASIL, 2016).

Compete a educação especial perpassa todas as etapas da educação, realizar atendimento educacional especializado e disponibilizar recursos e serviços de orientação para a utilização no processo de ensino e aprendizagem das crianças com quaisquer tipos de necessidades especiais. (BRASIL, 2016).

Viana (2013), esclarece que a escola tem que se capacitar para receber os desafios da inclusão escolar, sendo dever da escola reconhecer as peculiaridades dos alunos que refletem em seus processos de aprendizagem, criar princípios avaliativos diversificados, aproximar a relação aluno/professor, ao passo que se tem uma sala de aula onde lembretes, cartazes e demais avisos possam estar dispostos de maneira organizada, dando ênfase as normas gerais de conduta e convivência.

E necessário identificar as diferenças individuais de aprendizado dos educandos, são características das crianças com TDAH, dificuldade da conduta perante a sala de aula, devido à grande necessidade de atenção que envolve as atividades escolares e nas avaliações pedagógicas, portanto, e neste ambiente que é evidenciado maior prevalência das queixas de desatenção por parte dos professores. (VIANA, 2013).

O professor pode contribuir para a aprendizagem do educando com TDAH, através de atividades implantadas com objetivo de incluir os alunos em sala. Contudo, e evidenciado que pouco professor tem conhecimento acerca do TDAH, ou mesmo tendência a ter percepções errôneas acerca da natureza, causas, sintomas e da forma que devem trabalhar com tais crianças. (SILVESTRE et al., 2016)

Na perspectiva de Viana (2013), os educandos com TDAH, acabam não se dedicando o suficiente para concluir ou até mesmo começar suas atividades escolares. Devido ser muito difícil para estas crianças focarem a atenção numa determinada tarefa, quando todos os outros estímulos são mais convidativos a manterem a sua atenção.

No ponto de vista de Silva (2011), o professor tem que procurar meios de despertar o interesse do aluno TDAH na aula e fazer um acompanhamento mais especificado a este educando, pois o mesmo não consegue manter a atenção nos conteúdos administrados em sala da mesma forma que os demais. O professor pode utilizar trabalhar com o lúdico, aspectos emocionais e corporais, com a finalidade de melhorias no aprendizado e na integração de todos os educandos.

Silva (2011), destaca que a escola tem que deixar de segrega pois a sala de aula se torna diversificada, devido as distintas peculiaridades dos educandos. Mello (2011), edifica que:

É importante lembrar que a sala de aula para as crianças com TDAH deve ser muito organizada e estruturada, para que ele se sinta seguro. A regra deve ser clara e deve ser feita de maneira consciente e que as crianças possam cumpri-las. Regras difíceis para ela não devem ser cogitadas. Em tudo o que for feito ou proposto deve haver coerência, para que o trabalho com a turma, como um todo flua de maneira natural e saudável. O professor deve avaliar esta criança de maneira coerente, frequente e imediata. (MELLO, 2011, p.24)

Se mantém como uma das maiores necessidades e dificuldades em sala de aula a organização e regras, devido a criança ser muito desatenta e agitada, não presta a atenção necessário ao professor, além disso, obtém a atenção dos outros alunos para si, desta maneira acaba por, muitas vezes, atrapalhar a aula. (Mello, 2011).

Mello (2011, p.20), assegura que “uma série de mudanças na vida deste indivíduo precisa ser feitas como: reestruturação de seu ambiente, adequação alimentar, eliminar fontes de perigo, entre outras coisas”. Segundo Mello (2011), por meio da utilização do lúdico o professor poderá averiguar as habilidades da criança de maneira significativa e cativante, não deve haver pressão, imposição e cobrança, a criança se sente à vontade para superar as dificuldades cognitivas e emocionais.

A educação inclusiva, promove ações para o atendimento às especificidades dos estudantes no processo educacional. Almejando uma pedagogia centrada no

desenvolvimento, uma atuação mais ampla na escola, na orientação e organização de redes de apoio, identificação de recursos, serviços e o desenvolvimento de práticas colaborativas. (BRASIL, 2016).

Contudo, mesmo com todos os progressos acerca da educação inclusiva, percebe-se que a “normatização” ainda está presente do contexto escolar. (MACEDO et al., 2014).

4.4.1 Inclusão e bem-estar familiar

A família é o primeiro grupo social que a criança é inserida, é nesse espaço que pode evidenciar-se precocemente os aspectos pertinentes ao TDAH nas crianças, através da observação dos comportamentos individuais. Onde os valores, moral e normas são aprendidos, já quando se tem uma família desestruturada tais valores podem muitas vezes serem inexistentes.

A punição da criança TDA² “sobretudo a hiperativa/impulsiva”, na maioria das vezes apresentam-se com castigos físicos “surra, palmada, varadas, tapas”. Também fica evidenciado os castigos psicológicos, quando são retirados objetos “brinquedos, jogos, televisão” que as crianças gostam como forma de punição, ocorrendo também uma degradação em relação ao caráter e auto estima. (SILVA, 2010).

Sendo evidenciado pelas crianças com TDAH, um sentimento de rejeição, pois acreditam que não passam de um estorvo. Tais sentimentos podem acarretar um sofrimento psíquico muito grande, levando os mesmos a dizerem “que irão fugir de casa, ora que são infelizes e que querem se matar”. (SILVA, 2010, p.53).

Outro aspecto importante é a posição que a criança com TDAH assume como “bode expiatório da família”, pois acarreta sobre ela todas as culpas e frustrações familiares. Portanto, quando o tratamento é efetuado adequadamente pode surgir crises inexplicáveis entre os membros da família, devido os resultados positivos começarem a aparecer, ameaçando o sistema familiar, pois os mesmos são confrontados acerca das suas deficiências individuais, tomando conhecimento que a criança com TDAH reproduzia o que aprendeu no seio familiar. (SILVA, 2010)

² Silva (2010), esclarece que com o propósito de facilitar a leitura, faz uso da sigla TDA para designar o déficit de atenção em toda sua gama de manifestações “com ou sem hiperatividade”. Entretanto, ao longo desta pesquisa optou-se por utilizar a sigla TDAH quando referir-se aos postulados da autora acima citada.

Outra característica designada a criança com TDAH é a posição de culpado e causador de todas as brigas. Inclusive quando ele não tem nada a ver com a desordem, poderá haver uma acusação, colocando-a na posição de indiciado. Muito disso deve-se ao transtorno carregado pela criança TDAH, causando muitas confusões e desordem, desta forma, os pais ou professores tendem a culpabilizá-los, sem promover uma investigação mais detalhada acerca dos conflitos. (SILVA, 2010).

Contudo, os pais dos infantis com TDAH, passam por muitos transtornos, devido a agitação das crianças, por muitas vezes viverem no munda da lua e serem “bichinhos carpinteiros” que logo destroem tudo que está em sua volta. Essas situações promovem uma instabilidade emocional nos pais, por muitas vezes não conseguirem lidar com os conflitos da criança, e conseqüentemente acarretar mais discordância entre o casal e todos os membros da família. (SILVA, 2010).

Ficando evidente que os pais ou cuidadores necessitam de mais conhecimento acerca do TDAH, para assim, poderem enxergar o mundo através dos olhos dessas crianças, pois só assim poderão compreender as peculiaridades de conviverem com elas. Faz-se necessário que os pais apresentem um conjunto de ações que garantam sua participação efetiva, enquanto mentores dos filhos, promovendo comportamentos positivos à serem reproduzidos, evidenciado a importância da autoavaliação dos pais, para assim, poderem evidenciar em si mesmos, características de impulsividade e desatenção. (ROCHA; DEL PRETTE, 2010).

Fica evidenciado que uma intervenção educativa no contexto social familiar pode convencionar contingências favoráveis à aprendizagem destas crianças no ambiente escolar. Rocha e Del Prette (2010, p.36), explicam que “essa escolha também se assenta na concepção de que um sistema inclusivo depende da participação e da parceria da família, a fim de garantir o acesso, a permanência e o sucesso dessas crianças na escola”. Dando prosseguimento a essa ideia, Rocha e Del Prette (2010), elucidam que:

No caso das crianças com TDAH, a sua permanência no ambiente escolar depende, portanto, dessa rede de apoio para ampliar suas oportunidades de aprendizagem e garantir o desenvolvimento de suas capacidades acadêmicas ou sociais, que se encontram comprometidas. Nesse sentido, a família, entendida como um componente ativo, contribuinte e essencial à educação dos filhos, divide responsabilidades com a escola para enfrentar os desafios da escolarização impostos a essas crianças. (ROCHA; DEL PRETTE, 2010, p.36).

Entendesse como rede de apoio, a rotatividade de informações e saberes entre família e escola, proporcionando assim, melhorias para a inserção desta criança neste novo ambiente denominado escola. A família tem como um dos pilares proporcionar uma educação aos seus filhos, dividindo com a escola as responsabilidades correspondentes a alfabetização do educando com TDAH. (ROCHA; DEL PRETTE, 2010)

Portanto, “para essa parceria, é importante que os professores sejam cada vez mais informados sobre TDAH e que reconheçam os pais como interlocutores privilegiados e imediatos da tarefa que lhes cabe”. (ROCHA; DEL PRETTE, 2010, p.38).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi exposto nos escritos pode-se concluir que o processo de educação inclusiva, proporciona medidas para a educação especial deixar de ser padronizada, como sendo um direito reservado apenas para estudantes deficientes, e se transforma em um instrumento que assegura o direito à escola de qualidade para todos, ou seja, incluindo o ingresso e a permanência de todas as crianças, jovens e adultos em todas as etapas e modalidades do sistema educacional, independente de gênero, raça, etnia, classe social ou deficiência. (GONÇALVES, 2011).

Portanto, o movimento de inclusão implica em uma nova maneira de alcançar os parâmetros educacionais ofertados aos alunos, visando à efetivação do trabalho na diversidade e igualdade.

Ficando evidente que os pais ou cuidadores necessitam de mais conhecimento acerca do TDAH, para assim, poderem enxergar o mundo através dos olhos dessas crianças, sendo necessário que os pais apresentem um conjunto de ações que garanta a sua participação efetiva, enquanto mentores dos filhos, promovendo comportamentos positivos à serem reproduzidos. Ainda é percebida a importância da autoavaliação dos pais, para assim, poderem notar em si mesmos, características de impulsividade e desatenção. (ROCHA; DEL PRETTE, 2010).

A educação inclusiva, promove ações para o atendimento às especificidades dos estudantes no processo educacional. Os educadores têm no lúdico uma ferramenta para auxiliá-los no trabalho com as crianças com TDAH, pois a brincadeira proporciona à infante a capacidade para a resolução de problemas, o ato de brincar passa a ser um fator de conscientização dos papéis sociais, normas, regras, na formação crítica e no exercício da cidadania das crianças.

Este trabalho se mostra relevante pois tem a finalidade de conscientizar a população a respeito dos aspectos inerentes ao TDAH, pois muitos profissionais da área da educação e familiares ainda não tem conhecimento a respeito deste transtorno e das implicações que o rodeia.

O processo de inclusão está sendo construído gradativamente no Brasil, pois incluir significa muito mais do que apenas disponibilizar o acesso ou a permanência na escola ou no ambiente social para estas crianças, é sim, uma inserção desmistificada acerca das singularidades dos individuais portadores de TDAH.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, M.C.L.; BONA, M.; PEREIRA, G.R.M. Pedagogia e Educação dos Costumes num Antigo Livro Infantil: Der Struwwelpeter. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 30, n. 106, p. 131-149, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v30n106/v30n106a07.pdf>>. Acesso em: 06 setembro 2016.

ANJOS, M.; FERREIRA, M.B. Miniaurélio Século XXI Escolar: O Minidicionário de Língua Portuguesa / Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. 4. ed. ver.anpliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

ANTUNES, M. A.M. Psicologia Escolar e Educacional: História, Compromissos e Perspectivas. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**. v.12, n. 2, p. 469-475, Julho/Dezembro de 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v12n2/v12n2a20.pdf>>. Acesso em: 30 agosto 2016.

Araújo, Á. C.; Neto, F.L. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v. XVI, n. 1, 67 – 82, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v16n1/v16n1a07.pdf>>. Acesso em: 06 outubro 2016.

Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA). Disponível em: <<http://tdah.org.br/br/sobre-tdah/o-que-e-o-tdah.html>>. Acesso em: 30 agosto 2016.

BEZERRA, C.F.M. et al. O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Id on Line Revista de Psicologia**, ano 8, n. 23, Julho/2014. Disponível em:<<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/288/393> >. Acesso em: 07 agosto 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **A Consolidação da Inclusão Escolar no Brasil 2003 a 2016**. Brasília: Ministério da Educação. 2016. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/ssuser858330/a-consolidacao-da-inclusao-escolar-no-brasil-2003-a-2016>>. Acesso em: 30 agosto 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Especial. **Marcos Político-Legais da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: Ministério da Educação. 2010. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6726-marcos-politicos-legais&Itemid=30192 > Acesso em: 06 outubro 2016.

BRASIL. Secretaria de Educação Especial / MEC. **Orientações para Implementação da Política de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Secretaria de Educação Especial / MEC. 2015. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17237-secadi-documento-subsidiario-2015&Itemid=30192>. Acesso em: 30 agosto 2016.

BRASIL. Secretaria de Educação Especial / MEC. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Secretaria de Educação Especial / MEC. Brasília. 2008. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducoespecial.pdf>>. Acesso em: 30 agosto 2016.

CAIADO, K.R.M. Convenção Internacional Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências: Destaques Para o Debate Sobre a Educação. **Revista Educação Especial**. Santa Maria, v. 22, n. 35, p. 329-338, set./dez. 2009, Santa Maria. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/viewFile/813/556>>. Acesso em: 13 outubro 2016.

CALIMAN, L.V. Notas Sobre a História Oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade TDAH. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**. Universidade Federal do Espírito Santo, v.30, n.1, p.46-61, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a05>>. Acesso em: 31 agosto 2016.

DORNELES, B.V. et al. Impacto do DSM-5 no Diagnóstico de Transtornos de Aprendizagem em Crianças e Adolescentes com TDAH: Um Estudo de Prevalência. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v.27, n.4, p.759-767. Dez/2014 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v27n4/0102-7972-prc-27-04-00759.pdf>> Acesso em: 01 setembro 2016.

ELY, A.P.F. **As Múltiplas Faces do TDAH e Suas Implicações Frente ao Diagnóstico Prematuro de Crianças em Idade Escolar**. 32 f. 2014. Monografia (conclusão de curso) - DEPARTAMENTO DE HUMANIDADES E EDUCAÇÃO – DHE, UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – UNIJUI. IJUÍ, 2014. Disponível em: <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2660/TCC%20ANA%20PAULA%20ELY%20FINALIZADO%20CORRETO.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 05 outubro 2016.

FARIAS, R. I.; SANTOS, A. F.; SILVA, É. B. Reflexões Sobre a Inclusão Linguística no Contexto Escolar. p.39-48. Im: DÍAZ, F. et al. e col. **Educação Inclusiva, Deficiência e Contexto Social: questões contemporâneas**. [recurso eletrônico]. Salvador: EDUFBA, 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ufba/170/1/Educacao%20Inclusiva.pdf>>. Acesso em: 13 outubro 2016.

GIRARDI, M.A.M.G.; RUBIO, J.A.S. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. **Revista Eletrônica Saberes da Educação**, v. 3, n.1, 2012. Disponível em: <http://www.facsao Roque.br/novo/publicacoes/pdf/v3-n1-2012/M_Aparecida.pdf>. Acesso em: 07 agosto 2016.

GONÇALVES, L.W.S. **A Participação do Professor no Processo de Inclusão de Estudantes com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)**. 56

f.2011. Monografia (especialização) Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde PGPDS, Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento – PED, Universidade de Brasília – UnB. Brasília, 2011. Disponível em:

<http://bdm.unb.br/bitstream/10483/2266/15/2011_LeydmarWagnerdeSousaGoncalves.pdf> Acesso em: 30 agosto 2016.

LOPES, M.L.C. **Inclusão, Ensino e Aprendizagem do Aluno Com TDAH**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://bdm.unb.br/handle/10483/2187>>. Acesso em: 31 agosto 2016.

LOUZÃ NETO, M. R. **Transtorno de Déficit de Atenção/hiperatividade: Breve História do Conceito**. p.13-21 In: Louzã Neto, M. R. e col. TDAH Transtorno de Déficit de Atenção/hiperatividade ao Longo da Vida. [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2010. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536322056/cfi/1!/4/2@100:0.00>>. Acesso em: 05 setembro 2016.

MACEDO, M. C. S. et al. Histórico da Inclusão Escolar: Uma Discussão Entre Texto e Contexto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 179-189, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n2/02.pdf>>. Acesso em: 06 outubro 2016.

MACHADO, E.R.; VERNICK, M.G.L.P. Reflexões Sobre a Política de Educação Especial Nacional e no Estado do Paraná. **Nuances: estudos sobre Educação**, Presidente Prudente, SP, v. 24, n. 2, p. 49-67, maio/ago. 2013. Disponível em: <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/viewFile/2479/2224>>. Acesso em: 08 setembro 2016.

SILVA, M. L. **Psicomotricidade e Atividades Lúdicas Para Alunos da Educação Básica que Apresentam TDAH**. 54 f. 2011. Monografia (especialização), Programa de Pós Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde PGPDS, Universidade de Brasília – UnB. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/2336/1/2011_MarileideLemesdaSilva.pdf>. Acesso em: 06 outubro 2016.

MELLO, V.M.C. **A Importância do lúdico para Crianças com Transtorno e Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na Educação Infantil**. 70 f., 2011. Monografia (conclusão de Curso) Universidade de Brasília – UnB Instituto de Psicologia – IP, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/2409/1/2011_ValeriaMigueldaCruzMelo.pdf>. Acesso em: 05 setembro 2016.

MESQUITA, C. M. Terapia Cognitivo-comportamental e o TDAH Subtipo Desatento: Uma Área Inexplorada. **REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS**, v.5, n.1, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v5n1/v5n1a04.pdf>>. Acesso em: 06 outubro 2016.

MATTOS, P. No Mundo da Lua **Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade /TDAH** : Pergunta e Resposta Sobre Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade em Crianças, Adolescentes e Adultos. C, A e A. 16 ed. Associação brasileira do Déficit de Atenção. 2015.

OLIVEIRA, C.G.; ALBUQUERQUE, P.B. Diversidade de Resultados no Estudo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n.1, p. 93-102, Jan-Mar 2009, disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n1/a11v25n1.pdf>>. Acesso em: 13 outubro 2016.

PEIXOTO, A. L. B.; RODRIGUES, M. M. P. Diagnóstico e Tratamento de TDAH em Crianças Escolares, Segundo Profissionais da Saúde Mental. **Aletheia**, Canoas, n.28, p.91-103, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n28/n28a08.pdf>>. Acesso em: 13 outubro 2016.

PEREIRA, H. S.; ARAUJO, A. P. Q. C.; MATTOS, P. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): Aspectos Relacionados á Comorbidade com Distúrbios da Atividade Motora. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n4, p. 391-402, out./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27757.pdf>>. Acesso em: 13 outubro 2016.

PROIS. **TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção e hiperatividade**: Uma Conversa com Educadores. 33p. [20--]. Disponível em: <http://www.tdah.org.br/images/stories/site/pdf/tdah_uma_conversa_com_educadores.pdf>. Acesso em: 06 outubro 2016.

REIS, G.V.; SANTANA, M.S.R. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): Doença ou Apenas Rótulo?.**An. Sciencult**. Paranaíba v. 2, n. 1, p.188-195, 2010. Disponível em:

ROSA, A.C.D.N.; TELLES, M.V.L. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças e Adolescêntes: Revisão de Literatura. **Id on Line Revista de Psicologia**, ano 3, n.10, Novembro/2009, p. 81-114. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/97/97>>. Acesso em: 05 outubro 2016.

SANTOS, L.F.; VASCONCELOS, L.A. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Uma Revisão Interdisciplinar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26 n.4, Out-Dez 2010, p. 717-724. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n4/15.pdf>>. Acesso em: 06 setembro 2016.

SENO, M. P. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): o que os educadores sabem?. **Revista Psicopedagogia**, vol.27, n.84, São Paulo, 2010, p.334-343. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v27n84/v27n84a03.pdf>>. Acesso em: 05 de outubro 2016.

SIGNOR, R.C.F.; SANTANA, A.P.O. A outra face do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Distúrbios comum**, São Paulo, v.27, n.1, p.39-54, março/2015. Disponível em: <file:///C:/Users/CCE/Downloads/19700-57923-4-PB.pdf>. Acesso em: 06 setembro 2016.

SILVA, A. B. B. **Mentes Inquietas TDAH : Desatenção, Hiperatividade e Impulsividade**. [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro, Objetiva Ltda, 2010. Disponível em; <<http://lelivros.me/book/download-mentes-inquietas-ana-beatriz-barbosa-silva-em-epub-mobi-e-pdf/>>. Acesso em: 06 outubro 2016.

SILVESTRE, Á. et al. Família e a Escola na Aprendizagem da Criança com TDAH: a necessidade de uma parceria ativa e produtiva. **PEDAGOGIA EM AÇÃO**, Minas Gerais. v.8, n.1, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/pedagogiacao/article/view/12325/9614>>. Acesso em: 13 outubro 2016.

SIQUEIRA, C.M.; GURGE-GIANNETTI, J. Poor School Performance: An Updated Review. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.57, n. 1, p.78-86, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n1/en_v57n1a21.pdf>. Acesso em: 13 outubro 2016.

SOARES, A.L. **Atividades Lúdicas e Crianças com Transtorno com Déficit de Atenção e Hiperatividade**. 62 f. 213. Monografia (curso de psicologia) - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB FACULDADE DE EDUCAÇÃO – FE. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/9046/1/2013_AmandaLopezSoares.pdf>. Acesso em: 13 outubro 2016.

VIANA, N. P. **O Lúdico em Benefício da Aprendizagem de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH)**. p. 751- 758. In: Seminário Internacional Inclusão e Educação: Universidade e Participação 3, Universalidade e Participação na Contemporaneidade. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.lapeade.educacao.ufrj.br/anais/files/WSMF2874.pdf>>. Acesso em: 06 outubro 2016.

VICTOR, M.; GREVET, E.; BELMONTE-DE-ABREU, P. Histórico e Epidemiologia do TDA/H. Cap. I, p. 18-54. In: HOUNIE, A.G.; CAMARGOS JR, W. e col. **Manual Clínico do Transtorno de Deficit de Atenção / Hiperatividade**. [recurso eletrônico]. Nova Lima MG: Editora Info Ltda, 2005. Disponível em: <<https://psicoeducauff.files.wordpress.com/2012/03/manual-clinico.pdf>>. Acesso em: 01 setembro 2016.

ANEXOS

Tabela 1-Medicamentos recomendados para o tratamento do TDAH.

MEDICAMENTOS RECOMENDADOS EM CONSENSOS DE ESPECIALISTAS			
NOME QUÍMICO	NOME COMERCIAL	DOSAGEM	DURAÇÃO APROXIMADAMENTE DO EFEITO
PRIMEIRA ESCOLHA: ESTIMULANTES (em ordem alfabética)			
Lisdexanfetamina	Venvanse	30, 50 ou 70 mg pela manhã	12 a 13 horas
Metilfenidato (liberação imediata)	Ritalina	5 a 20 mg de 2 a 3 vezes ao dia	3 a 5 horas
Metilfenidato (ação prolongada)	Concerta	18,36 ou 54 mg pela manhã	12 horas
	Ritalina LA	20, 30 ou 40 mg pela manhã	8 horas
SEGUNDA ESCOLHA: caso o primeiro estimulante não tenha obtido o resultado esperado, deve-se tentar o segundo estimulante			
TERCEIRA ESCOLHA: ESTIMULANTES (em ordem alfabética)			
Atomoxetina (1)	Strattera	10,18,25,40 ou 60 mg 1 vez por dia	25 horas
QUARTA ESCOLHA: antidepressivos (nem todo antidepressivo é utilizado no tratamento do TDAH; os antidepressivos tricíclicos (imipramine e nortriptilina) exigem exames prévios de Eletrocardiograma)			
Imipramine (antidepressivo)	Tofranil	2,5 a 5 mg por peso dividido em 2 doses	
Nortriptilina (antidepressivo)	Pamelor	1 a 2,5 mg por Kg de peso dividido em 2 horas	
Bupropiona (antidepressivo)	Wellbutrin	150 mg 2 vezes ou dia (ou Wellbutrin XL 1 vez ao dia)	
QUINTA ESCOLHA: caso o primeiro antidepressivo não tenha obtido o resultado esperado, devesse-se tentar o segundo antidepressivo			
SESTA ESCOLHA: alfa-agonista			
Clonidina (medicamento antidepressivo) (2)	Atensina	0,05 mg ao deitar ou 2 vezes ao dia	12 a 1 horas
OUTROS MEDICAMENTOS (sem aprovação oficial para o uso do TDAH)			
Modafinila (medicamento para distúrbio do sono)	Stavigile	100 a 200 mg por dia, no café	24 Horas

(1) O Strattera ainda não é comercializado no Brasil, mas pode ser importado através de empresas de importação de medicamentos.

(2) A Clonidina raramente é usada isoladamente no tratamento do TDAH. A guanfacina é uma molécula da clonidina e vem sendo utilizada no exterior.

Fonte: Livro no Mundo da Lua Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade/TDAH