

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA, DESENVOLVIMENTO E
POLÍTICAS PÚBLICAS**

ELYSÂNGELA TEIXEIRA SOARES DA FONSECA

**PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL E O PROCESSO DE
IDENTIFICAÇÃO DE ALUNOS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: FUNDAMENTO TEÓRICO-CIENTÍFICO
OU EVIDÊNCIA COMPORTAMENTAL?**

**SANTOS
2023**

ELYSÂNGELA TEIXEIRA SOARES DA FONSECA

**PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL E O PROCESSO
DE IDENTIFICAÇÃO DE ALUNOS COM TRANSTORNO DE
DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: FUNDAMENTO
TEÓRICO-CIENTÍFICO OU EVIDÊNCIA COMPORTAMENTAL?**

Dissertação e Produto Técnico apresentado aos Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Orientadora: Profa. Dra. Luana Carramillo Going.

SANTOS

2023

F676p Fonseca, Elysângela Teixeira Soares da
Professores do Ensino Fundamental e o processo de
identificação de alunos com Transtorno de Déficit
de Atenção e Hiperatividade [recurso eletrônico] :
fundamento teórico-científico ou evidência comportamental?
/ Elysângela Teixeira Soares da Fonseca ; orientadora
Luana Carramillo Going. -- 2023.
167 f.

Dissertação (mestrado) e Produto Técnico - Universidade
Católica de Santos, Programa de Pós-Graduação stricto
sensu em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas,
2023

Inclui bibliografia

1. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. 2. Ensino
3. Formação Docente. 4. Inclusão. 5. I. Going, Luana Carramillo.

CDU: Ed. 1997 -- 159.9(043.3)

FONSECA, Elysângela Teixeira Soares da. **Professores do Ensino Fundamental e o processo de identificação de alunos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: fundamento teórico-científico ou evidência comportamental?** 2023. 167 páginas. Dissertação e Produto Técnico do Programa de Mestrado em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos, Santos, 2023.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Luana Carramillo Going

Profa. Dra. Elisete Gomes Natário

Prof. Dr. Helio Alves

Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas
Públicas. Área de Concentração: Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas
Linha de Pesquisa: Psicologia, desenvolvimento e Políticas Socioeducacionais

Dedico este trabalho a minhas filhas, Gabriela, Michelle e Maria Eduarda, que sempre acreditaram em mim e me deram forças para chegar até aqui. Vocês são a razão de não ter desistido.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas.

A minha orientadora Prof^a. Dr^a. Luana Carramillo Going, por não desistir de mim, foi sua dedicação e persistência que me impulsionou à conclusão.

Aos Professores Dr^a. Elisete e Dr. Hélio, que gentilmente de propuseram a fazer parte da Banca Examinadora e que muito contribuíram à pesquisa.

Aos professores que me acompanharam pelo período do mestrado. Vocês deram o bem mais precioso, o conhecimento.

A minhas amigas, Sandra Regina e Madalena, que torceram e oraram por mim.

A meus colegas de curso, juntos crescemos e vimos concretizar nosso sonho.

A meus colegas de trabalho, em especial a Waléria, que me ouviu falar do assunto muitas e muitas vezes.

Aos professores que com todo carinho contribuíram respondendo ao questionário.

Meu muito obrigada.

“Não é o paciente que necessita de um diagnóstico, mas o terapeuta, para poder intervir.”

Extraído do livro: A Inteligência Aprisionada
Alicia Fernández

FONSECA, Elysângela Teixeira Soares da. **Professores do Ensino Fundamental e o processo de identificação de alunos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: fundamento teórico-científico ou evidência comportamental?** 2023.167 páginas. Dissertação e Produto Técnico do Programa de Mestrado em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos, Santos, 2023.

RESUMO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), afeta em torno de 5 a 8% de crianças em idade escolar no mundo, causando uma série de fracassos na vida escolar que poderiam ser evitados por meio do conhecimento sobre o tema por parte dos envolvidos no processo de ensino-aprendizado, mais especificamente, os professores do Ensino Fundamental, objeto do estudo. O tema proposto surgiu devido a questionamentos e inquietações advindas da prática pedagógica. Pelo senso comum, os professores desconhecem ou conhecem pouco do transtorno e suas especificidades. Sem instrumentos, o professor encontra dificuldades em lidar com as situações ocasionadas pelo transtorno. Assim, o objetivo da pesquisa foi verificar se o conhecimento teórico-científico e as práticas pedagógicas dos docentes estão embasados por fundamentos teóricos científicos ou por observação comportamental, ao lidar com as especificidades do transtorno durante o processo ensino-aprendizagem. O estudo foi realizado junto a professores que atuam na rede pública estadual de ensino nas cidades de Santos, Guarujá, Cubatão e Bertioga, no Estado de São Paulo. Foram convidados 60 professores de educação básica, que, no momento da pesquisa, atuavam nos 6^{os} aos 9^{os} anos do Ensino Fundamental como amostra a fim de responderem um questionário na Plataforma “Google Forms”, com questões fechadas e abertas, cuja finalidade foi de levantar o conhecimento dos professores sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e conhecer as práticas docentes desenvolvidas para a inclusão desses alunos. A análise dos dados obtidos por meio do questionário foi realizada pela Análise de Conteúdo. Para tanto, as respostas obtidas foram divididas em três categorias: de que maneira o professor identifica o aluno com TDAH ; quais as práticas pedagógicas utilizadas pelos professores; e, qual a fonte de informação do professor. Observamos que os participantes da pesquisa conhecem o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, embora superficialmente, e apresentaram dúvidas em como auxiliar os alunos de acordo com suas especificidades na prática pedagógica diária. Apresentaram também, desejo de obter informações sobre o Transtorno, legislação de inclusão dos alunos com dificuldades de aprendizagem e instrumentos práticos a fim de facilitar o processo de ensino-aprendizagem dos educandos. Para atender a demanda dos educadores, como Produto Técnico propomos um Curso de Formação Profissional com o título: “Transtorno De Déficit De Atenção E Hiperatividade: Uma Realidade Na Escola”; contendo o conceito do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; as especificidades do Transtorno; a legislação de inclusão e sugestão de recursos didático-pedagógicos para o educador auxiliar os alunos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; ensino fundamental; formação docente; inclusão.

FONSECA, Elysângela Teixeira Soares da. **Elementary School teachers and the process of identifying students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: theoretical-scientific foundation or behavioral evidence?** 2023. 167 pages. Dissertation and Technical Product of the Master's Program in Psychology, Development and Public Policy at the Catholic University of Santos, Santos, 2023.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) affects around 5 to 8% of school-aged children in the world, causing a series of failures in school life that could be avoided through knowledge on the subject on the part of teachers. Involved in the teaching-learning process, more specifically, elementary school teachers, the object of this study. The proposed theme arose due to questions and concerns arising from pedagogical practice. By common sense, teachers are unaware or know little about the disorder and its specificities. Without instruments, the teacher finds it difficult to deal with the situations caused by the disorder. Thus, the objective of the research was to verify if the theoretical-scientific knowledge and the pedagogical practices of the professors are based on scientific theoretical foundations or by behavioral observation, when dealing with the specificities of the disorder during the teaching-learning process. The study was carried out with teachers who work in the state public education network in the cities of Santos, Guarujá, Cubatão and Bertioga, in the State of São Paulo. 60 basic education teachers were invited, who, at the time of the research, worked in the 6th to 9th years of Elementary School as a sample in order to answer a questionnaire on the "Google Forms" Platform, with closed and open questions, whose purpose was to raise teachers' knowledge about Attention Deficit Hyperactivity Disorder and to know the teaching practices developed for the inclusion of these students. The analysis of data obtained through the questionnaire was performed using Content Analysis. Therefore, the answers obtained were divided into three categories: how the teacher identifies the student with ADHD; what are the pedagogical practices used by teachers; and, what is the teacher's source of information. We observed that the research participants are aware of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, albeit superficially, and had doubts about how to help students according to their specificities in daily pedagogical practice. They also showed a desire to obtain information about the Disorder, legislation for the inclusion of students with learning difficulties and practical instruments in order to facilitate the teaching-learning process of students. To meet the demand of educators, as a Technical Product we propose a Professional Training Course with the title: "Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Reality at School"; containing the concept of Attention Deficit Hyperactivity Disorder; the specifics of the Disorder; the inclusion legislation and suggestion of didactic-pedagogical resources for the educator to help students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder; elementary education; teacher education; inclusion.

LISTA DE SIGLAS

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BNCC - Base Nacional Comum Curricular
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CENESP - Centro Nacional de Educação Especial
CID – Código internacional de doenças
CNE/CEB – Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica
CNE/CP – Conselho Nacional de Educação/Conselho Pleno
D.O.U. - Diário Oficial da União
DSM-II - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 2ª edição
DSM-III - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 3ª edição
DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª edição
DSM-V - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
EE – Escola Estadual
LBI - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência
LDBEN - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC - Ministério da Educação e Ciência
MEC/SEESP - Ministério da Educação e Ciência/Secretaria de Educação Especial
NAAH/S - Núcleos de Atividades de Altas Habilidades/Superdotação
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONCB - Organização Nacional de Cegos do Brasil
ONU – Organização das Nações Unidas
PDE - Plano de Desenvolvimento da Educação
PNE - Plano Nacional de Educação
PNEE - Política Nacional de Educação Especial
SECADI - Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão
TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TOD - Transtorno Opositor Desafiador
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNISANTOS – Universidade Católica de Santos

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Quadro Sintético da Linha do Tempo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.....	28
Quadro 2 -	Subtipos de TDAH e os critérios diagnósticos.....	32

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Tempo de Magistério.....	53
Figura 2 -	Conhecimento sobre o Transtorno de Atenção e Hiperatividade.....	52
Figura 3 -	O participante teve aluno com TDAH.....	54
Figura 4 -	O participante teve aluno com diagnóstico confirmado por laudo médico.....	55
Figura 5 -	De que maneira o participante identifica o aluno com TDAH.....	56
Figura 6 -	O participante conhece sobre a legislação de inclusão do aluno com TDAH.....	57
Figura 7 -	O participante recebeu informações sobre o TDAH durante a Graduação.....	58
Figura 8 -	O participante recebeu informações sobre legislação de inclusão na Graduação.....	59
Figura 9 -	Como os professores identificam o aluno com TDAH.....	63
Figura 10 -	Práticas Pedagógicas utilizadas pelos pesquisados.....	64
Figura 11 -	Fonte de informação do docente sobre o TDAH.....	66

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	16
	INTRODUÇÃO.....	19
1.	REVISÃO HISTÓRICA DA ORIGEM DO DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE	21
1.1	As primeiras descrições nos séculos XVIII e XIX.....	22
1.2	O TDAH e a questão moral na literatura no século XIX.....	23
1.3	O termo “Deficiência Moral” entre o final do século XIX e início do século XX.....	23
1.4	Dr. George Still e o início oficial do diagnóstico do TDAH.....	24
1.5	Encefalite letárgica.....	25
1.6	O início da terapia farmacológica e o surgimento do metilfenidato...	26
1.7	O aumento dos estudos sobre TDAH na segunda metade do século XX.....	27
1.8	Quadro Sintético da Linha do Tempo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.....	27
2.	O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: DEFINIÇÃO.....	29
2.1	Definição do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.....	29
2.2	Critérios Diagnósticos.....	31
2.3	Especificação quanto à gravidade, segundo DSM-V.....	34
2.4	2.4 O cérebro e as funções executivas no TDAH.....	35
3.	AS ATUAIS POLÍTICAS EDUCACIONAIS DE INCLUSÃO E O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE	37
3.1	Breve histórico da legislação brasileira de inclusão.....	37
3.2	O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e a Inclusão escolar.....	42
4.	OBJETIVOS.....	47
4.1	Problema.....	47
4.2	Hipótese.....	47
4.3	Objetivo geral.....	47

4.4	Objetivos específicos.....	47
5.	METODOLOGIA.....	48
5.1	Local.....	49
5.2	Instrumento.....	49
5.3	Procedimentos.....	49
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
6.1	Pesquisa sociodemográfica – Parte 1.....	52
6.1.1	Tempo de Magistério.....	52
6.1.2	Conhecimento sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.....	53
6.1.3	Ter aluno com TDAH.....	54
6.1.4	Ter aluno com laudo médico de TDAH.....	55
6.1.5	Como o professor identifica um aluno com TDAH.....	56
6.1.6	O professor conhece a legislação que trata do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade?.....	57
6.1.7	A Formação do Professor na Graduação sobre o TDAH.....	58
6.1.8	A Formação do professor na Graduação sobre a legislação de inclusão.....	59
6.1.9	Discussão do Parte 1.....	60
6.2	Análise de Conteúdo segundo Bardin – Parte 2.....	61
6.2.1	Categoria 1.....	63
6.2.2	Categoria 2.....	64
6.2.3	Categoria 3.....	65
6.2.4	Discussão do Parte 2.....	66
6.3	Critérios diagnósticos – Parte 3.....	68
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
8.	PRODUTO TÉCNICO: CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO BÁSICA - TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: UMA REALIDADE NA ESCOLA.....	72
8.1	Introdução.....	74
8.2	Fundamentação teórica.....	75
8.2.1	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: uma definição..	77

8.2.2	O TDAH e o Desempenho Escolar.....	77
8.2.3	Legislação Vigente.....	78
8.3	Curso formação profissional para professores de educação básica – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: uma realidade na escola.....	82
8.3.1	Nome do curso.....	82
8.3.2	Carga horária.....	82
8.3.3	Duração do curso.....	82
8.3.4	Público-alvo.....	82
8.3.5	Vagas oferecidas.....	82
8.3.6	Objetivo geral.....	82
8.3.7	Objetivos Específicos.....	82
8.3.8	Metodologia.....	82
8.3.9	Justificativa.....	82
8.3.10	Resultados esperados.....	82
8.4	Módulo 01 – TDAH – Definição, Histórias e Tipos.....	83
8.4.1	Aula 01- O cérebro e o TDAH/ Funções Executivas.....	83
8.4.2	Aula 02- Definição do TDAH/ História do TDAH.....	86
8.4.3	Aula 03 - Tipos de TDAH: desatento; hiperativo e impulsivo; combinado.....	88
8.4.4	Aula 04 - Critérios diagnósticos – DSM-V e CID11/ Principais comorbidades.....	90
8.5	Módulo 02 – Protocolo Terapêutico.....	92
8.5.1	Aula 05- Avaliação clínica: quem pode realizar/ escala SNAP–IV: diagnóstico para TDAH.....	92
8.5.2	Aula 06- Principais problemas apresentados na aprendizagem e na escola/ problemas de comportamento/ relatório pedagógico de encaminhamento.....	95
8.5.3	Aula 07- Plano de aula/ intervenção/ medicamentos.....	96
8.6	Módulo 03 – Trabalhando áreas específicas.....	97
8.6.1	Aula 08-Regras e estratégias para ambientes distintos/ Professores com alunos TDAH/ Lei 14.254/2021.....	97
8.6.2	Aula 09- TDAH em adultos/ dicas de livros e filmes	100

8.7	Módulo 04 – Trabalhando o TDAH na prática.....	102
8.7.1	Aula 10- Práticas.....	102
8.9	Considerações Finais.....	105
8.10	Referências do Produto Técnico.....	106
	REFERÊNCIAS.....	109
	APÊNDICE A.....	114
	APÊNDICE B.....	117
	APÊNDICE C.....	135
	ANEXO A.....	137
	ANEXO B.....	140
	ANEXO C.....	155
	ANEXO D.....	167

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa surgiu com a observação da prática do trabalho diário da pesquisadora junta a colegas de magistério, durante 20 anos de experiência na formação de crianças, adolescentes e jovens na Educação Básica em escolas públicas do Estado de São Paulo, em algumas cidades da Baixada Santista, mais especificadamente as cidades de Santos, Guarujá, Bertioga e Cubatão.

Minha primeira Graduação foi em Letras. Resolvi voltar a estudar após casada e com duas filhas pequenas. Aprendi a amar o magistério ao longo do tempo, pois constatei a influência que exercemos na vida diária dos alunos e a construção na busca por auxiliá-los a ter uma vida melhor, tornou-me uma apaixonada pelo processo.

Ingressei no magistério ainda durante a Licenciatura em Letras, em 1999. Importante destacar que desde o início de minha jornada docente, procurei trabalhar não só com os Anos Finais¹ do Ensino Fundamental, mas também no Ensino Médio, embora sempre tenha me identificado com os pequenos, de idade entre 11 e 12 anos.

Iniciei como professora substituta na Rede Estadual de ensino. Em 2001, fui contratada em uma escola particular na cidade onde morava, Guarujá, para lecionar na disciplina de Língua Portuguesa.

Em 2004, ingressei de forma efetiva aos quadros do magistério estadual paulista como professora titular na disciplina de Língua Portuguesa.

Atualmente atuo como Assistente de Direção na Diretoria Regional de Ensino – Região Santos, no Núcleo de Vida Escolar, trabalhando com a documentação de Escolas Estaduais e Particulares da Região.

Estudar sempre foi minha paixão. Entender como se dá o processo de ensino-aprendizagem, tornou-se para mim, uma fonte de pesquisa.

Em 2005, formei-me na Graduação em Pedagogia e em 2019 na Pós-graduação Lato Sensu em Psicopedagogia.

¹ Segundo o MEC/CEB, o Artigo 2º da RESOLUÇÃO Nº 3, DE 3 DE AGOSTO DE 2005, define a nomenclatura adotada em Território Nacional, para as Etapas de Ensino da Educação Básica, referente a faixa etária prevista entre 11 e 14 anos e que engloba o período da Educação Básica de 6º, 7º, 8º e 9º Anos é utilizada Anos Finais do Ensino Fundamental.

Durante o estágio na pós-graduação em Psicopedagogia, tive o caso de uma jovem, com queixa de Dislexia. Ao realizar a análise psicopedagógica, a Dislexia não se confirmou, apontando o caso para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. A moça, havia tido diversos episódios ao longo da vida acadêmica de fracassos e dificuldades. Só prosseguiu os estudos, devido à formação familiar sólida e comprometida, o que me fez acender um alerta para o seguinte problema: se os professores que soubessem sobre o TDAH a teria poupado de todo desgaste e sofrimento?

A partir deste episódio, passei a observar durante reuniões formais e informais, junto a meus pares, casos de alunos com comportamentos semelhantes aos existentes no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e que não haviam passado por uma avaliação médica, ou que haviam passado, mas não foram diagnosticado por exames clínicos.

Esses casos, causavam certo desconforto, pois, embora sempre buscando informações relevantes aos processos de ensino-aprendizagem em diversas situações, não se tinha instrumentos para auxiliar os alunos que apresentavam esses comportamentos diferenciados.

No ano de 2022, por exemplo, observei que na escola que eu lecionava na época, apesar de existirem somente 3 alunos confirmadamente com diagnóstico para TDAH com laudos médicos e registrados no Sistema Digital Estadual (Secretaria Escolar digital-SED²), havia inúmeros casos de alunos em que os professores suspeitavam que eram alunos com TDAH e verbalizavam esta suspeita nas reuniões pedagógica.

Assim surgiu o questionamento que trago à luz da pesquisa científica: os professores estão preparados para desenvolver esses alunos? A formação teórica e especialista de cada componente curricular (português, matemática, história, geografia, ciências, inglês, educação física, educação artística) traz recursos a fim de orientar os alunos com TDAH a dar o próximo passo ao desenvolvimento cognitivo?

² SED – Secretaria Escolar Digital é uma plataforma em que são armazenados dados escolares de escolas, servidores e alunos e que tem alguns de seus dados abertos à consulta pública.

Pretendendo, não resolver ou responder definitivamente, mas compreender a estes questionamentos, ingressei no Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos, inserida na linha de pesquisa 2: Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Socioeducacionais.

INTRODUÇÃO

O Senado aprovou a Lei de nº 14.254, de 30 de novembro de 2021 que institui o acompanhamento integral aos alunos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e Transtorno de Aprendizagem. A lei também define que os sistemas de ensino devem garantir aos professores da educação básica amplo acesso à informação, inclusive quanto aos encaminhamentos possíveis dos alunos com TDAH para atendimento multissetorial, e formação continuada para capacitá-los à identificação precoce dos sinais relacionados aos transtornos de aprendizagem ou ao TDAH, bem como para o atendimento educacional escolar dos educandos.

Frente a legislação e a demanda atual, intensifica-se o questionamento: Os professores do Ensino Fundamental identificam os alunos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade por meio de fundamentos teórico-científicos ou por observação comportamental, durante o processo de ensino-aprendizagem?

O estudo foi realizado junto a professores que atuam na rede pública estadual de ensino na região das cidades de Santos, Guarujá, Cubatão e Bertioga, no Estado de São Paulo. A meta foi verificar e observar o professor da Educação Básica diante o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade serviu como ponto de partida da pesquisa a fim de descobrir as necessidades existentes em sala de aula, projetando recursos que o auxiliem em suas práticas pedagógicas no enfrentamento das especificidades do transtorno, evitando a medicalização e o processo de rotulação dos alunos com comportamentos semelhantes aos observados no TDAH.

No Capítulo 1, há um breve histórico da trajetória dos sintomas do TDAH. Desde o século XVIII, existem relatos na literatura científica sobre o Transtorno de Déficit de Atenção demonstrando que este não é um assunto novo e que vem sendo investigado ao longo dos anos.

No Capítulo 2, o conceito do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é apresentado tendo como base os conceitos registrados no DSM-V (2013) e no CID.11 (2022). Além disso, o estudo busca conceitos existentes na literatura científica publicadas nos três últimos anos, a fim de apresentar uma descrição atual do TDAH e suas especificidades.

No Capítulo 3 encontram-se as atuais Políticas Educacionais de Inclusão de

alunos com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em ambiente escolar, demonstrando a necessidade urgente de colocarmos luz ao tema.

‘ A metodologia foi uma pesquisa qualitativa e realizou-se a coleta de dados por meio de formulário na plataforma Google Forms. O link foi enviado aos participantes da pesquisa. Após responderem ao questionário e com os dados coletados em mãos, pode-se fazer a Análise de Conteúdo segundo Bardin (1977).

Levantaram-se três categorias para a Análise dos Dados: a identificação do aluno com TDAH; práticas pedagógicas docentes; e as fontes de informação dos professores.

Frente aos resultados obtidos pode-se observar o entendimento que os participantes tem sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; de que maneira os professores identificam seus alunos com o Transtorno; e quais as principais fontes de informação e conhecimento desses profissionais.

Por fim, foi proposto, como Produto Técnico, um Curso de Formação Profissional, com o título: “Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: uma realidade na escola”, no intuito de promover a difusão dos conhecimentos teóricos-científicos aos professores da Educação Básica a fim de contribuir com a sociedade para uma educação equalitária e inclusiva.

1. REVISÃO HISTÓRICA DA ORIGEM DO DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) não pode ser considerado somente um Transtorno no Desenvolvimento do Autocontrole. Segundo Barkley (2020), é muito mais que desatenção e hiperatividade, uma fase da infância, uma falha disciplinar ou moral da criança. O autor define que o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um transtorno de comprometimento da aptidão da criança para controlar seu comportamento em relação à passagem de tempo e de avaliar consequências futuras. É um problema real e doloroso tanto para a criança, como para a própria família e todos que a cercam.

Para desvendar este problema, houve a necessidade de mergulhar em águas profundas no tempo e espaço do transtorno. Investigar onde surgem as primeiras literaturas em que se descreve o transtorno, mesmo que não descrito pelo nome de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) como é conhecido atualmente no DMS-V¹ (2023), Código 314.0² ou presente no Código Internacional de Doenças (CID-11³), 2022, com o nome de “Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, apresentação não específica” (Código 6A05.Z).

O TDAH não é um conceito novo, nesse sentido, torna-se relevante conhecer a trajetória dos conceitos entre o período do século XVIII e o final do século XX, com a finalidade de compreender a realização do diagnóstico e o consequente protocolo de tratamento. Para este fim, os estudos de Rafalovich (2001), Caliman (2010) serão utilizados como principais referências bibliográficas, além de outros autores como Graeff e Vaz (2008); Santos e Lima (2013); Rosa (2015); Valente (2019).

¹ CID-11 (2022) é décima primeira revisão da Classificação Internacional de Doenças desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde.

² Ver em ANEXO 2 os critérios diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade descritos no DSM-V (2013), sob o código 314.0.

³ CID-11 (2022) é décima primeira revisão da Classificação Internacional de Doenças desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde.

1.1 As primeiras descrições nos séculos XVIII e XIX

Pode-se encontrar uma primeira descrição de sintomas de desatenção pelo médico alemão Melchior Adam Weikard, no ano de 1775 e nomeada de “falta de atenção” (ROSA, 2015). Para Weikard, citado por Rosa (2015), essas crianças eram caracterizadas como incautas, descuidadas e inconstantes, com necessidade de se concentrar por mais tempo e precisar de mais insistência para executar tarefas, em comparação com as demais crianças. Entretanto, a referida publicação, sugere que haveria um aumento da incidência desse quadro ao longo dos anos, considerando o transtorno como oriundo de circunstâncias ambientais e culturais.

Simultaneamente, o médico escocês Alexander Crichton que viveu entre 1763 e 1856, publicou, em 1798, um livro sobre doenças mentais onde havia um capítulo sobre a “Atenção e suas Doenças”. O médico demonstrava que encontrou em alguns pacientes uma “desatenção patológica”, ou seja, havia uma incapacidade de se manter a atenção em um grau necessário de constância para haver compreensão e aprendizagem. Afirmava que a deficiência poderia ser inata ou adquirida por meio de doenças, porém a desatenção patológica diminuía com a idade.

Rosa (2015), ainda ressalta que há a possibilidade de Crichton e Weikard terem se conhecido e se influenciado, uma vez que ambos se citaram em trabalhos posteriores.

Santos e Lima (2013) citam que, embora Crichton tenha descrito em 1798 algumas particularidades do TDAH, ele não contemplou a descrição atual do TDAH presente no DSM-V, cod.314.0. Também, não detalhou como seriam as circunstâncias socioculturais e biológicas (idade, classe social, escolaridade) dos pacientes estudados e a relação destas circunstâncias com os sintomas descritos trazendo assim, a associação a tais descrições a uma quantidade de outros transtornos como: disfunção metabólica, epilepsia ou trauma cerebral. Apesar de tudo, ele é reconhecido pela tentativa de sistematização da observação dos comportamentos dos pacientes.

1.2 O TDAH e a questão moral na literatura no século XIX

Andrade, Bona e Pereira (2009), apresentam o psiquiatra alemão Heinrich Hoffmann (1809 – 1894) e seu livro infantil “Der Struwwelpeter”, publicado em 1845 (publicado no Brasil com o título “João Felpudo”), como uma “[...] educação para os costumes”. O livro contém uma coletânea de nove histórias criadas e ilustradas pelo autor para entreter o filho. Os textos não são um “manual psiquiátrico do transtorno”, entretanto, as personagens dos textos apresentam características comportamentais do TDAH e como este comportamento desviado dos costumes sociais deveriam ser conduzidos e até castigados. Não se pode concluir que Hoffmann (1845) estaria descrevendo um caso de TDAH, mas suas histórias e personagens tornaram-se as mais conhecidas personagens da história do transtorno (ANDRADE; BONA; PEREIRA, 2009).

1.3 O termo “deficiência moral” entre o final do século XIX e início do século XX

Encontramos na literatura dos anos 1870 uma tentativa de nomear as deficiências mentais, fazendo-se a distinção dos termos: “imbecilidade” e “idiotice”. Segundo Rafalovich (2001), William Ireland (1877) afirma que “Idiotice é uma deficiência mental ou estupidez extrema e ocorre antes do nascimento ou durante o desenvolvimento infantil e que se refere a um menor grau de capacidade mental de decisão”. Começa-se então a ser efetuada uma rudimentar análise a respeito do comportamento das crianças e seu desenvolvimento. Em 1890, Charles Mercier expande as pesquisas sobre as deficiências mentais incluindo na discussão a questão congênita e um tipo de deficiência em que a criança aprende normalmente, porém há uma deficiência na habilidade individual mínima de autopreservação, isto é, há crianças que se jogam na água, queimam e cortam a si mesmos, corre sem observar os obstáculos e todas as formas de perigo físico. Para eles, Mercier cunhou o termo “Deficiente Moral”, fazendo distinção dos “Deficientes Mentais” e “Deficientes Físicos” (RAFALOVICH, 2001).

1.4 Dr. George Still e o início oficial do diagnóstico do TDAH

Em 1902, segundo Caliman (2010), o médico inglês George Still realizou três conferências diante do Royal College of Physicians intituladas “Algumas condições psíquicas anormais em crianças”, sendo publicadas no “The Lancet” do mesmo ano. Por meio de suas análises, a autora afirma que Still (1902) confirma a existência biológica do controle moral, resultado de um cérebro (pensamentos e sentimentos) desordenados. Nas crianças afetadas, a punição era ineficaz, comportamento agressivo e desafiante, incapacidade de planejar o futuro, orientado por gratificações imediatas e intelecto nãoafetado. As características indicadas por Still, são o início da base clínica encontrada no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade nos dias de hoje e descritas nos manuais DSM-V e CID.11.

Caliman (2010) também cita que o pesquisador W. A. Potts, em 1904, tenta explicar as origens do problema do “Déficit Moral” em outra publicação no “The Lancet”. Para Potts, as causas principais dessa patologia seriam biológicas e sociais, como: nutrição deficiente nos primeiros anos de vida, tendência hereditária à criminalidade, ao alcoolismo e à insanidade, responsabilidade atenuada, desprovidos de senso de honra e vergonha, preguiçosos e egoístas. O tratamento deveria ser a institucionalização em casas de trabalho, ensino das regras de higiene, consumo de alimentos naturais e não estimulantes, ar fresco, banho e exercícios (CALIMAN, 2010).

1.5 Encefalite letárgica

Um grande salto na pesquisa das funções neurais e desenvolvimento infantil foi dado por volta de 1918 devido à epidemia de encefalite letárgica, considerada a patologia do momento. Calliman (2010) afirma: “[...] trazia a vinculação do saber neurológico ao campo da saúde pública e à pesquisa laboral”.

A epidemia de encefalite letárgica iniciou-se no final da Primeira Guerra Mundial e desapareceu por volta de 1940. Era uma doença fatal, caracterizada por tremores lentos, alucinações e febre. Os poucos que sobreviviam, apresentavam sequelas físicas e psicológicas como transtorno do sono, instabilidade emocional, irritabilidade, teimosia, birra, tendência à criminalidade, problemas de memória e atenção, desorganização pessoal, tiques, depressão, controle motor deficiente, hiperatividade generalizada e mais de 20 outros diferentes sintomas (RAFALOVICH, 2001).

A descrição de “Deficiência Moral” do final do século XIX foi substituída pela descrição analítica de sequelas de pós-encefalite letárgica por ser uma explicação mais convencional para o problema de comportamento infantil.

Com o incremento e gradual sofisticação da prática clínica e o uso de imagens, primeiro da tecnologia cinematográfica e posteriormente o uso de neuroimagens, a discussão dos casos de encefalite introduziu ao campo da medicina um modelo de investigação a ser seguido. Ainda segundo Rafalovich (2001), a discussão sobre a encefalite letárgica foi importante não só porque atraiu suspeitas para uma casual conexão entre os impulsos neurológicos e o comportamento, mas também, por enfatizar muitos dos sintomas que mais tarde seriam apontados pelos neurologistas como sintomas de TDAH.

1.6 O início da terapia farmacológica e o surgimento do metilfenidato

Segundo Moura, Pereira e Simões (2021, p.12), Charles Bradley (1902-1979), psiquiatra americano, ao administrar, em 1937, sulfato de benzeprina, anfetamina e potente estimulante, em crianças com cefaleia intensa, percebeu melhora no desempenho escolar e no comportamento, deixando-as mais tranquilas, sem o efeito de sedação, modificando a atitude emocional da criança em relação a tarefa a ser realizada. Essa descoberta é considerada o início do uso da terapia farmacológica nos Transtornos de Comportamento.

Os autores afirmam que em 1944, o químico Leandro Panizzon, sintetizou o metilfenidrato ou Ritalina, como é conhecido comercialmente, com ação estimulante sendo indicado como tratamento para depressão, fadiga crônica, letargia, narcolepsia e até hoje, um dos principais fármacos no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade devido a seu desempenho no aumento da capacidade atencional (MOURA; PEREIRA; SIMÕES, 2021, p. 13).

1.7 O aumento dos estudos sobre TDAH na segunda metade do século XX

Segundo Moura, Pereira e Simões (2021), a partir da década de 70, o interesse pelo estudo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade aumentou consideravelmente, surgindo novas teorias como a da Disfunção Cerebral Mínima de Paul H. Wender (1934-2016), médico americano que defende a presença de seis domínios na sintomatologia: comportamento motor, funcionamento atencional e perceptivo-cognitivo, aprendizagem, controle-impulso, relações interpessoais e emoção.

Também surgiram teorias que trazem fatores ambientais como principal causa da hiperatividade como reações alérgicas à presença de substâncias tóxicas presentes em alimentos industrializados, aumento da estimulação devido ao avanço tecnológicos, bem como o resultado de má-educação por parte dos pais.

Em 1977, a Organização Mundial da saúde (OMS) publicou o CID-9 com a inclusão da “Síndrome Hiperkinética da Infância”, um termo parecido ao encontrado no DSM-II de 1968.

A designação para Transtorno de Déficit de Atenção surgiu em 1980

com a publicação no DSM-III e em 1994, a edição do DSM-IV surge com o agrupamento dos sintomas do Transtorno em questão em dois subtipos: desatenção e hiperatividade- impulsividade.

Interessante frisar que na década de 90, devido ao avanço da tecnologia nos campos das neuroimagens e da genética, houve uma maior compreensão das causas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade tendo a apresentação da possível causa ser de origem do neurodesenvolvimento e genético, além da comprovação do caráter crônico do transtorno e persistência até à idade adulta (MOURA; PEREIRA; SIMÕES, 2021; p. 21).

Em 2013, a APA⁴ publicou o DSM-V e a OMS⁵ publicou em o CID-11, que está em vigor desde 2022 até a presente pesquisa, trazendo um panorama detalhado dos sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e que serão melhor detalhados no Capítulo 2.

1.8 Quadro Sintético da Linha do Tempo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Para melhor compreensão, foi realizado um resumo dos eventos relatados acima e elaborado um Quadro da Linha do Tempo do TDAH.

⁴ Associação Americana de Psiquiatria (APA)

⁵ Organização Mundial da Saúde (OMS)

Quadro 1. História do TDAH

ANO	EVENTO
1775	Melchior Adam Weikard / Primeira descrição dos sintomas de desatenção
1798	Alexander Crichton / Desatenção Patológica
1845	Heinrich Hoffmann / Livro infantil "Der Struwwelpeter"
1877	Willian Ireland / Confecção dos termos: Imbecilidade e Idiotice
1890	Charles Mercier / Estudos sobre Deficiência Moral
1902	George Still / Deficiência Moral como resultado de um cérebro desordenado
1904	W. A. Potter / Origem do Déficit Moral e protocolos de tratamento
1918	Epidemia de Encefalite Letárgica
1937	Charles Bradley / Uso de Sulfato de Benzaprina para tratamento Comportamental
1944	Leandro Panizzon / síntetização de Metifenidrato ou Ritalina
1960	Stella Chess / Utilização do termo Transtorno de Hiperatividade
1963	Grupo Internacional de Estudos sobre neurologia de Oxford / Disfunção Cerebral
1968	DSM-II / Transtorno do Comportamento da infância e adolescência como reaçãohipercinética da infância
1971	Paul H. Wender / Disfunção Cerebral Mínima
1972	Virgínea Douglas / Modelo Neuro cognitivo
1975	Bem Feingold / Origem dos problemas comportamentais por fatores Ambientais
1977	CID 9 / Uso do termo: Síndrome Hiperkinética da Infância
1980	DSM-III / Uso do termo: Transtorno de Déficit de Atenção
1986	DSM-III-R / Uso do termo: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
1994	DSM-IV / Uso do termo Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e a separaçãode 3 subtipos: hiperatividade, desatenção. Impulsividade
1995 a 2000	Avanços tecnológicos no campo da neuroimagem Possível natureza neurológica e genética Reconhecimento da existência dotranstorno em adultos
2013	DSM-V / Reconhecimento da natureza neurobiológica e poligenética do Transtorno deDéficit de Atenção e Hiperatividade

Fonte: Elaborada pelo autor (2023)

2. O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: DEFINIÇÃO

2.1 Definição do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

As características presentes no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade conhecidas e estudadas há tempos, mesmo assim, as novas tecnologias e avanços científicos trouxeram diretrizes diferenciadas aos rumos das pesquisas sobre o transtorno.

Em 2013 foi publicado o DSM-V¹ pelo American Psychological Association (APA) e em 2019 a 11ª versão do Código Internacional de Doenças (CID 11²) pela Organização Mundial da Saúde. Este último, entrou em vigor a partir de 2022. Ambas publicações são utilizadas por profissionais de saúde mental (Psiquiatras, Neurologistas e Psicólogos) para realizar o exame clínico, pois são elas que definem as especificidades do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade³.

Segundo American Psychological Association (APA), no DSM-V (2013), o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade caracteriza-se por alterações significativas na impulsividade, hiperatividade e/ou atenção, sendo mais intensas e frequentes que seria esperado a um indivíduo com o mesmo neurodesenvolvimento.

A prevalência do transtorno é de 5% a 8% das crianças em idade escolar, segundo o DSM-V (2013), e mais prevalente no sexo masculino, em uma proporção de 2:1.

Já no CID-11 (2022), encontra-se classificado Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e traz como característica o padrão persistente dos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade com impacto negativo nas funções acadêmicas, ocupacionais ou sociais. Os sintomas costumam aparecer

¹ DSM-V (2013) – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição feito pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) para definir como é feito o diagnóstico de transtornos mentais e é utilizado por psicólogos, fonoaudiólogos, médicos e terapeutas ocupacionais.

² CID-11 (2022) é décima primeira revisão da Classificação Internacional de Doenças desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde.

³ Ver em ANEXO 2 os critérios diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade descritos no DSM-V (2013), p.59, sob o código 314.0.

antes dos 12 anos, porém pode ocorrer o diagnóstico mais tarde, quando o indivíduo procura atendimento clínico (CID 11, 2022).

No CID 11, entende-se a desatenção pela dificuldade do indivíduo em manter a atenção em tarefas, distração e problemas de organização. Já a hiperatividade está ligada à atividade motora excessiva, dificuldade dele em permanecer imóvel, tomar atitudes em resposta a estímulos externos não apresentando reflexão quanto aos riscos e consequências. As características podem variar de indivíduo a indivíduo e ser alterado ao longo do desenvolvimento.

O diagnóstico precisa levar em conta que as manifestações da pessoa devem ser evidentes em diversas situações, ambientes e deve ocorrer há mais de 6 meses e não serem explicados por outras condições mentais ou comportamentais, como a utilização de psicotrópicos ou algum transtorno como o Transtorno de Ansiedade (CID 11, 2022).

Ainda segundo CID 11 (2022), as características do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade manifestam-se no início ou no meio da infância quando o indivíduo ingressa na vida escolar e diminuem com a idade ou podem ser relatados como sentimentos de inquietação física por parte dos adultos. Os sintomas podem limitar o desempenho acadêmico em crianças e adolescentes, enquanto o adulto encontra dificuldade em manter-se em um emprego exigente; prejuízos nos relacionamentos interpessoais e na sociabilização e tem um grau maior de riscos de acidentes e problemas de saúde.

Segundo Barkley (2021, p. 57), o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, ou TDAH, é um transtorno do neurodesenvolvimento e autocontrole, comprometendo o tempo em que se sustenta a atenção, controle dos impulsos e nível de atividade, controle de organização do espaço e do tempo, planejamento de ações futuras, isto é, as Funções Executivas do cérebro. Não é um estado temporário da infância, nem é causado por falha disciplinar dos pais ou falha moral do portador.

O diagnóstico é essencialmente clínico e pode ser realizado apenas por anamnese psiquiátrica comum, entretanto, deve-se agregar outras ferramentas para buscar precisão no diagnóstico (CAYE; COGHILL; ZUDDAS; BANASCHEWSKI; ROHDE, 2021).

Embora os estudos sejam recentes, os exames de neuroimagens têm se mostrado promissores no diagnóstico e na terapêutica. Acredita-se que, em breve, possa haver diagnósticos precisos por meio da utilização de ressonância magnética e imagens neuro funcionais (PEREIRA, 2021).

2.2 Critérios Diagnósticos

O DSM-V (2013) apresenta o quadro de critérios de diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade⁴. Segundo quadro 2, logo abaixo, o TDAH é classificado em três subtipos: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo/impulsivo e combinado (desatento/hiperativo/impulsivo).

⁴ Ver em ANEXO 2 os critérios diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade descritos no DSM-V (2013), p.59 sob o código 314.0.

Quadro 2. SUBTIPOS DE TDAH E OS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

DESATENTO	<p>Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades.</p> <p>Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas.</p> <p>Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente.</p> <p>Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho.</p> <p>Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.</p> <p>f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado.</p> <p>g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades.</p> <p>h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos.</p> <p>i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas.</p>
HIPERATIVO/IMPULSIVO	<p>Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.</p> <p>Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado.</p> <p>Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado.</p> <p>Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.</p> <p>Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado”.</p> <p>Frequentemente fala demais.</p> <p>Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída.</p> <p>Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez.</p> <p>Frequentemente interrompe ou se intromete.</p>
COMBINADO	<p>Ocorre quando tanto os critérios referentes ao tipo desatento quanto os critérios do tipo hiperativo-impulsivo são preenchidos.</p>

Fonte: DSM-V (2022)⁵

⁵ DSM-V (2013) – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição feito pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) para definir como é feito o diagnóstico de transtornos mentais e é utilizado por psicólogos, fonoaudiólogos, médicos e terapeutas

De acordo com DSM-V (2013), são considerados critérios diagnósticos, quando observados seis ou mais características presentes por um período superior a seis meses, não compatível com o nível de desenvolvimento do indivíduo e interfira negativamente em atividades sociais, acadêmicas ou profissionais.

Como sintomas para o tipo Desatento, encontram-se: cometer erros por descuido; dificuldade em manter foco em atividades como leitura; parecer não escutar quando alguém lhe dirige a palavra; parecer estar com o pensamento longe; não seguir instruções até o fim; não conseguir terminar as tarefas escolares; ter dificuldade para organizar tarefas e atividades; ter dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; perder constantemente objetos como chaves e óculos; apresentar trabalho desorganizado e desleixado; apresentar dificuldades com pontualidade; ser esquecido em relação a atividades cotidianas como entrega de tarefas, recados, retornar ligações.

O indivíduo considerado com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade do subtipo hiperativo/impulsivo, apresenta como sintomas: remexer ou batucar as mãos ou os pés; contorcer na cadeira ou levantar-se em situações em que se espera que permaneça sentado; correr ou subir nas coisas em situações em que isso é inapropriado; “não para”; agir como se estivesse “com o motor ligado”; deixar escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída; ter dificuldade para esperar a sua vez; falar demais; ser incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.

O indivíduo considerado com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade do subtipo combinado, precisa apresentar seis ou mais características presentes nos tipos desatento e hiperativo/compulsivo do quadro de critérios de diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade por um período superior a seis meses, não compatível com o nível de desenvolvimento do indivíduo e interfira negativamente em atividades sociais, acadêmicas ou profissionais (DSM-V, 2013).

Ainda de acordo com o DSM-V (2013), para a realização do diagnóstico clínico, precisa-se estar atento ainda se as características estão presentes em dois ou mais ambientes, e se estavam presentes antes dos 12 anos de idade. Por ser um transtorno do neurodesenvolvimento, a maioria dos sintomas desaparecem ou se transformam após os 12 anos. Para ser considerada a remissão do transtorno, a sintomatologia não deve estar presente ou resultar em prejuízo ao indivíduo durante os últimos seis meses.

O DSM-V (2013) apresenta que, para caracterizar-se como transtorno, os sintomas devem interferir no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou reduzir a qualidade de vida do indivíduo, além disso, os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental, como, transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância.

2.3 Especificação quanto à gravidade, segundo DSM-V (2013)

O DSM-V (2013), cita que o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade possui especificações quanto à gravidade dos sintomas. Aborda que o transtorno é de grau leve quando apresenta poucos sintomas, se algum, além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e resultam em pequenos prejuízos no funcionamento social, acadêmico ou profissional. Em segundo lugar, cita o transtorno como de grau moderado quando os sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes. Por fim, para ser considerado transtorno grave apresentam-se muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

2.4 O cérebro e as funções executivas no TDAH

O DSM-V (2013) coloca o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade como um Transtorno do neurodesenvolvimento, isto é, um distúrbio relacionado à maturação e desenvolvimento cerebral.

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar – sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento. Na infância, o TDAH frequentemente se sobrepõe a transtornos em geral considerados “de externalização”, tais como o transtorno de oposição desafiante e o transtorno da conduta. O TDAH costuma persistir na vida adulta, resultando em prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional. (DSM-V, 2013, p.31)

O TDAH é um transtorno relacionado ao funcionamento do Córtex Pré-frontal, segundo Fonseca (2014) sendo esta parte do cérebro é responsável pelas funções executivas que estão ligadas a atividades do dia-a-dia, tais como: atenção (sustentação, foco, fixação, seleção de dados relevantes dos irrelevantes, evitamento de distratores); percepção (intraneurosensorial, interneurosensorial, meta- integrativa, analítica e sintética); memória de trabalho (localização, recuperação, rechamada, manipulação, julgamento e utilização da informação relevante); controle (iniciação, persistência, esforço, inibição, regulação e autoavaliação de tarefas); ideação (improvisação, raciocínio indutivo e dedutivo, precisão e conclusão de tarefas); planificação e a antecipação (priorização, ordenação, hierarquização e predição de tarefas visando a atingir fins, objetivos e resultados); flexibilização (autocrítica, alteração de condutas, mudança de estratégias, detecção de erros e obstáculos, busca intencional de soluções); metacognição (auto- organização, sistematização, automonitorização, revisão e supervisão); decisão (aplicação de diferentes resoluções de problemas, gestão do tempo evitando atrasos e custos desnecessários); execução (finalização e concomitante verificação, retroação e referenciarão).

Fonseca (2014) coloca que as Funções Executivas coordenam e integram outras funções do cérebro sendo importante fator para o desempenho escolar, pois são responsáveis pela planificação e execução de ações que fazem parte do processo ensino-aprendizagem. A disfunção dessas funções traz prejuízos, primeiramente na vida escolar e posteriormente nas atividades da vida adulta como no ato de condução de veículo, no trabalho e em relações interpessoais. As características apresentadas pela disfunção, segundo Fonseca (2014) é inatenção, desplanificação, desorganização e limitações de acesso à memória de trabalho.

Siegel (2016), afirma que o Córtex tem um papel importante no processo cognitivo, pois é responsável pelo processo de interligação entre as demais áreas do cérebro, integrando as demais áreas e equilibrando o sistema nervoso. Assim, os processos mentais internos (raciocínio e tomada de decisões e os externos (empatia e o comportamento moral) envolvem o Córtex. Caso haja alguma disfunção nesta parte do cérebro, pode provocar o desequilíbrio do controle dos pensamentos e raciocínio, desregulação emocional, prejuízo no autoconhecimento e na sociabilização do indivíduo.

Compreender o funcionamento do cérebro e as funções executivas torna-se importante para os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, a partir do momento em que o desempenho cognitivo depende deles. As funções executivas podem ser definidas como processos mentais complexos pelos quais o indivíduo otimiza o seu desempenho cognitivo, desempenho comportamental em situações que requerem a operacionalização, a coordenação, a supervisão e o controle de processos cognitivos e conativos, básicos e superiores (FONSECA, 2014, p.247).

Assim, podemos inferir que as dificuldades de aprendizagem, como dislexia, disgrafia, disortografia, discalculia e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade são associadas a disfunção das funções executivas, que por sua vez são regidas pelo Córtex Frontal.

3. AS ATUAIS POLÍTICAS EDUCACIONAIS DE INCLUSÃO E O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

3.1 Breve histórico da legislação brasileira de inclusão

Segundo 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, as Políticas Públicas de inclusão de pessoas com deficiências tiveram início no Brasil com a criação de duas instituições: o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, em 1854, atual Instituto Benjamin Constant; e o Instituto dos Surdos Mudos, em 1857, hoje denominado Instituto Nacional da Educação dos Surdos, ambos no Rio de Janeiro.

No início do século XX é fundado o Instituto Pestalozzi (1926), especializado no atendimento a pessoas com deficiência intelectual; em 1954, é fundada a primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE; e, em 1945, é criado o primeiro atendimento educacional especializado às pessoas com superdotação na Sociedade Pestalozzi, por Helena Antipoff.

Em 1961, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN, Lei nº 4.024/61, aponta o direito à educação dos “excepcionais”. A Lei nº 5.692/71, que altera a LDBEN de 1961, define “tratamento especial” para os alunos com “deficiências físicas, mentais, os que se encontram em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e os superdotados”.

Em seguida, em 1973, o MEC, Ministério da Educação e Ciência, cria o Centro Nacional de Educação Especial – CENESP, a fim de desenvolver a educação especial no Brasil, utilizando-se para tal apenas de campanhas assistenciais e iniciativas isoladas do Estado, o que torna tal política pontual e pouco eficaz.

A Constituição Federal de 1988 traz como um dos seus objetivos fundamentais “[...] promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação[...]” (art.3º, inciso IV). No artigo 205, coloca a educação como um direito de todos e no artigo 206, inciso I, estabelece a “[...] igualdade de condições de acesso e permanência na escola [...]”. Ainda garante, no

artigo 208, a oferta do atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988, art. 208).

Na década de 1990, surge o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei nº 8.069/90, determinando “[...] os pais ou responsáveis têm a obrigação de matricular seus filhos ou pupilos na rede regular de ensino[...]” (art.55), além de outros documentos como a Declaração Mundial de Educação para Todos (1990) e a Declaração de Salamanca (1994). Também em 1994, é publicada a Política Nacional de Educação Especial, que orienta o acesso às classes comuns do ensino regular dos que “[...] possuem condições de acompanhar e desenvolver as atividades curriculares programadas do ensino comum, no mesmo ritmo que os alunos ditos normais [...]” (p.19).

A atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394/96, no artigo 59, assegura que os sistemas educacionais atendam aos alunos com necessidades especiais, formulando uma política pública de inclusão escolar mais efetiva e funcional. Em 1999, o Decreto nº 3.298, que regulamenta dez anos depois a Lei nº 7.853/89, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, define a educação especial como atuação complementar ao ensino regular.

Acompanhando o processo de mudança ocorrido no final do século XX e início do século XXI, as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, Resolução CNE/CEB nº 2/2001, no artigo 2º, determinam que:

Os sistemas de ensino devem matricular todos os alunos, cabendo às escolas organizarem-se para o atendimento aos educandos com necessidades educacionais especiais, assegurando as condições necessárias para uma educação de qualidade para todos. (MEC/SEESP, 2001).

As Diretrizes ampliam o caráter da educação especial para realizar o atendimento educacional especializado complementar ou suplementar à escolarização, porém, ao admitir a possibilidade de substituir o ensino regular, não

potencializam a adoção de uma política de educação inclusiva na rede pública de ensino, prevista no seu artigo 2º.

O Plano Nacional de Educação – PNE, Lei nº 10.172/2001, destaca que “[...] o grande avanço que a década da educação deveria produzir seria a construção de uma escola inclusiva que garanta o atendimento à diversidade humana [...]”, apontando a importância do atendimento às necessidades educacionais especiais dos alunos e apontando um déficit referente à oferta de matrículas para alunos com deficiência nas classes comuns do ensino regular, à formação docente, à acessibilidade física e ao atendimento educacional especializado.

A Convenção da Guatemala (1999), promulgada no Brasil pelo Decreto nº 3.956/2001, afirma que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos que as demais pessoas, definindo como discriminação toda diferenciação ou exclusão.

Na educação, a Convenção da Guatemala procura derrubar barreiras físicas e culturais que impediam a escolarização do indivíduo com necessidades especiais.

Na perspectiva da educação inclusiva, a Resolução CNE/CP nº 1/2002, que estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, regulamenta a formação docente nas instituições de ensino superior, por meio da inserção nos currículos das licenciaturas de conhecimentos sobre as especificidades dos alunos com necessidades educacionais especiais.

Em 2002, surgem as leis que reconhecem a Língua Brasileira de Sinais – Libras como língua oficial da comunidade surda brasileira (Lei nº 10.436/02) e a difusão do sistema Braille em todas as modalidades de ensino (Portaria nº 2.678/02 do MEC). Em 2003, é implementado pelo MEC o Programa Educação Inclusiva por meio da formação de gestores e professores a fim de garantir a acessibilidade.

Em 2004, o Ministério Público Federal publica o documento “O Acesso de Alunos com Deficiência às Escolas e Classes Comuns da Rede Regular”, com o objetivo de disseminar os conceitos de inclusão escolar. Impulsionando a inclusão educacional e social, o Decreto nº 5.296/04 regulamentou as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00, estabelecendo normas e critérios da acessibilidade às pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida.

O Decreto nº 5.626/05, que regulamenta a Lei nº 10.436/2002, visando ao acesso à escola dos alunos surdos, dispõe sobre a inclusão da Libras como disciplina curricular, a formação e a certificação de professor, instrutor e tradutor/intérprete de Libras, o ensino da Língua Portuguesa como segunda língua para alunos surdos e a organização da educação bilíngue no ensino regular.

Em 2005, com a implantação dos Núcleos de Atividades de Altas Habilidades/Superdotação – NAAH/S em todos os estados e no Distrito Federal, são organizados centros de referência na área das altas habilidades/superdotação para o atendimento educacional aos alunos da rede pública de ensino.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela ONU em 2006 e da qual o Brasil é signatário, estabelece que os Estados-Partes devem assegurar um sistema de educação inclusiva em todos os níveis de ensino (Art.24). Neste mesmo ano, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos, os Ministérios da Educação e da Justiça, juntamente com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO, lançam o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos, que insere no currículo da educação básica, temáticas relativas à inclusão e desenvolver ações de acesso e permanência na educação superior de pessoas com deficiências.

Em 2007, é lançado o Plano de Desenvolvimento da Educação – PDE, tendo como temas a formação de professores para a educação especial, a implantação de salas de recursos multifuncionais, a acessibilidade arquitetônica dos prédios escolares, acesso e a permanência das pessoas com deficiência na educação superior e o monitoramento do acesso à escola dos favorecidos pelo Benefício de Prestação Continuada – BPC.

Para a implementação do PDE é publicado o Decreto nº 6.094/2007, que estabelece nas diretrizes do Compromisso Todos pela Educação, a garantia do acesso e permanência no ensino regular e o atendimento às necessidades educacionais especiais dos alunos, fortalecendo seu ingresso nas escolas públicas.

De acordo com o Ministério da Educação, por meio da Política Nacional de Educação Especial (PNEE, 2020), em 2008, foi divulgada a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, também houve a criação

da Organização Nacional de Cegos do Brasil, ONCB. 2008, e da Confederação Brasileira de Desportos de Deficientes Visuais.

Em 2011, criou-se a Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, SECADI, com o Decreto nº 7.480, de 16 de maio de 2011, por meio da alteração da estrutura organizacional do Ministério da Educação e Ciência, o MEC. Também em 2011, é promulgado o Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a educação especial e o atendimento educacional especializado. Em 2012, a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

A formação dos profissionais da educação para as políticas de inclusão é estabelecida através da Lei nº 12.796, de 4 de abril de 2013, alterando a Lei nº 9.394, de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

Em 2014, temos o Decreto nº 8.368, de 2 de dezembro de 2014, que regulamenta a Lei nº 12.764, de 2012, e institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, e a Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, que institui o Plano Nacional de Educação (PNE/2014-2024).

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, LBI, foi instituída em 2015 e representa um grande salto nas políticas públicas de inclusão e acessibilidade das pessoas com deficiência, não somente no âmbito escolar, mas também no trabalho e vida pública.

Em 2017, foi homologada a Base Nacional Comum Curricular, BNCC, pelo Ministro da Educação Mendonça Filho, em 20 de dezembro de 2017; e em 14 de dezembro de 2018, o Ministro da Educação, Rossieli Soares, homologou o documento da Base Nacional Comum Curricular para a etapa do ensino médio.

No ano de 2020, o Decreto 10.502, de 30 de setembro de 2020, que institui a *Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da vida* é assinado.

Por último e de maior relevância, para o atual estudo, foi publicado em 30 de novembro de 2021, a Lei Nº 14.254, que dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem e prevê a identificação precoce do

transtorno, encaminhamento para diagnóstico, apoio educacional na rede de ensino e apoio terapêutico especializado na rede de saúde, também que os sistemas de ensino devem garantir aos professores de educação básica amplo acesso à informação sobre o transtorno e suas especificidades.

3.2 O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e a Inclusão escolar

Vários transtornos e deficiências podem afetar a vida acadêmica e, na maioria das vezes, quando se pensa em inclusão, preocupa-se com o que se pode ver, ou as deficiências físicas como o cadeirante, por exemplo. Projetam-se rampas e elevadores, permitindo a acessibilidade. Entretanto há outras dificuldades de acesso ao conhecimento que rampas físicas não conseguem resolver. Há a necessidade de se criar “rampas de acesso intelectuais”

As políticas públicas de inclusão no sistema de ensino, tanto público como privado, têm sido alvo de discussões quanto à aplicabilidade e resultados. Por Deficiente, a LBI (Lei Brasileira de Inclusão) define:

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Qualquer discente que apresente alguma dificuldade que impeça o acesso ao pleno conhecimento ou aprendizado será definido como necessário de inclusão, seja na Educação Básica ou não. O portador de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, possui incapacidade de manutenção de foco e organização, entende e compreende bem o que acontece, entretanto não consegue realizar a tarefa, prejudicando as atividades diárias (FREITAS, 2014).

Segundo Barkley (2020), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é caracterizada pelo desequilíbrio comportamental e dos mecanismos de atenção e memória, gerando perdas na aprendizagem e na vida acadêmica. O Transtorno é

caracterizado pela tríade sintomatológica: desatenção/hiperatividade/impulsividade e pode ou não estar associado a outros transtornos e distúrbios, tais como, transtorno de ansiedade, disgrafia, dislexia, transtorno de conduta e transtorno opositor desafiador (TOD).

Por ser um transtorno ligado ao desenvolvimento, Freitas (2014) afirma que os sintomas começam antes dos seis anos e podem prosseguir até a vida adulta. Normalmente, torna-se evidente na fase escolar por provocar insucesso na vida acadêmica, já que a desatenção ocasiona tarefas inacabadas, cadernos com conteúdo incompleto, queda frequente de materiais, desorganização, dificuldade em manter-se em um mesmo local, manipulação excessiva das mãos e objetos, impulsividade, sem, entretanto, estar associada à déficits de inteligência. Em adultos, além desses sintomas, é corrente o descontrole na vida financeira, direção de automóveis com risco, instabilidade na vida emocional e profissional.

No Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição (DSM-V), o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é classificado da seguinte maneira: apresentação combinada, apresentação predominantemente desatenta e em apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva. Além disso, o documento recomenda que seja feita a especificação da gravidade atual do transtorno em leve, moderada, grave.

Segundo Freitas (2014), o diagnóstico é difícil e necessita de avaliação multidisciplinar do paciente com neuropediatra, professor e psicólogo. Ao professor cabe a primeira observação dos sinais; o psicólogo fará avaliação através de provas cognitivas; já o neuropediatra realiza avaliação através de exames neurológicos e clínicos validando as suspeitas dos demais profissionais.

Devido aos sintomas, o indivíduo com TDAH costuma apresentar fracasso escolar necessitando de estratégias inclusivas a fim de conferir a adaptação ao universo escolar.

Freitas (2014) coloca a importância de pensar na inclusão de forma sistêmica considerando alguns aspectos como: o preparo dos profissionais; a aceitação à diversidade; redução do número de alunos em sala de aula ou auxílio de um tutor; criação de elo afetivo entre a criança e a escola; reorganização de condutas e ações favorecendo equilíbrio entre as atividades na escola e em casa; propor ações disciplinares sem a aplicação de punições ou estigmatização do aluno; aplicação de

atividades voltada para o desenvolvimento da convivência e resolução de conflitos entre os alunos; mudança dos conceitos e modelos de avaliação dos conteúdos; estabelecer diálogo com os profissionais que atendem a criança.

Na LEI Nº 13.146, de 6 de julho de 2015, Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), institui a inclusão escolar. Em seu Título II, Capítulo IV, Artigo 27, afirma:

Art. 27. A educação constitui direito da pessoa com deficiência, assegurados sistema educacional inclusivo em todos os níveis e aprendizado ao longo de toda a vida, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

Parágrafo único. É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa com deficiência, colocando-a a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Portanto, a inclusão do aluno com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade constitui um direito da pessoa e um dever do estado.

No Brasil, com a LDB nº 9.394 de 1996 (BRASIL, 1996a), ficou estabelecido, no Art. 2º, que a educação, dever da família e do Estado, será inspirada nos princípios de liberdade e nas ideias de solidariedade humana. E tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

O Art. 3º coloca que o ensino será ministrado de acordo com os seguintes princípios, que descrevemos a seguir:

Igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; Liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber. Pluralismos de ideias e de concepções pedagógicas. Respeito à liberdade e apreço à tolerância. Coexistência de instituições públicas e privadas de ensino. Gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais. Valorização do profissional da educação escolar. Gestão

democrática do ensino público, na forma desta Lei e da legislação dos sistemas de ensino. Garantia de padrão de qualidade. Valorização da experiência extraescolar. Vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais. Consideração com a diversidade étnico- racial. (Incluído pela Lei n.12.796, de 2013). Garantia do direito à educação e à aprendizagem ao longo da vida. (Incluído pela Lei n. 13.632, de 2018).

A inclusão escolar, embora bem descrita na legislação, não é uma realidade na grande maioria das escolas. Essa discrepância deve-se principalmente à falha na formação dos professores. Dias (2020, p.37) cita que:

[...] ou seja, as políticas públicas voltadas para a formação dos professores é um grande desafio no processo de ensino e aprendizagem, uma vez que os professores são os grandes protagonistas das mudanças sociais existentes na vida de seus alunos. Nesta direção, entendemos a necessidade de políticas públicas que valorizem a formação dos professores e incentivem a capacitação desses profissionais, para que possam compreender a importância de uma educação para a diversidade na perspectiva inclusiva.

Assim, a prática inclusiva passa pelo processo de formação do professor, que deve, além do conhecimento específico da disciplina, conhecer o processo de aprendizagem, metodologias e técnicas pedagógicas e as dificuldades que os alunos possam ter para a garantia do pleno conhecimento e sucesso escolar (SAMPAIO e FREITAS, 2014; DIAS, 2020).

Foi publicada no Diário Oficial da União, D.O.U. de 01/12/2021, p. nº 5, a Lei Nº 14.254, de 30 de novembro de 2021, que dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem.

Esta lei, traz um avanço significativo nas políticas públicas de inclusão de crianças, adolescentes e adultos com TDAH. Prevê a identificação precoce do transtorno, encaminhamento para diagnóstico, apoio educacional na rede de ensino e apoio terapêutico especializado na rede de saúde.

Além disso, prevê que os sistemas de ensino devem garantir aos professores de educação básica amplo acesso à informação.

4. OBJETIVOS

4.1 PROBLEMA

Os professores do Ensino Fundamental identificam os alunos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade por meio de fundamentos teórico-científicos ou por observação comportamental, durante o processo de ensino-aprendizagem?

4.2 HIPÓTESE

Os professores do Ensino Fundamental ao identificarem os alunos sem embasamento teórico-científico sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, fazem-no por observação dos comportamentos apresentados por esses alunos durante as atividades acadêmicas. Por consequência, há casos de alunos rotulados, alunos sem o acompanhamento multiprofissional necessário, despreparo dos educadores, aumento do fracasso escolar e o não atendimento às necessidades específicas do transtorno.

4.3 OBJETIVO GERAL

Investigar conhecimento e práticas dos professores do 6^os a 9^os anos do Ensino Fundamental diante de alunos com Transtorno de Déficit de Atenção de Hiperatividade Rede Pública do Estado de São Paulo, nas cidades de Santos, Guarujá, Cubatão e Bertioga, a fim de verificar se estão embasados por fundamentos teóricos científicos ou por observação comportamental, ao lidar com as especificidades do transtorno durante o processo ensino-aprendizagem.

4.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.4.1 Verificar quais os conhecimentos teóricos dos professores sobre o TDAH.

4.4.2 Identificar as práticas pedagógicas dos professores diante das especificidades do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

5. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da presente pesquisa, utilizou-se de uma abordagem qualitativa, de cunho exploratório .

Com o Termo de Anuência Institucional¹ assinado pelo Dirigente Regional de Ensino de Santos, João Bosco Arantes Braga Guimarães, o estudo foi realizado na Rede Pública Estadual de Ensino da Região de Santos. Entendendo que a Rede Estadual de Ensino do Estado de São Paulo é dividida em Regiões, e a Região de Santos, com 83 escolas distribuídas nas cidades de Santos, Guarujá, Cubatão e Bertioga.

Foram convidados 50 professores da Educação Básica, que atuavam nos 6^{os} aos 9^{os} anos do Ensino Fundamental como amostra a fim de responder um questionário na Plataforma “Google Forms” com questões fechadas e abertas, coma finalidade de identificar o conteúdo teórico-científico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade dos participantes da pesquisa e conhecer as práticas docentes desenvolvidas para a inclusão de seus alunos.

O questionário foi aplicado entre os dias 15 de setembro e 30 de novembro de 2022, sendo que, 26 professores aceitaram responder ao questionário.

O questionário foi dividido em três partes: questões objetivas; questões abertas e uma questão de múltipla escolha.

A análise dos dados obtidos foi realizada através da Análise de Conteúdo segundo Laurence Bardin, que defende em seu livro *Análise de Conteúdo* (1977) que: “A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações.” (BARDIN, 1977, p. 31).

Assim, utilizamos a análise do discurso linguístico dos enunciados e suas significações utilizadas como respostas às questões apresentadas pelos pesquisados.

Após identificar os docentes que integram a amostra por meio dos critérios de inclusão, foi proposto um questionário com questões abertas e fechadas, a fim de investigar como se dá o processo de identificação dos alunos com Transtorno de

¹ ANEXO D

Déficit de Atenção e Hiperatividade e quais os conhecimentos teóricos sobre o TDAH por parte dos docentes.

Os docentes que aceitaram participar do processo de coleta de dados, receberam o link para acesso ao questionário no Google Forms.

5.1 LOCAL

Rede Pública de Ensino do Estado de São Paulo, nas cidades de Santos, Guarujá, Bertioga ou Cubatão.

5.2 INSTRUMENTO

Foi confeccionado um questionário na plataforma Google Forms. O questionário foi dividido em 3 partes: 08 questões fechadas com o objetivo de identificar a amostra; 10 questões dissertativas a fim de levantar o que os professores sabem sobre o transtorno estudado e 1 questão de múltipla escolha.

5.3 PROCEDIMENTOS

O estudo foi realizado na rede pública estadual de ensino nas cidades de Guarujá, Santos, Cubatão e Bertioga. Foram convidados 60 professores da Educação Básica, que atuavam dos 6^{os} aos 9^{os} anos do Ensino Fundamental como amostra a fim de responder um questionário na Plataforma “Google Forms” com questões fechadas e abertas.

Em março de 2022, a pesquisa foi depositada na Plataforma Brasil² e aprovação sob o número de CAAE:58413922.8.0000.5536.

O questionário foi aplicado entre os dias 15 de setembro e 30 de novembro de 2022 e, dos 60 professores convidados, 26 professores aceitaram responder ao questionário.

² <https://plataformabrasil.saude.gov.br>

Utilizamos como critério de inclusão, os docentes que atuavam na RedePública de Ensino do Estado de São Paulo, nas cidades de Santos, Guarujá, Bertiogaou Cubatão e que lecionavam dos 6^{os} aos 9^{os} anos do Ensino Fundamental no momento da coleta dos dados.

O questionário foi dividido em três partes: 8 questões objetivas de cunho sócio-demográfico; 10 questões abertas em que se arguiu sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (teoria, aspectos clínicos e legislação) e uma questão de múltipla escolha.

Somente após o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE) é que os participantes tiveram acesso ao questionário. Após os participantes responderemao questionário, reenviaram as respostas à pesquisadora para análise e discussão

Por fim, utilizamos a análise do discurso linguístico utilizado como respostas às questões apresentadas aos pesquisados, na tentativa de compreender os enunciados destes e suas significações.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O questionário foi dividido em 3 partes:

Na primeira parte, apresentou-se oito questões fechadas, de cunho sócio-demográfico, com o objetivo de identificar a amostra e o perfil sócio-demográfico dos participantes, utilizando o levantamento dos dados realizados por meio da primeira parte do questionário. Os dados foram distribuídos em porcentagens e produzidos gráficos.

Depois, na segunda parte, foram apresentadas, dez questões abertas, a fim de investigar o entendimento que os professores têm sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. As respostas foram analisadas conforme a Análise de Conteúdo segundo Bardin (1977) e divididas em três Categorias: a identificação do aluno com TDAH; práticas pedagógicas docentes; e as fontes de Informação dos professores.

As duas primeiras categorias serviram para fazer o levantamento do entendimento que os professores têm sobre o Transtorno de déficit de Atenção e Hiperatividade e de que maneira são identificados os alunos. A última categoria, foi realizada para saber a fonte desses saberes.

[...] classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos [...] sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (BARDIN, 1977).

Por fim, na terceira parte, foram elencados os Critérios de Diagnóstico do TDAH, de acordo com o DSM-V (2013), intercalados por falsos critérios. A indicação dos participantes foi analisada conforme o número de respostas assinaladas e traduzidas em porcentagem, ratificando as respostas obtidas através da análise feita na segunda parte do Questionário.

6.1 Pesquisa sócio-demográfica – Parte 1

A primeira parte do questionário conteve oito questões com repostas objetivas com o objetivo de identificar o público alvo da pesquisa, ou o objeto de estudo, a saber, os professores participantes da pesquisa.

Com os dados sócio-demográficos dos participantes, deu-se uma direção à pesquisa, porém necessitamos de mais dados para indicar qual o conhecimento teórico-científico dos professores sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e quais as práticas desenvolvidas a fim de propor ao aluno auxílio para ter seu desempenho escolar positivo.

6.1.1 Tempo de Magistério

Questão 1 – Qual o tempo de magistério?

O tempo de magistério retrata a experiência que o participante tem em situações práticas vividas no dia-a-dia. Essa experiência, nem sempre caminha junto ao conhecimento teórico-científico. Muitas vezes, com as demandas da prática, a teoria é posta de lado, não por vontade, mas por forças além do desejo do professor. A experiência em si é importante, pois o professor aprende a lidar com os dilemas apresentados em sala de aula e trazem um conhecimento representado pelo senso-comum. Quanto maior o tempo de magistério, mais situações foram vividas ao longo dos anos e mais conhecimento prático professor tem.

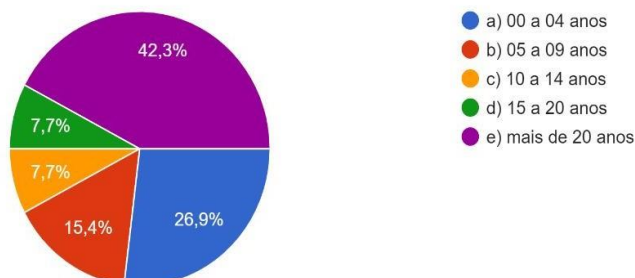
De acordo com o coletado, 42,3% dos participantes possuem mais de 20 anos de magistério e 26,9% possuem menos de 4 anos de experiência.

Assim, o corpo docente é formado em sua maioria por profissionais experientes e com maior conhecimento dos assuntos prático-pedagógicos a respeito da inclusão, até por terem vivido na prática as mudanças ocorridas em termos de legislação sobre o assunto.

Figura 1. Tempo de Magistério

1. Qual o tempo de magistério?

26 respostas



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

6.1.2 Conhecimento sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

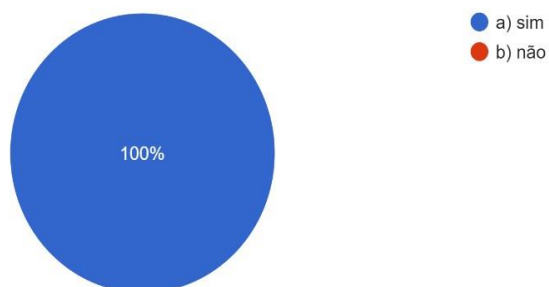
Questão 2. Você conhece o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade?

Conhecer nem sempre pode ser interpretado como saber efetivo e completo sobre algum assunto. Todos os participantes da pesquisa afirmaram que conhecem o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. O que queremos analisar no presente questionário é o quanto este profissional conhece e se efetivamente sabe o que é ou se somente ouviu falar durante a sua prática pedagógica.

Figura 2. Conhecimento sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

2. Você conhece o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade?

15 respostas



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

6.1.3 Ter aluno com TDAH

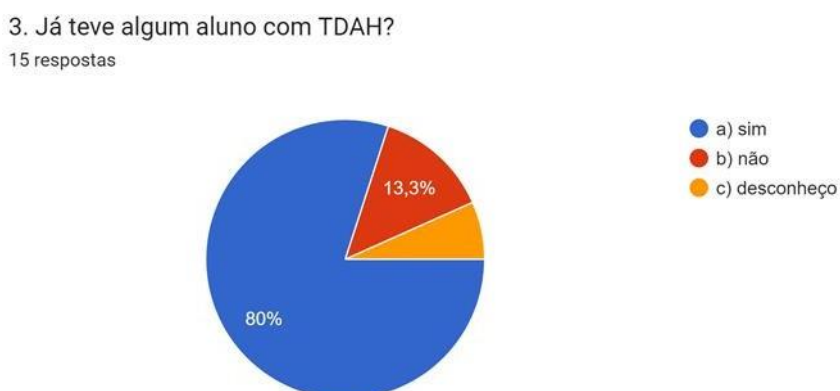
Questão 3. Já teve algum aluno com TDAH?

Esta questão teve por objetivo saber se o professor entrevistado teve contato com o Transtorno durante sua prática.

Importante é ressaltar que não se afirma necessariamente que o aluno esteja com laudo médico atestando o transtorno. O que pode indicar uma subjetividade na identificação do aluno com o transtorno.

Assim, 84,6% dos entrevistados afirmam ter tido algum aluno com TDAH ao longo de sua jornada e 11,5% afirmam que não tiveram. Somente 1 entrevistado diz desconhecer se teve ou não.

Figura 3 – O participante teve algum aluno com TDAH



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

6.1.4 Ter aluno com laudo médico de TDAH.

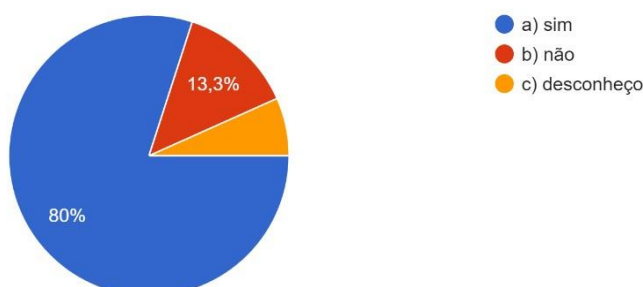
Questão 4 – Já teve algum aluno com diagnóstico (laudo médico) de TDAH?

A diferença entre esta questão e a anterior é o laudo médico. Sem o laudo médico, não se pode afirmar que o aluno tem Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Somente o médico especialista pode afirmar o fato. Os demais profissionais, podem e devem conhecer as características inerentes ao quadro e informar aos responsáveis pelo aluno o levantamento de hipótese, sem oferecer diagnóstico.

Dentro desta perspectiva, os participantes repetiram a resposta anterior, ou porque somente levam em consideração o laudo médico ou por não terem se atentado à diferença entre os questionamentos. Fato que devemos levar em consideração na análise das próximas questões.

Figura 4. O participante teve algum aluno com diagnóstico confirmado por laudo médico

4. Já teve algum aluno com diagnóstico (laudo médico) de TDAH?
15 respostas



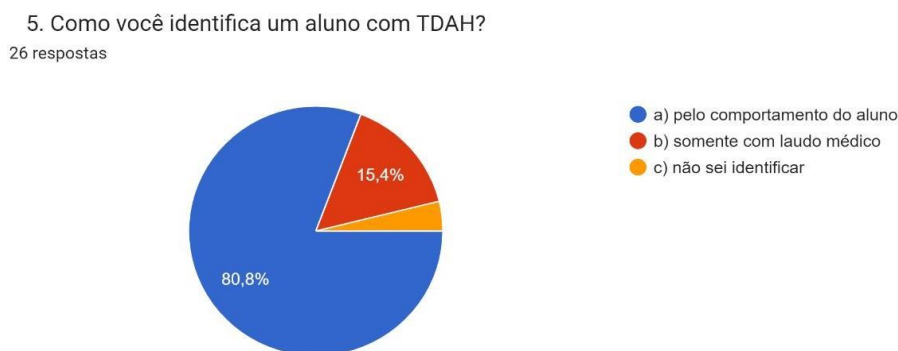
Fonte: Elaborado pela próprio autor (2023).

6.1.5 Como o professor identifica um aluno com TDAH

Questão 5 – Como você identifica um aluno com TDAH?

Aqui, em uma pergunta direta, os participantes responderam, em sua maioria (80,8%), que identificam o transtorno pelo comportamento do aluno. A minoria (15,6%) respondeu que utilizam o laudo médico para identificar. Acendemos o sinal vermelho nesta questão. Quais comportamentos de um aluno faz com que o professor o identifique com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade? Em que se baseia este suposto conhecimento do professor. Entramos, assim, no cerne de nossa discussão e objetivo de nossa pesquisa. Este dado será utilizado na análise das próximas questões.

Figura 5. De que maneira o participante identifica o aluno com TDAH



Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2023).

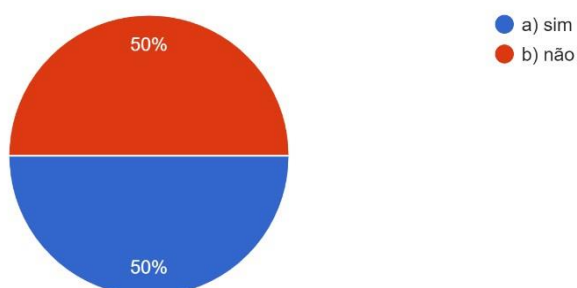
6.1.6 O professor conhece a legislação que trata do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade?

Questão 6 – Você conhece a legislação sobre a inclusão de alunos com TDAH?

Estamos falando, nesta questão, a respeito da Lei Nº 14.254, de 30 de novembro de 2021, que trata dos meios de inclusão e apoio ao aluno com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, sem citá-la diretamente. Metade dos professores responderam que conhecem. Entendemos que, isso se deve ao fato de ser uma lei nova e que tem sido divulgada na rede de ensino. Mesmo assim, ainda a questão de a lei ser conhecida pelos professores é inconclusiva, somente com esta resposta, necessitando de averiguação nas próximas questões.

Figura 6. O participante conhece sobre a legislação de inclusão do aluno com TDAH

6. Você conhece a legislação sobre a inclusão de aluno com TDAH?
26 respostas



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

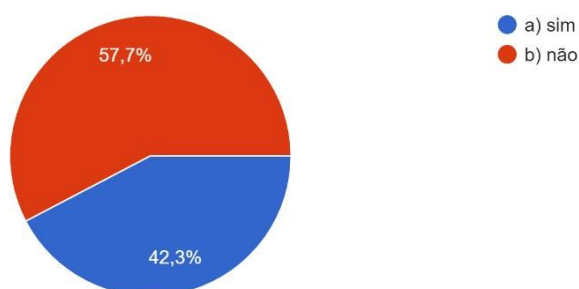
6.1.7 A Formação do Professor na Graduação sobre o TDAH

Questão 7 – Durante sua Graduação, recebeu algum conhecimento sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade?

Menos da metade dos profissionais que participaram dos estudos, 42,5%, afirmaram ter recebido algum tipo de informação sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Isso significa que a Graduação pode ter falhas na informação ao professor sobre o TDAH, deixando de dar instrumentação necessária ao futuro profissional para auxiliar no processo ensino-aprendizagem dos alunos com tal dificuldade. Pontuamos que, a maioria dos professores passaram pela academia há mais de 20 anos, o que também possa ter contribuído para o resultado obtido, embora não se possa afirmar se este é o fator determinante.

Figura 7. O participante recebeu informações sobre o TDAH durante a Graduação

7. Durante sua graduação, recebeu algum conhecimento sobre Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade?
26 respostas



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

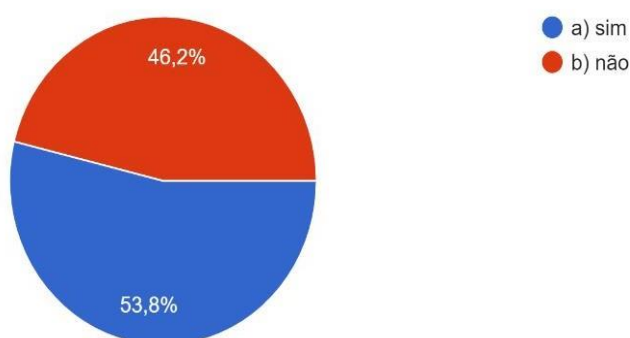
6.1.8 A Formação do professor na Graduação sobre a legislação de inclusão

Questão 8 – Durante sua Graduação, aprendeu sobre legislação de inclusão?

Percebemos aqui uma inversão, ou seja, a maioria (53,8%) obtiveram em sua Formação Acadêmica durante a Graduação conhecimentos sobre as Leis de Inclusão de uma maneira geral. Abre-se novamente para o questionamento sobre a formação acadêmica fornecer instrumentos práticos para o trabalho cotidiano em sala de aula em que há a existência de uma diversidade de discentes a fim de atender às necessidades específicas de cada um.

Figura 8. O participante recebeu informações sobre legislação de inclusão na Graduação

8. Durante sua graduação, aprendeu sobre legislação de inclusão?
26 respostas



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

6.1.9 Discussão da Parte 1

A primeira parte pode nos fornecer alguns dados a respeito do perfil dos professores participantes da pesquisa e algumas das respostas a questionamentos trazidos pelos problemas e hipóteses levantados.

De acordo com o coletado na questão 1, 42,3% dos participantes possuem mais de 20 anos de magistério e 26,9% possuem menos de 4 anos de experiência. Assim, o público pesquisado é formado em sua maioria por profissionais experientes que teoricamente teriam maior conhecimento dos assuntos prático-pedagógicos a respeito da inclusão, até por terem vivido na prática as mudanças ocorridas em termos de legislação sobre o assunto.

Todos os participantes da pesquisa afirmaram, na questão 2, que conhecem o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Do total, 84,6% dos participantes afirmaram na questão 3 ter tido algum aluno com TDAH ao longo de sua jornada e 11,5% afirmaram que não. Somente 1 entrevistado diz desconhecer se teve ou não algum aluno com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Na questão 4, ao serem questionados sobre se esses alunos com TDAH tinham laudo médico que constatasse o referido transtorno, os participantes repetiram a resposta anterior. A diferença entre as questões 3 e 4 é a presença do laudo médico. Sem o laudo médico, não se pode afirmar que o aluno tem Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Somente um médico ou psicólogo pode afirmar o fato. Os demais profissionais, podem e devem conhecer as características inerentes ao quadro e informar aos responsáveis pelo aluno o levantamento de hipótese, sem oferecer diagnóstico.

Na questão, os participantes responderam, em sua maioria (80,8%), que identificam o transtorno pelo comportamento do aluno. A minoria (15,6%) respondeu que utilizam o laudo médico para identificar. Com esses dados, podemos afirmar que o professor identifica os alunos com Transtorno de Déficit de Atenção através da observação comportamental dos alunos. Quais comportamentos de um aluno faz com que o professor o identifique com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade? Em que se baseia o conhecimento do professor? Entramos, assim,

no cerne de nossa discussão e objetivo de nossa pesquisa.

Na questão 6, ao perguntar se o professor conhece a legislação que trata do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, estávamos nos referindo a respeito da Lei Nº 14.254, de 30 de novembro de 2021, que trata dos meios de inclusão e apoio ao aluno com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Com a metade dos professores respondendo que conhecem, pode-se compreender que se deve ao fato de ser uma lei nova e que tem sido divulgada por meio de reuniões pedagógicas na rede de ensino, redes sociais e imprensa formal. Mesmo assim, ainda a questão de a lei ser conhecida pelos professores é inconclusiva somente com esta resposta, já que a lei não foi citada diretamente, necessitando de averiguação nas próximas questões.

Na questão 7, 42,7% dos profissionais, ou seja menos da metade, afirmaram ter recebido algum tipo de informação sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Isso pode demonstrar que a Graduação pode não ter como foco o referido transtorno, deixando de dar instrumentação necessária ao futuro profissional para auxiliar no processo ensino-aprendizagem dos alunos com tal dificuldade. Pontua-se que, a maioria dos professores passaram pela academia há mais de 20 anos, o que também possa ter contribuído para o resultado, embora não se possa afirmar se este é o fator determinante.

Percebe-se pelas respostas da questão 8 uma inversão, ou seja, a maioria teve em sua Formação Acadêmica durante a Graduação conhecimento sobre as Leis de Inclusão de uma maneira geral. Abre-se novamente para o questionamento sobre a necessidade da formação acadêmica fornecer recursos teóricos e práticos para o trabalho cotidiano em sala de aula em que há a existência de uma diversidade de discentes, a fim de atender às necessidades específicas de cada um.

Portanto, percebe-se que a pesquisa envolveu professores com experiência em lecionar a adolescentes dos 6^{os} aos 9^{os} anos do Ensino Fundamental, já tiveram alunos com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em suas salas, tiveram o comportamento do aluno como indício do transtorno e que conhecem sobre as leis de inclusão, embora poucos saibam sobre a lei específica sobre o TDAH.

6.2 Análise de Conteúdo segundo Bardin – Parte 2

Na segunda parte com questões abertas, os entrevistados responderam questões com o propósito de provocá-los a expor as ideias e conhecimentos sobre o transtorno.

Para a análise dos dados coletados, optou-se pela Análise de Conteúdo segundo Bardin (BARDIN, 1977), conforme anteriormente citado. Para isso, dividiu-se as respostas em 3 categorias: Identificação do aluno com TDAH; Práticas pedagógicas docentes; Fontes de Informação dos professores.

Dentro de cada categoria, realizou-se um levantamento léxico-semântico buscando as palavras e seus sinônimos mais repetidas nas respostas a fim de levantar o que os professores dizem e pensam a respeito do tema pesquisado.

Através do levantamento da repetição de palavras, pretendeu-se observar a ênfase em que o participante da pesquisa dá ao citar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Entende-se que quanto mais uma palavra é repetida, mais a idéia e significado que esta palavra traz é importante ao falante.

Identificando a repetição de palavras e expressões, pretendeu-se analisar as ideias recorrentes na fala do pesquisado, identificando o que se faz de maior importância em suas falas.

Segundo Tognini-Bonelli (2001), este tipo de levantamento de palavras pode ser considerado como uma abordagem empírica realizada através de procedimentos técnico-científicos, que resultam em um postulado teórico.

O trabalho com corpus pode ser visto como uma abordagem empírica que, similarmente a todo tipo de indagação científica, tem como ponto de partida dados autênticos. O procedimento para descrição dos dados que constituem um corpus é, portanto, indutivo, haja vista que as afirmações de natureza teórica sobre a língua e a cultura decorrem da observação de dados reais. A observação dos fatos da língua leva à formulação de uma hipótese que dê conta desses fatos; o que, por sua vez, conduz à uma generalização baseada na evidência de padrões recorrentes nas linhas de concordância; a última etapa é a unificação dessas afirmações em um postulado teórico. (TOGNINI-BONELLI, 2001, p. 2).

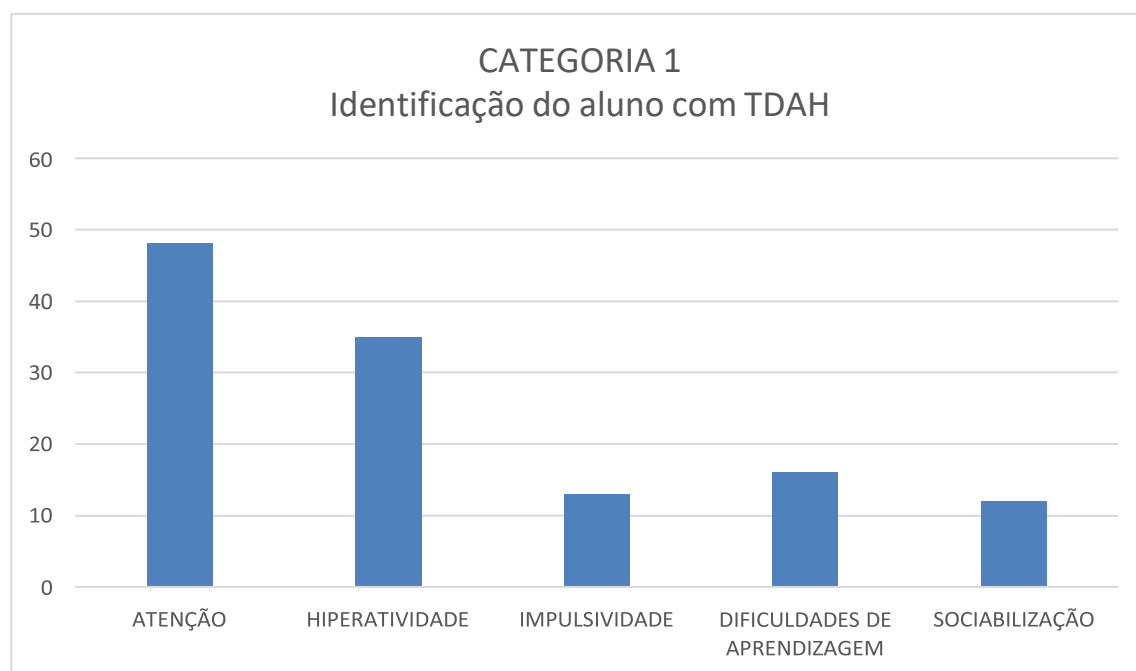
6.2.1 Categoria 1 - Identificação do aluno com TDAH

Na categoria 1, referente a maneira que os participantes identificam o aluno com TDAH, foram selecionadas as questões :

1. Para você, o que é Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)?
2. Quando você percebe que há um aluno com TDAH em sala de aula, o que você faz?
3. Quais os comportamentos do aluno que o fazem pensar no TDAH?

Conforme Figura 1, os professores utilizaram palavras ou termos que remetem ao comportamento desatento 48 vezes, à hiperatividade 35 vezes, à impulsividade 13 vezes, às dificuldades de aprendizagem dos alunos com TDAH 16 vezes e aos problemas de sociabilização e convívio do aluno perante colegas e professores 12 vezes. A forma desatenta é o que chamou mais a atenção dos professores de acordo com os dados obtidos. entendem por Transtorno de Déficit de Atenção comportamentos principalmente relacionados ao TDAH.

Figura 9. Como os professores identificam o aluno com TDAH



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Os professores participantes, associaram o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade a comportamentos dos alunos principalmente relacionados à falta de atenção por parte do aluno em sala de aula e a agitação. Portanto, a falta de foco ou atenção do aluno foi associado pelos professores ao comportamento que mais chamou a atenção do Transtorno estudado.

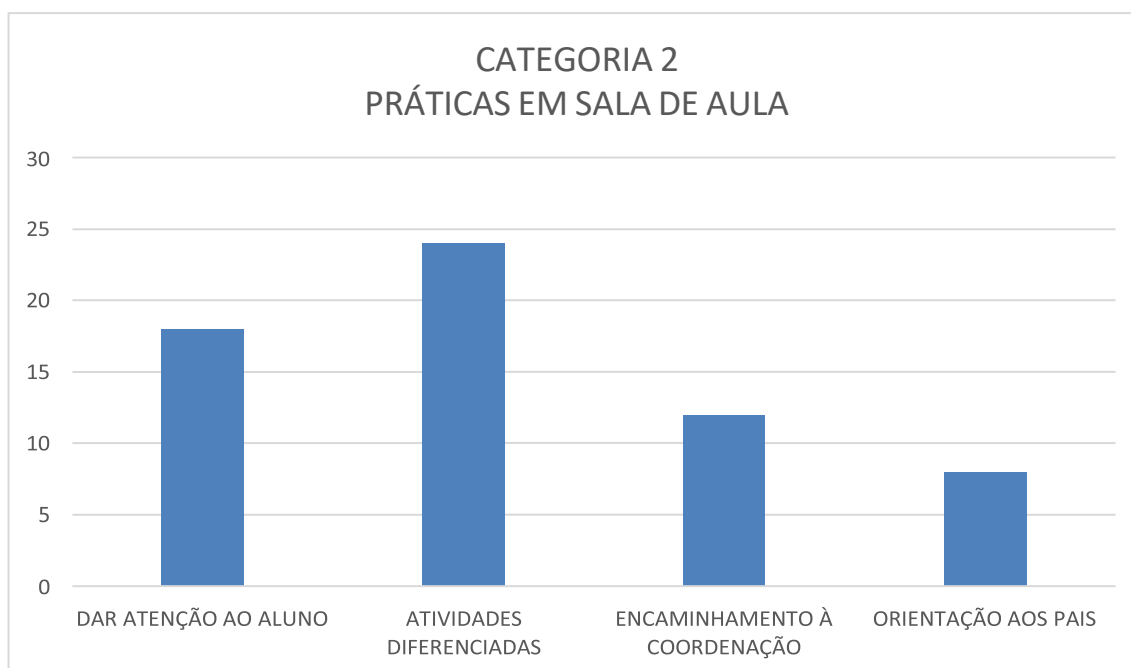
6.2.2 Categoria 2 - Práticas pedagógicas docentes

Na Categoria 2, referente às práticas mais utilizadas pelos pesquisados, foram selecionadas as questões:

1. Quais estratégias você utiliza para fazer o aluno com TDAH aprender?
2. Comente o que você pensa sobre o TDAH.
3. Aproveite o espaço abaixo para realizar comentários ou questionamentos que achar importante.

Conforme apresentado na Figura 2, os professores participantes da pesquisa citaram que preferem dar atenção ao aluno 18 vezes; utilizam-se atividades diferenciadas ou utilizando-se de outras estratégias 24 vezes; procuram ou encaminham a suspeita à coordenação ou à equipe diretiva da escola por 12 vezes; e orientam aos pais a procurarem tratamento com especialista por 8 vezes.

Figura 10. Práticas Pedagógicas utilizadas pelos pesquisados



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Percebe-se por meio de das respostas, a disposição dos participantes em auxiliar o aluno a alcançar o aprendizado, entretando, o ato de dar atenção ao aluno não inclui na aprendizagem, pois diferencia seu tratamento diante dos demais. Outro ponto interessante a ser levantado é o fato de que nem todos encaminham o caso à direção e menos ainda, procura orientar os pais a procurar um especialista. Outro ponto a ser levantado é que apenas um deles citou o fator “laudo médico” na identificação do aluno.

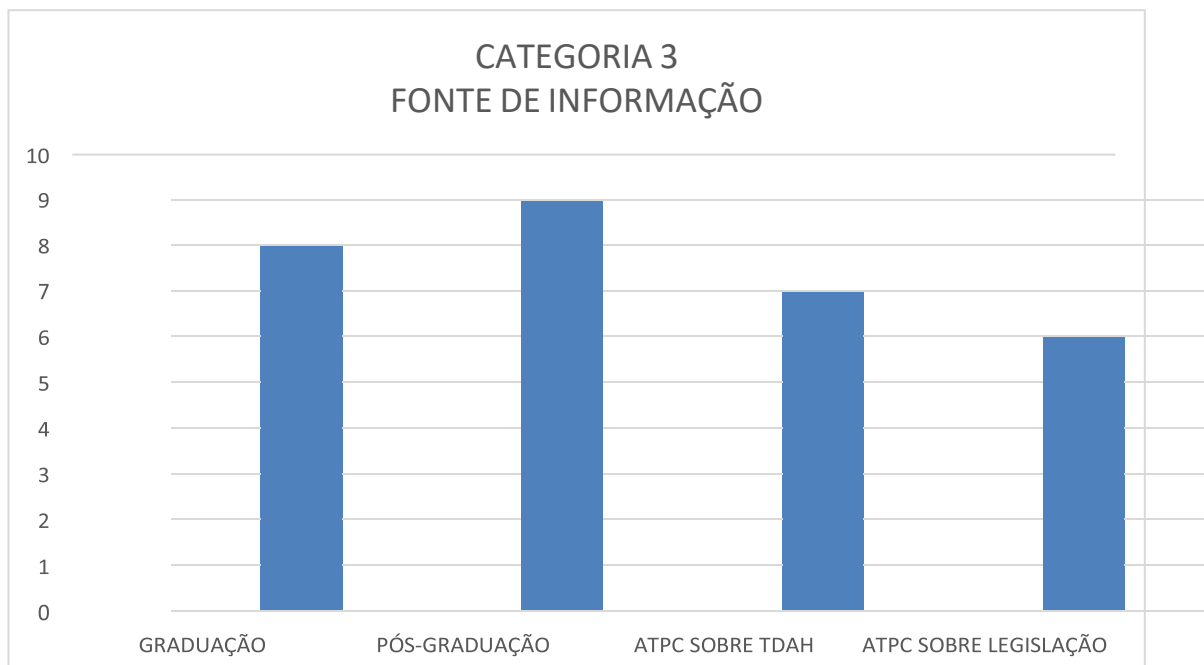
6.2.3 Categoria 3 - Fontes de Informação dos professores

Para identificar a fonte que os participantes da pesquisa mais utilizaram para obter informações sobre o TDAH, utilizou-se as questões:

1. Durante sua graduação você teve informação sobre como lidar com alunos com TDAH? Se sim, qual e em qual disciplina?
2. Você fez alguma outra graduação ou pós-graduação? Se sim, houve alguma informação sobre o TDAH?
3. Durante as aulas de trabalho pedagógico coletivo (atpc), você recebeu alguma informação sobre TDAH?
4. Durante as aulas de trabalho pedagógico coletivo (atpc), você recebeu alguma informação sobre a legislação de inclusão?

Conforme Figura 3, foi averiguado que 8 dos pesquisados receberam informações sobre o TDAH na Graduação; 9 receberam em uma pós-graduação, 7 receberam informações durante reuniões pedagógicas nas Unidades de Ensino em que atuam e 6 receberam informações sobre a legislação, ou seja, os direitos e deveres na inclusão durante as reuniões pedagógicas, também conhecidas por Aulas de Trabalho Pedagógico Coletivo (ATPC).

Figura 11 – Fonte de informação do docente sobre o TDAH



Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2023).

Finalizando a Parte 2, na questão 10, foi ofertado um espaço para que o participante da pesquisa pudesse expor idéias, comentários e questionamentos referentes ao assunto abordado. Todos os que responderam demonstraram preocupação quanto ao aluno com o transtorno e a necessidade de maior orientação sobre o assunto.

6.2.4 Discussão da Parte 2

Ao dividir as respostas em 3 categorias, pretendeu-se responder às questões levantadas na problematização da pesquisa. Como objetivo colocou-se que fosse investigados conhecimentos e práticas dos professores do 6ºs a 9ºs anos do Ensino Fundamental diante de alunos com Transtorno de Déficit de Atenção de Hiperatividade Rede Pública do Estado de São Paulo, nas cidades de Santos, Guarujá, Cubatão e Bertioga, a fim de verificar se estão embasados por fundamentos teóricos científicos ou por observação comportamental, ao lidar com as especificidades do transtorno durante o processo ensino-aprendizagem. Para isso necessitou verificar quais os conhecimentos teóricos dos professores sobre o TDAH

e identificar as práticas pedagógicas dos professores diante das especificidades do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Observou-se a quantidade de vezes que as palavras eram repetidas nas respostas. O intuito foi de levantar as principais ideias e entendimento dos participantes da pesquisa. A repetição, quando não é um vício de linguagem, falha na escrita ou recurso estético, reflete a ideia principal da fala do indivíduo.

Assim, na primeira categoria, observou-se a repetição da palavra “atenção”, demonstrando que os pesquisados percebem o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade pela falta de atenção que o aluno apresenta. A “hiperatividade” segue como termo mais repetido. As dificuldades de Aprendizagem que é uma das características que seria indicador do transtorno em ambiente acadêmico é menos citado. O professor deve se atentar ao processo de ensino-aprendizagem, traçando metas e instrumentos capazes de alcançar o objetivo do aprendizado. O TDAH afeta este objetivo e a falta dessa percepção pode trazer inúmeros prejuízos aos alunos com TDAH ou não.

A Categoria 2, buscou responder quais as práticas pedagógicas são utilizadas pelos participantes da pesquisa diante das dificuldades enfrentadas no dia-a-dia. A realização de atividades diferenciadas junto aos alunos com TDAH foi o recurso que mais citado nas respostas, seguido por dar atenção ao aluno. Essas diferenciação das atividades não pode traduzir em discriminação dos alunos. A inclusão ocorre quando as atividades pedagógicas ocorrem de maneira equalitária a todos os estudantes. Além desses recursos, o encaminhamento à coordenação e orientação aos pais, também foram citados.

A terceira e última categoria, demonstra que as informações que os professores obtiveram sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade foram provenientes principalmente em cursos de pós-graduação. Pode-se inferir que os professores pesquisados buscaram formação acadêmica para enfrentar as dificuldades apresentadas pelas especificidades do transtorno.

As reuniões de aprendizagem pedagógicas, conhecidas por Aulas de Trabalho Pedagógico Coletivo (ATPC) são reuniões dos professores junto à equipe diretiva da Unidade Escolar a fim de fornecer atualização e compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais da educação. Estas têm sido citadas como fonte de informação

sobre o transtorno, mas não a principal, o que pode demonstrar a necessidade de intensificação no fornecimento de conhecimento pelas instituições educacionais, conforme citado no art. 5 da Lei Nº 14.254, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2021 que dispõe sobre o acompanhamento integral para alunos com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

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

6.3 Critérios diagnósticos – Parte 3

Por fim, na última parte, colocou-se diversas características que são critérios para o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade presentes no DSM-V (2013), intercalados por características aleatórias e que não fazem parte do quadro de características peculiares ao TDAH. O intuito foi o de identificar se os professores participantes da pesquisa reconhecem os critérios estabelecidos pelo DSM-V, referência para o diagnóstico clínico, ou se identifica os alunos com TDAH por critérios aleatórios.

O objetivo foi saber se o professor participante da pesquisa conhece as características do TDAH, presentes no DSM-V, ou se são atribuem outras características comportamentais.

O resultado demonstra que os participantes assinalaram as característica que fazem parte dos critérios diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, porém, também associaram características ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade que não fazem parte desses critérios científicos.

As características mais assinaladas são: “não presta atenção na aula” (84,6%); “dificuldade em manter foco em atividades como leitura” (92,3%); “tem dificuldade para organizar tarefas e atividades” (84,6%); “dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem” (84,6%); “tem dificuldade para esperar a sua vez” (80,8%), “precisa de um tempo maior para terminar as atividades” (69,2%), “não consegue terminar as tarefas escolares” (73,1%) que são características típicas da impulsividade inerente ao Transtorno.

Entretanto, foram assinaladas, mesmo que em menor número, características que não corresponde ao diagnóstico como “falta de educação” (3,8%); “vive rodeado de amigos” (15,4%); “falta de limites” (11,5%); “pais não presentes” (11,5%); “fala demais” (26,9%). Uma das alternativas, “é preguiçoso” não foi assinalada por nenhum dos participantes, podendo observar que o professor entende que o TDAH não é sinônimo de preguiça.

Neste contexto, verifica-se que o professor reconhece as principais características do TDAH existentes no rol de critérios do diagnóstico clínico, entretanto, ainda são relacionadas ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade algumas características que não fazem parte.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da Análise dos Dados, observa-se que os professores participantes da pesquisa afirmaram que tiveram contato com o tema pesquisado, isto é, o Transtorno de Déficit de Atenção. Contatou-se que há equívoco sobre quais seriam características peculiares ao TDAH. A formação acadêmica dos professores têm priorizado os conhecimentos específicos de cada disciplina.

A formação continuada oferecida pelo Sistema de Ensino do Estado de São Paulo, entre elas as Aulas de Trabalho Pedagógico Coletivo (ATPC), que são reuniões periódicas com a finalidade de capacitar os professores na prática pedagógica, torna-se um importante veículo de comunicação e apropriação de conhecimento entre os professores.

Durante a pesquisa, os participantes puderam colocar seus anseios por saber sobre o assunto, pois encontram em seu ofícios dificuldades que, sem saber identificar ou saber como agir, fazem o que pensam ser o melhor na situação. Com o conhecimento aprofundado, poderão auxiliar os alunos e seus responsáveis a superar as dificuldades encontradas no período acadêmico e posterior vida adulta.

Verificamos que há o fornecimento de conhecimento inconsistente por parte das Instituições de Ensino e cursos de Graduação sobre o Transtorno objeto da pesquisa para os professores do Ensino Fundamental.

A não informação gera padrões distorcidos no processo de ensino-aprendizagem, por consequência, há casos de alunos sem o transtorno que são rotulados e alunos sem o devido acompanhamento.

Além disso, a inexistência de uma rede de apoio ao professor, com a presença de psicólogos nas escolas públicas e encaminhamento facilitado a médicos especialistas geram insegurança na identificação dos alunos com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade então, estes alunos são identificados por comportamentos apresentados durante as atividades acadêmicas.

A ausência de suporte promove desafios aos professores no lidar com as dificuldades que o Transtorno gera, aumento do fracasso escolar e o não atendimento às necessidades específicas do Transtorno.

Quanto às práticas pedagógicas utilizadas pelos professores diante das

especificidades do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, observa-se que os participantes da pesquisa buscam dedicar uma atenção diferenciada aos alunos que desenvolvem características do TDAH. A aplicação de atividades diferenciadas a esses alunos também foi citada na pesquisa. Comunicar à equipe diretiva da escola e aos pais ou responsáveis sobre qualquer suspeita também foi indicado como prática, entretanto em menos frequência.

Como contribuição à sociedade, desenvolvemos um curso de formação profissional como recurso de informação e fonte conhecimento para professores de educação básica.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA,
DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

ELYSÂNGELA TEIXEIRA SOARES DA FONSECA

**CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO BÁSICA
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE:
UMA REALIDADE NA ESCOLA**

SANTOS

2023

ELYSÂNGELA TEIXEIRA SOARES DA FONSECA

**CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA PROFESSORES DE
EDUCAÇÃO BÁSICA: TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE, UMA REALIDADE NA ESCOLA**

Produto Técnico apresentado ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Luana Carramillo Going.

SANTOS

2023

INTRODUÇÃO

Apresentamos este curso de Formação Docente como resultado e produto de pesquisa realizada no Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas.

O amplo acesso à informação sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e à formação continuada para os professores da Educação Básica foi estabelecida pela Lei de nº 14.254, de 30 de novembro de 2021. A Lei visa capacitar os profissionais da educação a identificação precoce dos sinais relacionados aos transtornos de aprendizagem ou ao TDAH, bem como para o atendimento educacional escolar dos educandos e institui o acompanhamento integral aos alunos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e Transtorno de Aprendizagem.

Rangel e Loos (2011) destacam que “O investimento na preparação dos profissionais, aliado à utilização de métodos de instrução e de avaliação alternativos na escola, provavelmente permitiria o desenvolvimento de habilidades potenciais entre alunos com TDAH (...)” e mais, “(...) cabe à escola se repensar e se instrumentalizar, de forma a proporcionar um ambiente social menos hostil e mais acolhedor para todos os alunos” (RANGEL; LOOS, 2011)

Pode-se, assim, perceber que a demanda por um curso que prepare o professor para receber e desenvolver o aluno com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade se faz urgente.

O curso foi dividido em duas partes: uma teórica com definição e especificidades do transtorno, breve histórico e legislação; e, uma com sugestões de atividades práticas para serem utilizadas pelos professores em sala de aula.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: uma definição

O DSM-V, publicação da APA (*American Psychological Association*) defini o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade como um transtorno do neurodesenvolvimento dividido em três tipos: desatento, hiperativo/impulsivo e combinado e que provoca grande prejuízo na vida acadêmica e social.

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar – sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento. Na infância, o TDAH frequentemente se sobrepõe a transtornos em geral considerados “de externalização”, tais como o transtorno de oposição desafiante e o transtorno da conduta. O TDAH costuma persistir na vida adulta, resultando em prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional. (DSM-V, 2013, p. 32).

Com a prevalência de 5 a 8% de crianças em idade escolar no mundo o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno que compromete o controle do comportamento do indivíduo em relação ao tempo e avaliação de consequências futuras. É um problema real e doloroso tanto para a criança como sua família e todos que a cercam e é muito mais que uma questão de desatenção e hiperatividade, uma fase difícil da infância, uma falha dos pais ou de falha moral da criança. (BARKLEY, 2020)

Segundo o CID11 (2022), o Transtorno de Déficit de Atenção caracteriza-se pelo padrão de desatenção (dificuldade significativa em manter a atenção em tarefas que não fornecem um alto nível de estimulação ou recompensas frequentes, distração e problemas de organização), hiperatividade (atividade motora excessiva e às dificuldades em permanecer imóvel) e impulsividade (tendência a agir em resposta a estímulos imediatos, sem deliberação ou consideração dos riscos e consequências), por pelo mais de 6 meses e que gera transtornos em âmbito escolar, social ou ocupacional. Os sintomas são percebidos antes dos 12 anos, mas pode prolongar-se até a vida adulta, sendo que os sintomas variam de acordo com a idade cronológica

do indivíduo e da gravidade do transtorno que pode ser leve apresentando poucos sintomas e que resultam em pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional; moderada com sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes; e grave apresentando vários sintomas graves ou que podem resultar em grande prejuízo no funcionamento acadêmico, social ou profissional. (DSM-V, 2013).

Há também que se levar em conta a existência de 3 tipos de TDAH: prevalentemente desatento que aparecem sintomas de desatenção, prevalentemente hiperativo/impulsivo que aparecem sintomas de hiperatividade e impulsividade, e o tipo combinado que apresentam tanto sintomas de desatenção como de hiperatividade e impulsividade.

O diagnóstico deve ser realizado por médico ou psicólogo e leva em conta os critérios apresentados pelo CID11¹ ou pelo DSM-V².

O indivíduo com tipo desatento apresenta dificuldade em manter atenção em atividades que não forneçam estímulo ou recompensa imediata ou ainda que necessitem de esforço mental sustentado; comete erros por descuido; não conclui tarefas; não se atém a detalhes; distrai-se facilmente por pensamentos ou estímulos estranhos à tarefa em questão; parece não ouvir quando interrogado diretamente; parece estar com o pensamento em outro lugar ou sonhando acordado; costuma perder objetos e apresenta dificuldade em planejar, gerenciar e organizar tarefas do dia-a-dia. Entretanto, a desatenção pode não ser evidente quando o indivíduo se envolve em atividades que tenham forte estímulo ou recompensas imediatas. (CID11, 2022)

¹ CID-11 (2022) é décima primeira revisão da Classificação Internacional de Doenças desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde.

² DSM-V (2013) – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição feito pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) para definir como é feito o diagnóstico de transtornos mentais e é utilizado por psicólogos, fonoaudiólogos, médicos e terapeutas ocupacionais.

O indivíduo com tipo hiperativo/impulsivo apresenta, segundo CID11 (2022), apresenta atividade motora excessiva; tem dificuldade em permanecer parado; sai da cadeira quando se espera que fique sentado; sensação de inquietação física ou mental; fala demais; apresenta dificuldade em se envolver em atividades silenciosas; interrompe conversas ou atividades de outras pessoas; não espera sua vez de falar; age sem ponderar consequências ou riscos, apresentando comportamentos com potencial para lesões físicas, decisões impulsivas e direção imprudente.

Os indivíduos com o tipo combinado, apresenta sintomas dos tipos anteriores (DSM-V, 2013).

1.2 O TDAH e o Desempenho Escolar

Os sintomas do Transtorno de Déficit de atenção podem limitar o desempenho escolar-acadêmico, isto porque, “devido ao seu funcionamento peculiar, os alunos com TDAH tendem a apresentar problemas acadêmicos de diversas ordens, como dificuldades de aprendizagem, comportamentos considerados impróprios pelos professores e dificuldades de relacionamento com seus pares, tendo, dessa forma, perdas pedagógicas e sociais importantes.” (RANGEL; LOOS, 2011).

Silva (2003, *apud* RANGEL; LOSS, 2011) diz que o indivíduo com TDAH, não deve ser tratado como um cérebro “com problemas”, mas como alguém que tem o funcionamento cerebral diferenciado em seu foco e atenção e que desenvolvimento bioquímico é responsável tanto por desacertos vitais” quanto por suas “melhores características”, ou seja, seu funcionamento cerebral “permite entender o mundo sob ângulos habitualmente não explorados” ou seja, com criatividade.

Roldan (2022) cita, em relação à dificuldade apresentada na socialização com os pares, “é notório o prejuízo social que acompanha o TDAH para além das alterações cognitivas” e que cerca de 70% dos indivíduos podem não construir laços de amizade durante a infância e adolescência.

Observa-se também que há elevados índices de reprovações, suspensões, transferências compulsórias e expulsões dos indivíduos com TDAH em relação a outros alunos e são evidências das dificuldades em se obter o sucesso escolar bem como dos problemas de relacionamento vividos por eles (RANGEL; LOOS, 2011).

Assim, o indivíduo com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade passa por inúmeras dificuldades em sua vida acadêmica, na maioria das vezes não relacionadas a problemas cognitivos, mas sim, as especificidades dos sintomas encontrados no transtorno e que não tem práticas pedagógicas a fim de minimizar os problemas de comportamento ou de aprendizagem.

1.3 LEGISLAÇÃO VIGENTE

A LBI (Lei Brasileira de Inclusão) em seu Art. 2º define a pessoa com deficiência a que “tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. As pessoas que possuem deficiência têm garantido seu direito ao acesso à escola e ao aprendizado.

. Segundo Freitas (2014). o indivíduo com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, possui incapacidade de manutenção de foco e organização, entende e compreende bem o que acontece, entretanto não consegue realizar a tarefa, prejudicando as atividades diárias e segundo Barkley (2020), o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é caracterizada pelo desequilíbrio comportamental e dos mecanismos de atenção e memória, gerando perdas na aprendizagem e na vida acadêmica. O Transtorno é caracterizado pela tríade sintomatológica: desatenção/hiperatividade/impulsividade e pode ou não estar associado a outros transtornos e distúrbios, tais como, transtorno de ansiedade, disgrafia, dislexia, disgrafia, transtorno de conduta e transtorno opositor desafiador (TOD).

Devido aos sintomas, o indivíduo com TDAH costuma apresentar fracasso escolar necessitando de estratégias inclusivas a fim de conferir a adaptação ao universo escolar. Freitas (2014) coloca a importância de pensar

na inclusão de forma sistêmica considerando alguns aspectos como: o preparo dos profissionais; a aceitação à diversidade; redução do número de alunos em sala de aula ou auxílio de tutor ou professor particular; criação de elo afetivo entre a criança e a escola; reorganização de condutas e ações favorecendo equilíbrio entre as atividades na escola e em casa; propor ações disciplinares sem a aplicação de punições ou estigmatização do aluno; aplicação de atividades voltada para o desenvolvimento da convivência e resolução de conflitos entre os alunos; mudança dos conceitos e modelos de avaliação dos conteúdos; estabelecer diálogo com os profissionais que atendem a criança.

Na LEI Nº 13.146, de 6 de julho de 2015, Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), institui a inclusão escolar. Em Título II, Capítulo IV, Artigo 27, afirma:

Art. 27. A educação constitui direito da pessoa com deficiência, assegurado sistema educacional inclusivo em todos os níveis e aprendizado ao longo de toda a vida, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

Parágrafo único. É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa com deficiência, colocando-a a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Portanto, a inclusão do aluno com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é dever das Instituições Educacionais, tanto públicas quanto privadas.

No Brasil, com a LDB nº 9.394 de 1996 (BRASIL, 1996a), ficou estabelecido, no Art. 2º, que a educação, dever da família e do Estado, será inspirada nos princípios de liberdade e nas ideias de solidariedade humana. E tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

O Art. 3º coloca que o ensino será ministrado de acordo com os seguintes princípios, que descrevemos a seguir:

Igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;

Liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber. Pluralismos de ideias e de concepções pedagógicas. Respeito à liberdade e apreço à tolerância. Coexistência de instituições públicas e privadas de ensino. Gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais. Valorização do profissional da educação escolar. Gestão democrática do ensino público, na forma desta Lei e da legislação dos sistemas de ensino. Garantia de padrão de qualidade. Valorização da experiência extraescolar. Vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais. Consideração com a diversidade étnico-racial. (Incluído pela Lei n.12.796, de 2013). Garantia do direito à educação e à aprendizagem ao longo da vida. (Incluído pela Lei n. 13.632, de 2018).

A inclusão escolar, embora bem descrita na legislação, não é uma realidade na grande maioria das escolas. Essa discrepância deve-se principalmente a deficiente formação dos professores. Dias (2020, p.37) cita que:

[...] ou seja, as políticas públicas voltadas para a formação dos professores é um grande desafio no processo de ensino e aprendizagem, uma vez que os professores são os grandes protagonistas das mudanças sociais existentes na vida de seus alunos. Nesta direção, entendemos a necessidade de políticas públicas que valorizem a formação dos professores e incentivem a capacitação desses profissionais, para que possam compreender a importância de uma educação para a diversidade na perspectiva inclusiva.

Gomes, Palmirini, Barbirato, Rohde e Mattos (2007, *apud* RANGEL; LOOS, 2011), após extensa pesquisa com professores, médicos e psicólogos afirmaram que a maioria apresentou crenças consideradas pelos autores como errôneas em relação ao TDAH, como por exemplo, que o problema resulta de pais ausentes e que não sabem impor limites, o que serve como alerta para a necessidade de esforço direcionado para informar melhor a população e

capacitar os grupos profissionais pesquisados. Além disso, “considera-se imprescindível a produção e a difusão de um “saber mais completo” acerca do TDAH, objetivando-se contribuir para a ampliação das concepções e visando à construção de práticas mais críticas por parte dos profissionais que atuam no campo clínico e educativo” (RANGEL E LOOS, 2011).

Assim, a prática inclusiva passa pelo processo de formação do professor, que deve, além do conhecimento específico da disciplina, conhecer o processo de aprendizagem, metodologias e técnicas pedagógicas e as dificuldades que os alunos possam ter para a garantia do pleno conhecimento e sucesso escolar (SAMPAIO; FREITAS, 2014; DIAS, 2020).

Em 2021, foi publicada no Diário Oficial da União, D.O.U. de 01/12/2021, p. nº 5, a Lei Nº 14.254, de 30 de novembro de 2021, que dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem. Esta lei, traz um avanço significativo nas políticas públicas de inclusão de crianças, adolescentes e adultos com TDAH. Prevê a identificação precoce do transtorno, encaminhamento para diagnóstico, apoio educacional na rede de ensino e apoio terapêutico especializado na rede de saúde. Além disso, prevê que os sistemas de ensino devem garantir aos professores de educação básica amplo acesso à informação.

O artigo 5º da Lei nº 14.252, de 30 de novembro de 2021, cita:

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

1. CURSO FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA PROFESSORES DE EDUCAÇÃO BÁSICA – TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: UMA REALIDADE NA ESCOLA

A presente formação continuada é destinada aos professores de Educação Básica que atuam nos Anos Finais do Ensino Fundamental (6º ao 9º ano). O curso possui 4 horas de carga horária, ministrado de maneira presencial, dividido em duas partes e com um intervalo de 10 minutos cada. A seguir, apresentamos as informações gerais sobre o curso.

Nome do curso: TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE, UMA REALIDADE NA ESCOLA

Carga horária: 40 horas

Duração do curso: 10 encontros

Público-alvo: professores de Educação Básica que atuam nos Anos Finais do Ensino Fundamental (6º ao 9º ano)

Vagas oferecidas: 20 vagas

Objetivo geral: Ampliar a formação do professor sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e propor caminhos para o trabalho com alunos na sala de aula.

Objetivos Específicos:

- Compreender o Transtorno de Déficit de Atenção e suas especificidades
- Conhecer a legislação sobre inclusão dos alunos com TDAH
- Debater sobre práticas pedagógicas utilizadas em sala de aula para o efetivo aprendizado de alunos com TDAH.
- Propor estratégias que auxiliem no desenvolvimento dos alunos com TDAH

Metodologia: Aula expositiva, debate sobre os temas abordados, Dinâmicas, Troca de experiências, Metodologias Ativas.

Justificativa: Acreditamos que o professor que possui elementos teóricos sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e instrumentos práticos, ao enfrentar as dificuldades geradas pelo TDAH em sala de aula, irá gerar oportunidade de inclusão na aprendizagem do aluno com TDAH.

Resultados esperados: O uso de instrumentos propostos pelo curso como um recurso para auxiliar a prática do professor em seu cotidiano escolar.

MÓDULO 01 – TDAH – Definição, Histórias e Tipos

AULA 01

O CÉREBRO E O TDAH

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um transtorno do neurodesenvolvimento que afeta em torno de 5% a 8% das crianças e adolescentes na idade escolar.

É um distúrbio que afeta basicamente o funcionamento da parte Frontal do cérebro que é responsável pelas funções executivas.

Tá, e o que isso quer dizer?

Quer dizer que em um indivíduo com TDAH a inibição de resposta, a atenção sustentada, memória de trabalho, administração do tempo, iniciação de tarefas e persistência orientada por metas são prejudicadas. Precisamos “emprestar” ao indivíduo nossos lobos frontais!

“Ah! Mas ainda não se faz transplante de cérebro”, você pode dizer. Fazemos isso quando fornecemos recursos para que o aluno supere as dificuldades, ao estruturar o ambiente, supervisionar as atividades de maneira direta e ao transmitir as habilidades pela prática da repetição.

Figura 1 – Partes do cérebro



Fonte: Psicologia on-line. Site: <https://br.psicologia-online.com/partes-do-cerebro-e-suas-funcoes-132.html>. Acesso em: 26 janeiro de 2023

O Lobo Frontal é responsável pelas funções executivas do cérebro.

São elas:

- Inibição de resposta;
- Memória de Trabalho;
- Controle Emocional;
- Atenção sustentada;
- Inicialização de tarefas;
- Planejamento e priorização de atividades;
- Organização;
- Administração de tempo;
- Persistência orientada por metas;
- Metacognição

Perceba que, se o indivíduo com TDAH não consegue terminar o trabalho ou a atividade proposta em tempo hábil; se ele é impulsivo e interrompe a aula diversas vezes; explode à toa; vive no “mundo da lua”; perde o material o tempo todo; não reflete sobre o perigo que uma atitude tomada possa ter; desorganizado não é porque ele “não quer fazer” ou “não tem educação ou limites. Seu cérebro tem o funcionamento diferente dos demais, necessitando de auxílio para dar conta do que para um indivíduo sem TDAH é de certa maneira fácil.

Todos podemos apresentar esses tipos de dificuldades em algum momento da vida, porém, o que caracteriza o Transtorno é a persistência dos sintomas e o sofrimento gerado por elas.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade não é uma doença dos “tempos modernos”, nem modinha. Há registros na literatura científica dos sintomas em 1775, quando o médico alemão Melchior Adam Weikard relata sintomas de um transtorno que acometia algumas crianças e denominou de “Falta de Atenção” e em 1798 o médico escocês Alexandre Crichton descreveu alguns pacientes com “desatenção patológica” (ROSA, 2015). Portanto descartamos a hipótese de o transtorno ser algo inventado pela indústria farmacêutica.

FUNÇÕES EXECUTIVAS

O Córtex pré-frontal, segundo Fonseca (2014), é parte do cérebro responsável pelas funções executivas que estão ligadas a atividades do dia-a-dia, tais como:

- atenção (sustentação, foco, fixação, seleção de dados relevantes dos irrelevantes, evitamento de distratores);
- percepção (intraneurosensorial, interneurosensorial, meta-integrativa, analítica e sintética);
- memória de trabalho (localização, recuperação, rechamada, manipulação, julgamento e utilização da informação relevante);
- controle (iniciação, persistência, esforço, inibição, regulação e autoavaliação de tarefas);
- ideação (improvisação, raciocínio indutivo e dedutivo, precisão e conclusão de tarefas);
- planificação e a antecipação (priorização, ordenação, hierarquização e predição de tarefas visando a atingir fins, objetivos e resultados);
- flexibilização (autocrítica, alteração de condutas, mudança de estratégias, detecção de erros e obstáculos, busca intencional de soluções);
- metacognição (auto-organização, sistematização, automonitorização, revisão e supervisão);
- decisão (aplicação de diferentes resoluções de problemas, gestão do tempo evitando atrasos e custos desnecessários);
- execução (finalização e concomitante verificação, retroação e referenciarão).

Fonseca (2014) coloca que as Funções Executivas coordenam e integram outras funções do cérebro sendo importante fator para o desempenho escolar, pois são responsáveis pela planificação e execução de ações que fazem parte do processo ensino-aprendizagem. A disfunção dessas funções traz prejuízos, primeiramente na vida escolar e posteriormente nas atividades da vida adulta como no ato de condução de veículo, no trabalho e em relações interpessoais.

As características apresentadas pela disfunção, segundo Fonseca (2014) é inatenção, desplanificação, desorganização e limitações de acesso à memória de trabalho.

AULA 2

DEFINIÇÃO DO TDAH

O DSM-V, publicação da APA (American Psychological Association) define o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade como um transtorno do neurodesenvolvimento dividido em três tipos: desatento, hiperativo/impulsivo e combinado e que provoca grande prejuízo na vida acadêmica e social.

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar – sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento. Na infância, o TDAH frequentemente se sobrepõe a transtornos em geral considerados “de externalização”, tais como o transtorno de oposição desafiante e o transtorno da conduta. O TDAH costuma persistir na vida adulta, resultando em prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional. (DSM-V, 2013, p. 32).

Com a prevalência de 5 a 8% de crianças em idade escolar no mundo o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno que compromete o controle do comportamento do indivíduo em relação ao tempo e avaliação de consequências futuras. É um problema real e doloroso tanto para a criança como sua família e todos que a cercam e é muito mais que uma questão de desatenção e hiperatividade (BARKLEY, 2020).

Quadro 1. História do TDAH

ANO	EVENTO
1775	Melchior Adam Weikard / Primeira descrição dos sintomas de desatenção
1798	Alexander Crichton / Desatenção Patológica
1845	Heinrich Hoffmann / Livro infantil "Der Struwwelpeter"
1877	Willian Ireland / Confecção dos termos: Imbecilidade e Idiotice
1890	Charles Mercier / Estudos sobre Deficiência Moral
1902	George Still / Deficiência Moral como resultado de um cérebro desordenado
1904	W. A. Potter / Origem do Déficit Moral e protocolos de tratamento
1918	Epidemia de Encefalite Letárgica
1937	Charles Bradley / Uso de Sulfato de Benzaprina para tratamento Comportamental
1944	Leandro Panizzon / síntetização de Metifenidrato ou Ritalina
1960	Stella Chess / Utilização do termo Transtorno de Hiperatividade
1963	Grupo Internacional de Estudos sobre neurologia de Oxford / Disfunção Cerebral
1968	DSM-II / Transtorno do Comportamento da infância e adolescência como reaçãohipercinética da infância
1971	Paul H. Wender / Disfunção Cerebral Mínima
1972	Virgínea Douglas / Modelo Neuro cognitivo
1975	Bem Feingold / Origem dos problemas comportamentais por fatores Ambientais
1977	CID 9 / Uso do termo: Síndrome Hiperkinética da Infância
1980	DSM-III / Uso do termo: Transtorno de Déficit de Atenção
1986	DSM-III-R / Uso do termo: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
1994	DSM-IV / Uso do termo Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e a separaçãode 3 subtipos: hiperatividade, desatenção. Impulsividade
1995 a 2000	Avanços tecnológicos no campo da neuroimagem Possível natureza neurológica e genética Reconhecimento da existência dotranstorno em adultos
2013	DSM-V / Reconhecimento da natureza neurobiológica e poligenética do Transtorno deDéficit de Atenção e Hiperatividade

Fonte: Elaborada pelo autor (2023)

AULA 03

TIPOS DE TDAH: DESATENÇÃO

O indivíduo com tipo desatenção apresenta dificuldade em manter atenção em atividades que não forneçam estímulo ou recompensa imediata ou ainda que necessitem de esforço mental sustentado; comete erros por descuido; não conclui tarefas; não se atém a detalhes; distrai-se facilmente por pensamentos ou estímulos estranhos à tarefa em questão; parece não ouvir quando interrogado diretamente; parece estar com o pensamento em outro lugar ou sonhando acordado; costuma perder objetos e apresenta dificuldade em planejar, gerenciar e organizar tarefas do dia-a-dia. Entretanto, a desatenção pode não ser evidente quando o indivíduo se envolve em atividades que tenham forte estímulo ou recompensas imediatas. (CID11, 2022)

Quadro 2. TIPOS DE TDAH: DESATENÇÃO

DESATENÇÃO	<p>a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades.</p> <p>b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas.</p> <p>c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente.</p> <p>d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho.</p> <p>e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.</p> <p>f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado.</p> <p>g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades.</p> <p>h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos.</p> <p>i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas.</p>
-------------------	--

Fonte: DSM-V

TIPOS DE TDAH: HIPERATIVO E IMPULSIVO

O indivíduo com tipo hiperativo/impulsivo apresenta, segundo CID11 (2022), apresenta atividade motora excessiva; tem dificuldade em permanecer parado; sai da cadeira quando se espera que fique sentado; sensação de inquietação física ou mental; fala demais; apresenta dificuldade em se envolver em atividades silenciosas; interrompe conversas ou atividades de outras pessoas; não espera sua vez de falar; age sem ponderar consequências ou riscos, apresentando comportamentos com potencial para lesões físicas, decisões impulsivas e direção imprudente.

Quadro 3. TIPOS DE TDAH: HIPERATIVO E IMPULSIVO

HIPERATIVO/IMPULSIVO	<ul style="list-style-type: none"> a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira. b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado. c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente. e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado”. f. Frequentemente fala demais. g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída. h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez. i. Frequentemente interrompe ou se intromete.
-----------------------------	--

Fonte: DSM-V

TIPOS DE TDAH: COMBINADO

Os indivíduos com o tipo combinado, apresenta sintomas dos tipos anteriores (DSM-V, 2013).

Quadro 5. TIPOS DE TDAH: COMBINADO

COMBINADO	Ocorre quando tanto os critérios referentes ao tipo desatento quanto os critérios do tipo hiperativo-impulsivo são preenchidos.
------------------	---

Fonte: DSM-V

AULA 04

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS – DSM-V E CID11

Segundo o CID11 (2022), afirma que o Transtorno de Déficit de Atenção caracteriza-se pelo padrão de desatenção (dificuldade significativa em manter a atenção em tarefas que não fornecem um alto nível de estimulação ou recompensas frequentes, distração e problemas de organização), hiperatividade (atividade motora excessiva e às dificuldades em permanecer imóvel) e impulsividade (tendência a agir em resposta a estímulos imediatos, sem deliberação ou consideração dos riscos e consequências), por pelo mais de 6 meses e que gera transtornos em âmbito escolar, social ou ocupacional.

Os sintomas são percebidos antes dos 12 anos, mas pode prolongar-se até a vida adulta, sendo que os sintomas variam de acordo com a idade cronológica do indivíduo e da gravidade do transtorno que pode ser leve apresentando poucos sintomas e que resultam em pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional; moderada com sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes; e grave apresentando vários sintomas graves ou que podem resultar em grande prejuízo no funcionamento acadêmico, social ou profissional. (DSM-V, 2013)

Há também que se levar em conta a existência de 3 tipos de TDAH: prevalentemente desatento que aparecem sintomas de desatenção, prevalentemente hiperativo/impulsivo que aparecem sintomas de hiperatividade e impulsividade, e o tipo combinado que apresentam tanto sintomas de desatenção como de hiperatividade e impulsividade.

O DSM-V, cita que o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade possui especificações quanto à gravidade dos sintomas. Aborda que o transtorno é de grau leve quando apresenta poucos sintomas, se algum, além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e resultam em pequenos prejuízos no funcionamento social, acadêmico ou profissional. Em segundo lugar, cita o transtorno como de grau moderado quando os sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes. Por fim, para ser considerado transtorno grave apresentam-se muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

O diagnóstico deve ser realizado por médico ou psicólogo e leva em conta os critérios apresentados pelo CID11 ou pelo DSM-V.

PRINCIPAIS COMORBIDADES

O DSM-V (2013) traz como comorbidades frequentes:

- Transtorno de oposição Desafiante (TOD);
- Transtorno de Conduta;
- Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor;
- Transtorno Específico da Aprendizagem;
- Transtornos de Ansiedade;
- Transtorno Depressivo Maior;
- Transtorno Explosivo Intermitente;
- Transtornos por Abuso de Substância;
- Transtorno da Personalidade Antissocial e outros Transtornos da Personalidade

- Transtorno Obsessivo-Compulsivo;
- Transtornos de Tique;
- Transtorno do Espectro Autista (TEA).

MÓDULO 02 – PROTOCOLO TERAPÊUTICO

AULA 5

AVALIAÇÃO CLÍNICA: QUEM PODE REALIZAR

Ainda não há exames biológicos que comprovem a doença. Por ser de caráter neurológica, o exame clínico realizado por um médico neurologista ou psicólogo é o que atesta se o indivíduo tem o transtorno.

Para isso, o profissional dispõe de testes e de relatos dos que convivem no dia a dia do indivíduo, que no caso de crianças e adolescentes são os familiares e professores. Realizar um bom relatório é imprescindível para o encaminhamento médico.

ESCALA SNAP- IV

ESCALA SNAP – IV – DIAGNÓSTICO PARA TDAH

NOME: _____

SÉRIE: _____ IDADE: _____

Para cada item, escolha a coluna que melhor descreve o (a) aluno (a) (MARQUE UM X):

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não pára ou freqüentemente está a “mil por hora”.				
	Nem um pouco	só um pouco	bastante	demais

15. Fala em excesso.				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos).				
<i>Versão em Português validada por Mattos P et al, 2005.</i>				

Como avaliar:

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

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

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

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

Veja abaixo os demais critérios.

CRITÉRIO A: Sintomas (vistos acima)

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

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

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

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

Fonte: Associação Brasileira de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Rio de Janeiro, 10 mai. 2017. Disponível em: <https://tdah.org.br/wp-content/uploads/site/pdf/snap-iv.pdf>

AULA 6

PRINCIPAIS PROBLEMAS APRESENTADOS NA APRENDIZAGEM E NA ESCOLA

- Falta de organização;
- Fácil dispersão na atenção;
- Problemas de sociabilização;
- Concentração e atenção dirigida em curto espaço de tempo;
- Falha na memória de trabalho;
- Disgrafia;
- Discalculia.

PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO

Pela falta de atenção e de organização, surgem conflitos em trabalhos realizados em grupos. Os colegas, com o tempo, passam a rejeitar o aluno com TDAH fazendo-o se isolar dos demais e, às vezes, reagir com agressividade. Há a necessidade de quebrar este círculo vicioso através de atividades dirigidas a fim de evitar o início do ciclo: desatenção-rejeição-violência-distúrbio de aprendizagem.

RELATÓRIO PEDAGÓGICO DE ENCAMINHAMENTO

Cabe ao professor realizar a primeira identificação de possíveis traços do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e fazer o encaminhamento ao especialista.

Para isso, o professor deve comunicar à coordenação pedagógica e à equipe diretiva a suspeita. Após um período de observação, deverá ser confeccionado um relatório com os pontos relevantes e direcionado às dificuldades de aprendizagem e de sociabilização apresentadas pelo aluno. O professor deverá se ater somente aos dados relevantes sem discorrer desagrado por qualquer comportamento apresentado em sala de aula, a não ser que sejam pertinentes e estejam interferindo na aprendizagem.

Após a redação do Relatório Pedagógico de Encaminhamento, a Coordenação juntamente com a direção deverá relatar aos pais ou responsáveis do aluno os fatos que tenham ocorrido no período de observação e da hipótese levantada, solicitando a eles que procurem um especialista para possível diagnóstico, entregando o Relatório para apresentação.

AULA 7

PLANO DE AULA

O Plano de aula é importantíssimo para o sucesso do aprendizado dos alunos. Ele deverá ser feito de maneira a proporcionar o equilíbrio de todos os alunos e auxiliá-los a incluir cada diferença que possuam.

As atividades deverão ser dinâmicas e com curta duração. Ficar muito tempo sentado e em silêncio é um sacrifício ao aluno com TDAH. Dependendo do Grau, é até impossível que isso ocorra.

Modelo de plano de aula de 45 minutos

- Cumprimentos e boas-vindas aos alunos – tempo estimado: 5 minutos;
- Retomada da aula anterior – tempo estimado 5 minutos.
- Correção de atividades da aula anterior, de preferência com a participação dos alunos – Tempo estimado: 10 minutos.
- Apresentação da proposta da aula, procure colocar um título que desperte a curiosidade para a aula – tempo estimado: 5 minutos.
- Colocar a teoria e permitir um tempo para anotações no caderno. Confirme que os alunos tenham tempo e interesse em anotar, pois é importante para auxiliar a memória – tempo estimado: 10 minutos.
- Propor uma atividade para fixação do conteúdo – tempo estimado: 5 minutos.
- Propor a anotação em agenda do que fizeram em aula e de atividades propostas para a próxima aula. Estas atividades podem ser práticas ou de pesquisa. – tempo estimado: 5 minutos.

INTERVENÇÃO

A intervenção deve ser pedagógica e deverá ocorrer em curtos espaços de tempo. A cada novo conteúdo, poderá ser realizadas atividades de fixação. Após as atividades, deverão ser observadas quaisquer dificuldades apresentadas pelos alunos e promover atividades diversificadas a fim de saná-las. Não permita que dúvidas sejam acumuladas para serem tiradas somente após uma avaliação mensal ou bimestral.

MEDICAMENTOS

Alguns alunos podem ter a necessidade de medicação para auxiliar na atenção em sala de aula, principalmente os que apresentam grau grave do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Somente o médico pode identificar se há a necessidade e indicar o melhor medicamento.

É importante o professor atentar ao fato que maior concentração demanda maior gasto de energia pelo aluno com TDAH, o que o faz se sentir maior cansaço e sono. Proponha um relaxamento ou meditação de atenção dirigida após algum tempo para que possa retomar às atividades com energia renovada.

MÓDULO 03 – Trabalhando áreas específicas

AULA 8

REGRAS E ESTRATÉGIAS PARA AMBIENTES DISTINTOS

O indivíduo com TDAH possui dificuldade em organização de planejamento, também espera recompensas imediatas, com dificuldade em aguardar para obtê-las posteriormente. Colocá-los à frente na sala de aula auxilia a evitar distrações.

Portanto é necessário auxiliá-los a organizar seu material e planejar os estudos.

Propor agenda com planejamentos diário, semanal e mensal poderá ajudá-los a não se esquecerem de atividades propostas.

Orientar aos pais que observem diariamente o material escolar do filho, dando atenção à lápis, canetas, borrachas, colocando nome nos objetos ajudam na organização.

Orientá-los, também a estimular os estudos em casa, em lugar calmo, limpo e silencioso, além da observação dos cadernos, livros e agenda, participando ativamente da vida escolar dos alunos.

PROFESSORES COM ALUNOS TDAH

O professor deve ter em mente que somente poderá afirmar que o aluno tem TDAH após laudo médico confirmando o diagnóstico. Antes disso, o aluno pode apresentar traços do TDAH, porém sem se rotulá-lo.

Após o diagnóstico e a apresentação de laudo médico com diagnóstico do transtorno, o aluno deverá ter seus direitos preservados como: provas especiais e mais tempo para realização dela.

O TDAH é considerado uma disfunção e não deficiência. Quer dizer que os indivíduos com TDAH com diagnóstico e acompanhamento médico, escolar e familiar são capazes de desenvolver quaisquer atividades sociais, acadêmicas e laborais, apresentando dificuldade e não incapacidade.

LEI 14.254/2021

No final do ano 2021, o Presidente em exercício promulgou a LEI 14.254/2021 que dispõe sobre o acompanhamento integral aos alunos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, dislexia e outros Transtornos de Aprendizagem.

Isso é um grande avanço, pois é o primeiro passo para a efetivação de políticas públicas educacionais direcionadas ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e outros Transtornos de Aprendizagem.

Ainda há a necessidade de Regulamentação da Lei. A Regulamentação trará quais as obrigações cabem a cada autarquia e instituição e como se dará cada intervenção.

A Lei, no Artigo 1º, Parágrafo único diz que se pode entender por acompanhamento integral a identificação precoce, o encaminhamento para diagnóstico, apoio educacional e terapêutico.

No Artigo 5º da Lei em epígrafe, cita que cabem aos sistemas de ensino garantir aos professores da educação básica amplo acesso à informação sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e suas especificidades.

Abaixo, trazemos a íntegra da Lei 14.254/2021 a fim de compreender-se o que ela diz.

LEI Nº 14.254, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2021

Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O poder público deve desenvolver e manter programa de acompanhamento integral para educandos com dislexia, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem.

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

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

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

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

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

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

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 30 de novembro de 2021; 200º da Independência e 133º da República.

JAIR MESSIAS BOLSONARO

Milton Ribeiro

Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes

João Inácio Ribeiro Roma Neto

Dameres Regina Alves

AULA 9

TDAH EM ADULTOS

Por muito tempo, acreditava-se que o TDAH era um transtorno que afetava exclusivamente crianças até os 12 anos. Entretanto, a Associação Psiquiátrica Americana reconheceu oficialmente a forma adulta do TDAH na década de 1980. Infelizmente, no meio médico ainda persiste o estereótipo errado de que o TDAH não afeta aos adultos, somente meninos com baixo desempenho escolar e mau comportamento. Acredita-se que por volta de 60% das crianças com TDAH não terão remissão dos sintomas.

Para o diagnóstico de TDAH em adultos é necessário que o transtorno esteja presente desde criança, mesmo que não diagnosticado.

O adulto com TDAH apresenta dificuldades na organização e planejamento das atividades diárias. Costuma se sobrecarregar de atividades, pois não consegue avaliar as prioridades. Por consequência, costumam interromper as atividades ou deixá-las inacabadas e por fazer.

Outra característica é a impulsividade, não conseguindo esperar a vez. Envolve-se frequentemente em acidentes de trânsito e no trabalho. Costuma não permanecer por muito tempo no mesmo lugar, trocando de trabalho e de relacionamentos

Os pensamentos do adulto com TDAH são acelerados. A hiperatividade que eram refletidos em atividades motoras na infância e adolescência, passa a ser em atividades cognitivas.

DICAS DE LIVROS E FILMES

Filmes:

- DEADPOOL. Direção: Tim Miller. Local: EUA. Distribuidora: 20TH Century Studios. 2016. Filme.
- DENNIS, O PIMENTINHA. Direção: Nick Cartle. Local: EUA. Distribuidora: Warnr Bros. Pictures. 2016. Filme.
- MOMMY. Direção: Xavier Dolan. Local: Canadá. Distribuidora: Europa Filmes. 2014. Filme.
- TUDO EM TODO LUGAR AO MESMO TEMPO. Direção: Daniel Scheinert, Daniel Kwan. Local: EUA. Distribuidora: A24. 2022. Filme.

Livros:

BARKLEY, Russell A. **TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade**. 1^oed. – Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2020.

MATTOS, Paulo. **No Mundo Da Lua – Transtorno De Déficit De Atenção Com Hiperatividade – TDAH**. 16^a Edição. Rio de Janeiro, ABDA, 2015.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsiva e hiperativas**. São Paulo: Gente, 2003, 222 p.

Sites:

ABDA. Associação Brasileira Do Déficit De Atenção. Página inicial. Disponível em: <<https://tdah.org.br/>>. Acesso em: 05 de jan. de 2023.

MÓDULO 04 – Trabalhando o TDAH na prática

AULA 10

PRÁTICA 1 – VIVÊNCIA DO TDAH

Forma de trabalho: coletivo

Material necessário: caixa de som, papel sulfite, caneta

Objetivo Geral: proporcionar a experiência de um cérebro com TDAH.

Objetivo Específico: sensibilizar os participantes quanto às dificuldades apresentadas pelos indivíduos com TDAH

DINÂMICA:

- Os participantes, ao retornarem para a sala, serão recebidos ao som de uma música em volume alto.
- Deverão dentar em duplas.
- Cada dupla receberá uma folha em branco.
- Cada participante terá um minuto para contar uma experiência marcante em sala de aula. O colega deverá anotar a experiência no papel.
- Após um minuto será dado um sinal e os participantes trocarão de papel.
- Quando acabar o tempo, a música será silenciada.
- Os participantes serão convidados a expor a experiência

Objetivo da atividade é demonstrar o cérebro do aluno com TDAH. O som da música e as vozes atrapalham o raciocínio da fala e da escrita. Assim, os participantes poderão compreender a dificuldade que o indivíduo com TDAH encontra para desenvolver o raciocínio em tempo hábil.

PRÁTICA 2 - AGENDA DIÁRIA, SEMANAL, MENSAL

Forma de trabalho: Individual.

Material necessário: para cada participante serão entregues 3 folhas de planejamento (semanal, mensal e anual), caneta, lápis, borracha e régua.

Objetivo Geral: aprender a planejar.

Objetivo Específico: auxiliar os alunos com TDAH a fazer planejamento das atividades a serem realizadas.

DINÂMICA:

- Serão distribuídas 3 folhas de sulfita para cada participante.
- Para o Planejamento semanal, o participante receberá uma tabela dividida em 7 linhas e 2 colunas. Na primeira coluna serão escritos os dias da semana (segunda, terça, quarta, quinta, sexta, sábado e domingo), na segunda coluna escreverá as atividades a serem realizadas durante a semana. (segunda: ler 3 páginas de um livro, terça: redigir um relatório etc.).
- Para o Planejamento Mensal, o participante receberá uma tabela dividida em 31 quadrados, referentes a cada dia do mês. (nesta folha, o participante deverá anotar reuniões, provas, atividades mensais.
- Para o Planejamento Anual, a folha será dividida em 12 linhas. Cada linha referente a um mês do ano. Anota-se atividades anuais como férias, aniversários e festividades.

As tabelas são importantes ferramentas de planejamento e organização temporal para os indivíduos com TDAH.

PRÁTICA 3- MONTANDO A SALA DE AULA

Forma de trabalho: coletivo.

Material necessário: carteiras

Objetivo Geral: proporcionar aos professores refletirem em como esquematizar a sala de aula de maneira que auxilie o aluno com TDAH.

Objetivo Específico: sensibilizar os participantes de que maneira pode estar a sala de aula, diferente o tido como “normal”: uma carteira atrás da outra.

DINÂMICA:

- Em grupos, os alunos serão desafiados a pensar na arquitetura da sala e sua funcionabilidade.
- Após um tempo, cada grupo apresentará seu projeto.

PRÁTICA 4 - QUADRO DE HORÁRIOS

Forma de trabalho: Individual

Material necessário: para cada participante receberá 1 folha de cartolina.

Objetivo Geral: Propor registrar as atividades semanais, como: acordar, escovar os dentes, tomar banho, almoçar, estudar etc.

Objetivo Específico: auxiliar os alunos com TDAH a estabelecer as atividades do dia a dia.

DINÂMICA

O participante receberá uma folha de cartolina que será dividida pelos 7 dias da semana, manhã, tarde e noite. Em cada parte, serão registradas as atividades que costumam fazer diariamente.

PRÁTICA 5 – REGISTRO DE METAS

Forma de trabalho: Individual

Material necessário: para cada participante receberá 1 folha com quatro divisões.

Objetivo Geral: Propor metas a médio e longo prazo.

Objetivo Específico: auxiliar os alunos com TDAH a estabelecer metas e formas de cumpri-las.

DINÂMICA

O participante receberá uma folha dividida em quatro partes. Em cada parte, será registrada uma meta a ser cumprida, por exemplo: ler 02 livros por ano, juntar 1.000,00 reais etc.

Para cada meta ser batida, o participante deverá pensar o que deverá ser feito para cumpri-la. (se a meta for ler 2 livros, 40 páginas por mês e 10 páginas por semana deverão ser lidos. Se for juntar dinheiro, quantos reais deverão ser separados por mês para concretizar, e assim por diante). Vale lembrar de que as metas devem ser reais. Não adianta dizer que lerá um livro por dia...

PRÁTICA 6 – JOGOS

Forma de trabalho: coletivo

Material necessário: diversos jogos: tabuleiro, memória, cartas, dominó.

Objetivo Geral: Proporcionar um momento lúdico aos participantes do curso.

Objetivo Específico: Demonstrar que através da ludicidade pode-se trabalhar as funções executivas.

DINÂMICA

O participante receberá uma folha de cartolina que será dividida pelos 7 dias da semana, manhã, tarde e noite. Em cada parte, serão registradas as atividades que costumam fazer diariamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Curso de Formação Continuada de Professores visa capacitá-los a identificar possíveis sinais de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em alunos, fornecendo aos educadores recursos teóricos e práticos, a fim de promover o atendimento integral a esses estudantes.

REFERÊNCIAS DO PRODUTO TÉCNICO

ABDA. Associação Brasileira Do Déficit De Atenção. Página inicial. Disponível em: < <https://tdah.org.br/>>. Acesso em: 05 de jan. de 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO. SNAP – IV – Versão para impressão. Rio de Janeiro, 10 de maio de 2017. Disponível em: <https://tdah.org.br/wp-content/uploads/site/pdf/snap-iv.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

AVOGLIA, Hilda Rosa Capelão; GOING, Luana Carramillo. **Manual de orientações para uso das normas da ABNT e elaboração de trabalhos acadêmicos.** Santos. 2022.

BARKLEY, Russell A. **TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade.** 1^oed. – Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2020.

BRASIL, **LEI Nº. 14.254, de 30 de NOVEMBRO de 2021.** Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem. Brasília: Presidência da República, Secretaria-Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos [2021]. D.O.U de 01/12/2021, pág. nº 5 Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14254.htm. Acesso em: 05 dez. 2021.

CALLIMAN, Luciana Vieira. **Notas sobre a história oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade TDAH.** Psicologia: ciência e Profissão. Vol.30, nº 1, Brasília, 2010.

CAYE, Arthur; COGHILL, David; ZUDDAS, Alessandro; BANASCHEWSKI, Tobias; e ROHDE, Luís Augusto. **PHAD: Novos desenvolvimentos, problemas e desafios.** In: MOURA, Otavio; PEREIRA, Marcelino; SIMÕES, Mário R. *Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção.* 1. Ed. Lisboa: PACTOR, 2021. Cap. 02, p. 43- 64.

DAWSON, Peg; GUARE, Richard. **INTELIGENTE, MAS DISPERSO: o método revolucionário das habilidades executivas para ajudar no desenvolvimento de todos os potenciais da criança.** São Paulo, nVersos, 2022.

DEADPOOL. Direção: Tim Miller. Local: EUA. Distribuidora: 20TH Century Studios. 2016. Filme.

DENNIS, O PIMENTINHA. Direção: Nick Cartle. Local: EUA. Distribuidora: Warnr Bros. Pictures. 2016. Filme.

DIAS, Joselito Batista. **Educação para diversidade na perspectiva da inclusão social a partir de percepções de professores sobre sua formação docente /**

Joselito Batista Dias; orientadora: Maria de Fátima Barbosa Abdalla; 2020. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Santos, 2020.

FONSECA, Vitor da. **Papel das funções cognitivas, conativas e executivas na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica.** Rev. psicopedag., São Paulo, v. 31, n. 96, p. 236-253, 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862014000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 nov. 2022.

FREITAS, Ivana Braga de. **TDAH: Contribuições para o desenvolvimento acadêmico.** In: FREITAS, Ivana Braga de; SAMPAIO, Simaia. Transtornos e Dificuldades de Aprendizagem. Entendendo Melhor os Alunos com Necessidades Educativas Especiais. 2ª. Ed., Rio de Janeiro: WAK editora, 2014. Cap. 07, p. 131-162.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 6ª ed.; São Paulo: Atlas, 2021.

MOURA, Otavio; PEREIRA, Marcelino; SIMÕES, Mário R. **Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção.** 1. Ed. Lisboa: PACTOR, 2021. Cap. 01, p. 1-42.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-5. [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. Disponível em: <http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>

MATTOS, Paulo. **No Mundo Da Lua – Transtorno De Déficit De Atenção Com Hiperatividade – TDAH.** 16ª Edição. Rio de Janeiro, ABDA, 2015.

MATTOS, P. et al.. **Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 28, n. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, 2006 28(3), set. 2006.

MOMMY. Direção: Xavier Dolan. Local: Canadá. Distribuidora: Europa Filmes. 2014. Filme.

MOURA, Luciana Teles; SILVA, Katiane Pedrosa Mirandola; SILVA, Keliene Pedrosa Mirandola. **Alunos com TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade): um desafio na sala de aula.** Revista Eletrônica Acervo Saúde/Eletronic Journal Collection Health, Vol. Sup. 22, e611, DOI: <https://doi.org/10.25248/rease611.2019>.

ROLDAN, Mariane Menezes. **Aprendizagem auditivo-verbal e aspectos afetivo-emocionais encobertos pelo diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): estudo de caso clínico**. Dissertação (Mestrado Profissional – Mestrado em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas_ - Universidade Católica de Santos. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Hilda Rosa Capelão Avoglia – Santos, 2022. Disponível em: <https://tede.unisantos.br/handle/tede/7931>

ROSA, Maria Tereza Néri. **Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças e adolescentes brasileiros: revisão sistemática**. Dissertação (Mestrado Profissional - Mestrado em Ciências Da Saúde) -- Universidade Federal de Uberlândia. Orientadora: Prof.^a. Dra. Nívea de Macedo Oliveira Morales – Uberlândia, 2015.

SIEGEL, Daniel J.. **Cérebro adolescente: a coragem e a criatividade da mente dos 12 aos 14 anos**. 1^a ed., São Paulo. nVersos, 2016.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsiva e hiperativas**. São Paulo: Gente, 2003, 222 p.

TABORDA, Rosimeire Batista Sampaio; SILVA, Fabio José Antonio da. **O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH em sala de aula**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, São Paulo, v.7..n.4, abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v7i4.986> .

Tudo em todo lugar ao mesmo tempo. Direção: Daniel Scheinert, Daniel Kwan. Local: EUA. Distribuidora: A24. 2022. Filme.

Todos pela Educação. **Educação Inclusiva: fique de olho na lei e saiba tudo sobre esse assunto**. Disponível em: <https://todospelaeducacao.org.br/noticias/conheca-o-historico-da-legislacao-sobre-educacao-inclusiva/>. Acesso em: 25/11/2021.

VALENTE, Andrea Lunardelli. **Desatenção e Hiperatividade em âmbito escolar: sintomas de um transtorno social e cultural**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Estadual de Londrina. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Simone Moreira de Moura – Londrina, PR, 2019.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO. SNAP – IV – **Versão para impressão**. Rio de Janeiro, 10 de maio de 2017. Disponível em: <https://tdah.org.br/wp-content/uploads/site/pdf/snap-iv.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

AVOGLIA, Hilda Rosa Capelão; GOING, Luana Carramillo. **Manual de orientações para uso das normas da ABNT e elaboração de trabalhos acadêmicos**. Santos. 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARKLEY, Russell A. **TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade**. 1^oed. – Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2020.

BRASIL. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1996a.

BRASIL. CNEB/CEB, **RESOLUÇÃO Nº 3, de 03 de agosto de 2005**. Define normas nacionais para a ampliação do Ensino Fundamental para nove anos de duração. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rceb003_05.pdf. Acesso em: 15 dez 2022.

BRASIL. MEC/SEESP **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. 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. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeduc ESPECIAL.pdf>. Acesso em: 28/11/2021

BRASIL. **LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Presidência da República, Secretaria-Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos, [2015]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 21 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Modalidades Especializadas de Educação. PNEE: **Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida**/ Secretaria de Modalidades Especializadas de Educação– Brasília; MEC. SEMESP. 2020. 124p. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/noticias/mec-lanca-documento-sobre-implementacao-da-pnee-1/pnee-2020.pdf>. Acesso em: 25/11/2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. ano 1990, Disponível em: <https://cutt.ly/yECVBmB>. Acesso em: 6 dez. 2022

BRASIL, **LEI Nº. 14.254, de 30 de NOVEMBRO de 2021**. Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem. Brasília: Presidência da República, Secretaria-Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos [2021]. D.O.U de 01/12/2021, pág. nº 5 Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14254.htm. Acesso em: 05 dez. 2021.

CALLIMAN, Luciana Vieira. **Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH**. Psicologia: ciência e Profissão. Vol.30, nº 1, Brasília, 2010.

CAYE, Arthur; COGHILL, David; ZUDDAS, Alessandro; BANASCHEWSKI, Tobias; e ROHDE, Luís Augusto. **PHAD: Novos desenvolvimentos, problemas e desafios**. In: MOURA, Otavio; PEREIRA, Marcelino; SIMÕES, Mário R. *Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção*. 1. Ed. Lisboa: PACTOR, 2021. Cap. 02, p. 43- 64.

DAWSON, Peg; GUARE, Richard. **Inteligente, mas disperso: o método revolucionário das habilidades executivas para ajudar no desenvolvimento de todos os potenciais da criança**. São Paulo, nVersos, 2022.

DIAS, Joselito Batista. **Educação para diversidade na perspectiva da inclusão social a partir de percepções de professores sobre sua formação docente**. Joselito Batista Dias; orientadora: Maria de Fátima Barbosa Abdalla; 2020. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Santos, 2020.

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. Psicol. Reflex. Crit., 2014 27(4), out. 2014.

FERNANDES, A. P. A.; DELL'AGLI, B. A. V.; CIASCA, S. M.. **O sentimento de vergonha em crianças e adolescentes com TDAH**. *Psicologia em Estudo*, v. 19, n. Psicol. Estud., 2014 19(2), abr. 2014.

FONSECA, Vitor da. **Papel das funções cognitivas, conativas e executivas na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica**. *Rev. psicopedag.*, São Paulo , v. 31, n. 96, p. 236-253, 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862014000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 nov. 2022.

FREITAS, Ivana Braga de. TDAH: **Contribuições para o desenvolvimento acadêmico**. In: FREITAS, Ivana Braga de; SAMPAIO, Simaia. *Transtornos e Dificuldades de Aprendizagem. Entendendo Melhor os Alunos com Necessidades Educativas Especiais*. 2ª. Ed., Rio de Janeiro: WAK editora, 2014. Cap. 07, p. 131-162.

FREITAS, Maria Inês; PEREIRA, Marcelino. **PHDA: Do passado ao presente**. In: MOURA, Otavio; PEREIRA, Marcelino; SIMÕES, Mário R. *Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção*. 1. Ed. Lisboa: PACTOR, 2021.

HOFFMANN, Heinrich. **A história de Fidgety Philip**, retirado do livro infantil: “Der Struwwelpeter” - [https://germanstories.vcu.edu/struwwel/philipp_e.html\(25/05/2021\)](https://germanstories.vcu.edu/struwwel/philipp_e.html(25/05/2021))

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6ª ed.; São Paulo: Atlas, 2021.

MOURA, Otavio; PEREIRA, Marcelino; SIMÕES, Mário R. **Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção**. 1. Ed. Lisboa: PACTOR, 2021. Cap. 01, p. 1-42.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. Disponível em: <http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>

MATTOS, P. et al.. **Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 28, n. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, 2006 28(3), set. 2006.

MOURA, Luciana Teles; SILVA, Katiane Pedrosa Mirandola; SILVA, Keliene Pedrosa Mirandola. **Alunos com TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade): um desafio na sala de aula**. Revista Eletrônica Acervo Saúde/Eletronic Journal Collection Health, Vol. Sup. 22, e611, DOI: <https://doi.org/10.25248/rease611.2019>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-11 Application Programming Interface (API)**. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: <https://icd.who.int/icdapi/>.

PEREIRA, Daniela Jardim. **Neuroimagem na PHDA**. In: MOURA, Otavio; PEREIRA, Marcelino; SIMÕES, Mário R. *Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção*. 1. Ed. Lisboa: PACTOR, 2021. Cap. 04, p. 81-117.

RAFALOVICH, Adam. **The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877 – 1929**. Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal, 22:93-115, 2001.

RANGEL JÚNIOR, É. DE B.; LOOS, H.. **Escola e desenvolvimento psicossocial segundo percepções de jovens com TDAH**. Paidéia (Ribeirão Preto), v. 21, n. Paidéia (Ribeirão Preto), 2011 21(50), set. 2011.

ROLDAN, Mariane Menezes. **Aprendizagem auditivo-verbal e aspectos afetivo-emocionais encobertos pelo diagnóstico de Transtorno de Déficit de**

Atenção/Hiperatividade (TDAH): estudo de caso clínico. Dissertação (Mestrado Profissional – Mestrado em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas_ - Universidade Católica de Santos. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Hilda Rosa Capelão Avoglia – Santos, 2022. Disponível em: <https://tede.unisantos.br/handle/tede/7931>

ROSA, Maria Tereza Néri. **Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças e adolescentes brasileiros: revisão sistemática.** Dissertação (Mestrado Profissional - Mestrado em Ciências Da Saúde) -- Universidade Federal de Uberlândia. Orientadora: Prof.^a. Dra. Nívea de Macedo Oliveira Morales – Uberlândia, 2015.

SIEGEL, Daniel J.. **Cérebro adolescente: a coragem e a criatividade da mente dos 12 aos 14 anos.** 1ª ed., São Paulo. nVersos, 2016.

SANTOS, Crislene Gois. **A Relação entre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a Aprendizagem na produção do Conhecimento em Programas de Pós-Graduação em Educação no Brasil.** Dissertação do curso de mestrado em Educação, Universidade Federal de Sergipe. Orientador: Prof. Dr. Renato Izidoro da Silva – SãoCristóvão, SE, 2019.

SANTOS, Fernanda Marsaro dos. **Análise de Conteúdo: A visão de Laurence Bardin.** Resenha de: [BARDIN. L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70.,2011, 229p. Revista Eletrônica de Educação. São Carlos, SP: UFSCAR, v.6, nº 1, p.383-387, mai. 2012. Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br>

SILVA, Andressa Henning Silva; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. **Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos.** Qualit@s Revista Eletrônica ISSN 1677 4280 Vol.17. No 1 (2015). Disponível em: docero.com.br/doc/888s1e5

TABORDA, Rosimeire Batista Sampaio; SILVA, Fabio José Antonio da. **O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH em sala de aula.** Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, São Paulo, v.7..n.4, abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v7i4.986> .

Todos pela Educação. **Educação Inclusiva: fique de olho na lei e saiba tudo sobre esse assunto.** Disponível em: <https://todospelaeducacao.org.br/noticias/conheca-o-historico-da-legislacao-sobre-educacao-inclusiva/>. Acesso em: 25/11/2021.

TOGNINI-BONELLI, E. **Corpus Linguistics at Work.** Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 2001.

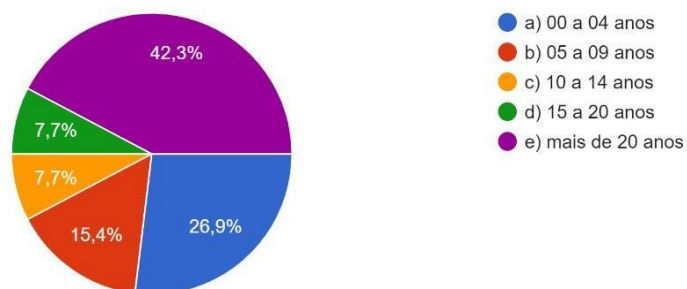
VALENTE, Andrea Lunardelli. **Desatenção e hiperatividade em âmbito escolar: sintomas de um transtorno social e cultural.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Estadual de Londrina. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Simone Moreira de Moura – Londrina, PR, 2019.

APÊNDICE A

TRANSCRIÇÃO DO QUESTIONÁRIO 1

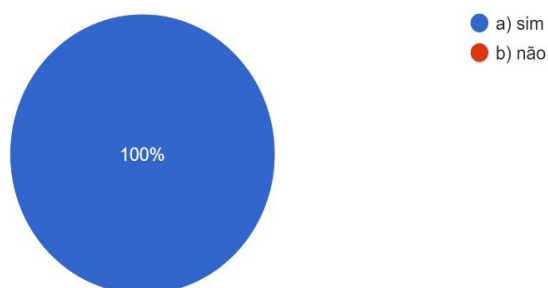
1. Qual o tempo de magistério?

26 respostas



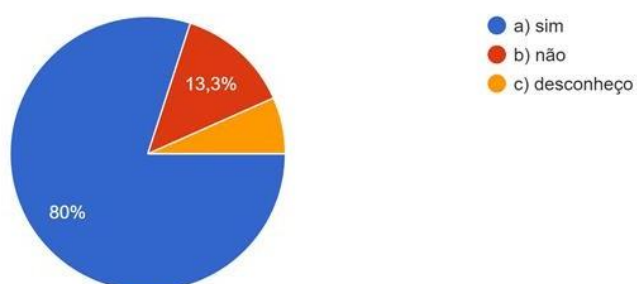
2. Você comece o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade?

15 respostas



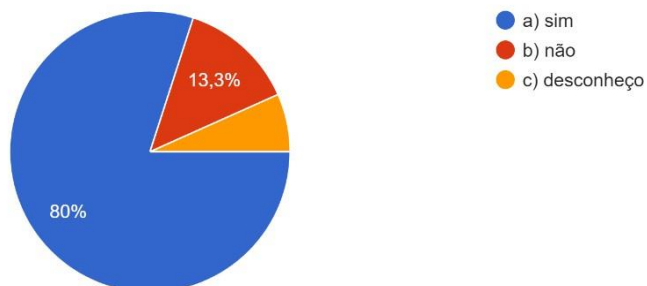
3. Já teve algum aluno com TDAH?

15 respostas



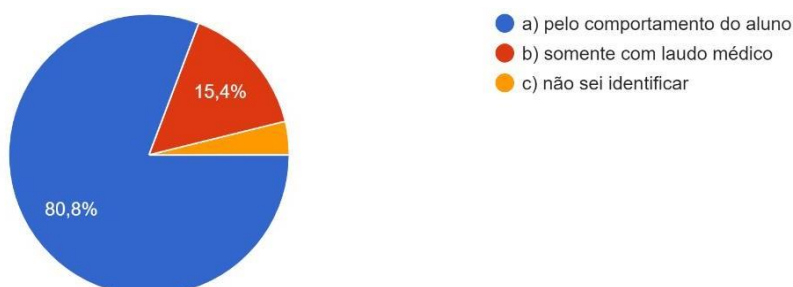
4. Já teve algum aluno com diagnóstico (laudo médico) de TDAH?

15 respostas



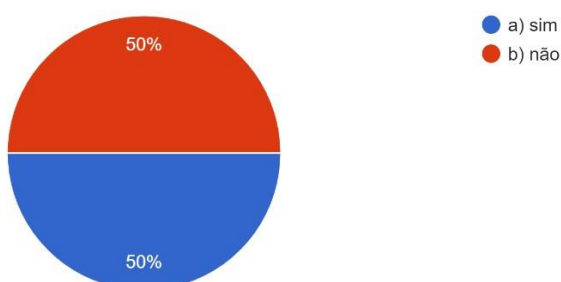
5. Como você identifica um aluno com TDAH?

26 respostas



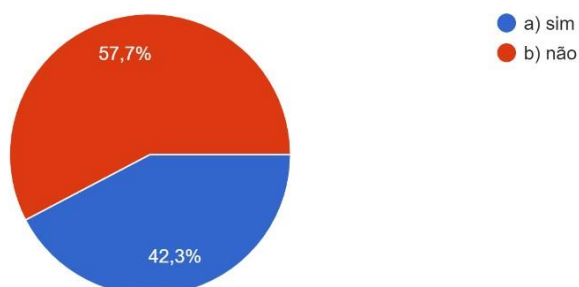
6. Você conhece a legislação sobre a inclusão de aluno com TDAH?

26 respostas



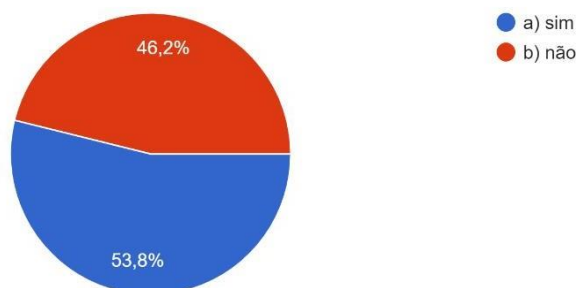
7. Durante sua graduação, recebeu algum conhecimento sobre Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade?

26 respostas



8. Durante sua graduação, aprendeu sobre legislação de inclusão?

26 respostas



APÊNDICE B

TRANSCRIÇÃO DO QUESTIONÁRIO 2

1. Para você, o que é Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)?

Transcrição:

ENTREVISTADO 1 – “Doença crônica que inclui dificuldade de atenção, hiperatividade e impulsividade.”

ENTREVISTADO 2 – “Falta de concentração , desleixo, agitação”

ENTREVISTADO 3 – “Transtorno que prejudica a atenção, concentração e aprendizagem dos indivíduos.”

ENTREVISTADO 4 – “Aluno com dificuldade de concentração”

ENTREVISTADO 5 – “Quando o aluno não consegue se concentrar e ou dominar a si mesmo.”

ENTREVISTADO 6 – “Alunos que apresentam comportamentos diferenciados do dito normal,

como falta de atenção, alto grau de irritabilidade, sensíveis a som ou barulho , assimilação

lenta, ou inexistente.”

ENTREVISTADO 7 – “Aquele que não consegue focar, terminar as tarefas, aquietar-se”

ENTREVISTADO 8 – “Um transtorno que pode ser amenizado com o tratamento adequado”

ENTREVISTADO 9 – “Um transtorno de comportamento onde o aluno não consegue se

concentrar, por conta de sua agitação”

ENTREVISTADO 10 – “É um distúrbio neurobiológico crônico que se caracteriza por

desatenção, desassossego e impulsividade.”

ENTREVISTADO 11 – “Excesso de comportamentos e pensamentos que levam o indivíduo a não estar presente. Ou desatenção excessiva sem intenção ou controle. Comportamentos e pensamentos acelerados. E desinteresse rápido.”

ENTREVISTADO 12 – “Um grande sofrimento para o aluno e professor, o aluno não consegue

parar, não tem concentração e sempre tem algo que lhe chama a atenção para que fique

parado por uns 15 minutos, mas o professor precisa observar o que.....”

ENTREVISTADO 13 – “É um déficit de atenção que acaba causando na criança uma

inquietação, impulsividade e este não consegue se concentrar.”

ENTREVISTADO 14 – “Falta desatenção e hiperatividade”

ENTREVISTADO 15 – “Deficit de atenção”

ENTREVISTADO 16 – “É um transtorno caracterizado por agitação e desatenção”

ENTREVISTADO 17 – “Sou Professora e tenho um dos alunos que trabalho tem TDah e consigo observar a falta de foco em suas atividades e rotinas escolares do dia a dia.”

ENTREVISTADO 18 – “Como o nome diz: É quando o aluno tem dificuldade de aprendizagem

e concentração.”

ENTREVISTADO 19 – “Um transtorno de déficit de atenção com hiperatividade.”

ENTREVISTADO 20 – “É um transtorno que causa agitação e falta de atenção, concentração

em tarefas”

ENTREVISTADO 21 – “São pessoas que não conseguem se concentrar por um determinado

tempo”

ENTREVISTADO 22 – “É um transtorno neurobiológico de causas genéticas, caracterizado

por sintomas como falta de atenção, inquietação e impulsividade. Aparece na infância e pode

acompanhar o indivíduo por toda a vida”

ENTREVISTADO 23 – “Não sei como funciona o processo.”

ENTREVISTADO 24 – “Doença crônica que inclui dificuldade de atenção, hiperatividade e

impulsividade. Em geral, o TDAH começa na infância e pode persistir na vida adulta. Pode

contribuir para baixa autoestima, relacionamentos problemáticos e dificuldade na escola ou no

trabalho.”

2. Quando você percebe que há um aluno com TDAH em sala de aula, o que você faz?

Transcrição:

ENTREVISTADO 1 – “Tento abordar com atividades que chamem a atenção dele”

ENTREVISTADO 2 – “Procuro deixá-lo mais próximo e sempre q possível redirecionar sua atenção para a aula”

ENTREVISTADO 3 – “Comunico a equipe gestora e familiares para que possamos juntos ajudar esse aluno.”

ENTREVISTADO 4 – “Oriento tratamento com especialistas”

ENTREVISTADO 5 – “Tento conseguir com que ele se atenha mais ao conteúdo e ao

comportamento adequado para estudo.”

ENTREVISTADO 6 – “Primeiro coisa procurar a família para saber do comportamento do

aluno, conversar com a coordenação e fazer os relatórios de encaminhamento para os devidos

fins.”

ENTREVISTADO 7 – “Procuro apresentar atividades que o entretenha”

ENTREVISTADO 8 – “Informo a coordenadora e os pais são convocados, para uma possível

investigação.”

ENTREVISTADO 9 – “Solicito ao responsável que leve seu filho ao pediatra para que o mesmo

encaminhe ao especialista”

ENTREVISTADO 10 – “Converso com a família e busco estratégias para o processo

aprendizagem”

ENTREVISTADO 11 – “Redobro minha atenção e cuidado”

ENTREVISTADO 12 – “Conversaria com a coordenação e os pais primeiramente na busca de

conhecer melhor o aluno.”

ENTREVISTADO 13 – “Busco o que lhe interessa para trabalhar com ele, não me irrita com o

fato de ficar andando, pois ele precisa disso, converso com ele, pois eles adoram atenção.”

ENTREVISTADO 14 – “Começo pela observação para que eu possa ter mais informações,

junto com a coordenadora, realizamos um relatório, conversamos com os pais e fazemos os

encaminhamentos necessários.”

ENTREVISTADO 15 – “O aluno não tem foco na atividade ,se distrai facilmente , tem muita

dificuldade realizar as atividades e parece muitas vezes não escutar qdo é chamado .”

ENTREVISTADO 16 – “Orientação para a coordenação”

ENTREVISTADO 17 – “Encaminho para a coordenação”

ENTREVISTADO 18 – “Como fiz o exposto acima, tenho um aluno laudado e sempre estou ao seu lado auxiliando em suas atividades pedagógicas.”

ENTREVISTADO 19 – “Converso com o meio Coordenador ou Diretor.”

ENTREVISTADO 20 – “Uma sondagem.”

ENTREVISTADO 21 – “Aviso a coordenação para solicitar laudo. Preparo diversas e variadas atividades”

ENTREVISTADO 22 – “Aviso a coordenação pedagógica para verificar se possui laudo e orientar a família sobre a possibilidade do fato.”

ENTREVISTADO 23 – “Trago ele (a) para me auxiliar nas tarefas cotidianas”

ENTREVISTADO 24 – “aluno com TDAH deve sentar na frente, mais próximo ao professor. Isso é fundamental porque quanto mais perto do educador, menos fatores a criança terá e que tendem a tirar sua atenção e concentração. – A aula deve ser motivadora, dinâmica e prática. A linguagem adotada deve ser simples e objetiva.”

ENTREVISTADO 25 – “Comunico à titular da sala e observo.”

ENTREVISTADO 26 – “Atividades diferenciadas . Geralmente designo uma tarefa para ocupá-lo .”

3. Quais os comportamentos do aluno que o fazem pensar no TDAH?

Transcrição:

ENTREVISTADO 1 – “Não fica sentado , se distrai facilmente durante uma atividade”

ENTREVISTADO 2 – “Inquietação, insegurança, desorganização”

ENTREVISTADO 3 – “Hiperatividade, agitação, agressão, irritabilidade, ansiedade, dificuldades de concentração e aprendizagem.”

ENTREVISTADO 4 – “Dificuldade para assimilar o básico”

ENTREVISTADO 5 – “Sempre estão em constante movimento, em pé ou conversando

impossibilidade de concentração e participação adequada na aula.”

ENTREVISTADO 6 – “Falta de foco e falta comportamental em sala, movimentos corporais que

remetem ao comportamento do TDAH.”

ENTREVISTADO 7 – “Inquietação e falta de foco”

ENTREVISTADO 8 – “Inquietação e falta de concentração.”

ENTREVISTADO 9 – “Não conseguir realizar tarefas simples, como não sentar, não ficar a

atenção”

ENTREVISTADO 10 – “Falta de concentração, agitação, falta de cumprimento de regras, não

saber esperar sua vez”

ENTREVISTADO 11 – “Apresentam dificuldade no relacionamento com os colegas e

dificuldade na aprendizagem.”

ENTREVISTADO 12 – “Inquietação. Distração. Fala rápida”

ENTREVISTADO 13 – “Os acima mencionados”

ENTREVISTADO 14 – “Inquietação, falta de concentração, impulsividade”

ENTREVISTADO 15 – “Falta de atenção ,não é organizado ,não responde as atividades e

parece as vezes impulsivo e parece não parar quieto .”

ENTREVISTADO 16 – “Agitado”

ENTREVISTADO 17 – “Desatenção e agitação intensa”

ENTREVISTADO 18 – “Ao meu observar, vejo falta de atenção, desânimo em realizar atividades, lentidão para assuntos pedagógicos.”

ENTREVISTADO 19 – “Se caracteriza pela desatenção extrema, desorganização, comportamento impulsivo, inquietude, entre outros.”

ENTREVISTADO 20 – “Principalmente pela dificuldade na aprendizagem fora da série que está cursando. Além da falta de foco.”

ENTREVISTADO 21 – “Falta de atenção, agitação e impulsividade, baixa tolerância a frustrações e temperamento explosivo.”

ENTREVISTADO 22 – “Inquietação fora do comum e constante, rotineira. Dificuldade de concentração em uma única tarefa.”

ENTREVISTADO 23 – “Sempre em movimento, não consegue ficar sentado por um determinado tempo”

ENTREVISTADO 24 – “Dificuldade de prestar atenção na aula, distrair-se facilmente e ficar com a mente vagando pelo “mundo da lua” quando o professor está falando. Pouca paciência para estudar e fazer os deveres, agitação, inquietude e uma capacidade incrível de fazer milhões de coisas ao mesmo tempo. E quase nenhuma delas associada à aula.”

ENTREVISTADO 25 – “É relativo”

ENTREVISTADO 26 – “Inquietação , dificuldade em interpretação .”

4. Quais estratégias você utiliza para fazer o aluno com TDAH aprender?

Transcrição:

ENTREVISTADO 1 – “Uma atividade mais individualizada”

ENTREVISTADO 2 – “propor exercícios curtos e de baixa complexidade para melhorar a auto estima e atividades em duplas produtivas / grupos maiores poderá ocasionar mais distração.”

ENTREVISTADO 3 – “Diálogos com aluno, procuro saber quais são.seus.interesses para que juntos possamos buscar a melhor maneira para que ele aprenda, porém em muitos

casos é necessário um acompanhado com profissionais da saúde.”

ENTREVISTADO 4 – “Atividades lúdicos e interativas”

ENTREVISTADO 5 – “Tento interferir o mínimo possível somente quando extrapola os limites

da boa convivência.”

ENTREVISTADO 6 – “Aproximação pessoal ,muita conversa e compreensão para ganhar sua

confiança, e atividades objetivas e adaptadas.”

ENTREVISTADO 7 – “Tentar fazê-lo focar e se interessar”

ENTREVISTADO 8 – “Coloco ele na primeira carteira no centro em frente a lousa e fico sempre

atenta.”

ENTREVISTADO 9 – “Tarefas rápidas e dinâmicas”

ENTREVISTADO 10 – “Jogos lúdicos”

ENTREVISTADO 11 – “Procuro diversificar as atividades pedagógicas, estimular a atenção do

estudante.”

ENTREVISTADO 12 – “Me dirigia a ele sempre que necessário e falava diretamente com

calma e solicitando a atenção fazendo lhes perguntas que traria o interesse para a sala.”

ENTREVISTADO 13 – “A estratégia só funciona se tiver alguém para ficar com a turma

enquanto lido com essa criança. “

ENTREVISTADO 14 – “Trazer atividades que chamem atenção dessa criança, dinâmicas”

ENTREVISTADO 15 – “Tento envolvo em alguma atividade que ele goste”

ENTREVISTADO 16 – “Normal com mais repetição”

ENTREVISTADO 17 – “Atividades mais atrativas e curtas.”

ENTREVISTADO 18 – “Sempre estou em dinâmica com ele e sempre chamo a atenção dele

para as atividades.”

ENTREVISTADO 19 – “Quando o professor der alguma instrução, pedir ao aluno para repetir

as instruções ou compartilhar com um amigo antes de começar as tarefas. Quando o aluno

desempenhar a tarefa solicitada ofereça sempre um feedback positivo (reforço) através de

pequenos elogios e prêmios que podem ser: estrelinhas no caderno, palavras de apoio, um

aceno de mão... Os feedbacks e elogios devem acontecer SEMPRE E IMEDIATAMENTE após

o aluno conseguir um bom desempenho compatível com o seu tempo e processo de

aprendizagem”

ENTREVISTADO 20 – “Procurar entender o seu Processo e como esse aluno entende.”

ENTREVISTADO 21 – “Defino metas a curto, médio e longo prazo. Evito coisas que tire o foco

do aluno. Separo um momento da aula para dar atenção individual a ele.”

ENTREVISTADO 22 – “Atividades mais dinâmicas e mais curtas na questão de tempo de

execução.”

ENTREVISTADO 23 – “Trago ao meu lado para poder auxiliar nas explicações e práticas.”

ENTREVISTADO 24 – “Variar a rotina de ensino. Alunos com TDAH tendem a dispersar e se

entediarem muito rápido. ... Incentivar a prática e repetição. ... Passar uma instrução por vez. ...

Aplicar o reforço positivo.....Manter uma boa comunicação com a família”

ENTREVISTADO 25 – “Atenção”

ENTREVISTADO 26 – “Práticas e oralidade .”

5. Durante sua graduação você teve informação sobre como lidar com alunos com TDAH? Se sim, qual e em qual disciplina?

Transcrição:

ENTREVISTADO 1 – “Não”

ENTREVISTADO 2 –

“Não” ENTREVISTADO 3

– “Não tive.”

ENTREVISTADO 4 – “Educação especial”

ENTREVISTADO 5 – “Poucas informações.”

ENTREVISTADO 6 – “Sim, cursei psicopedagogia”

ENTREVISTADO 7 – “Não.”

ENTREVISTADO 8 – “Sim, tive a disciplina sobre deficiências múltiplas.”

ENTREVISTADO 9 – “Sim, fiz neuropsicopedagogia”

ENTREVISTADO 10 – “Sim, educação inclusiva”

ENTREVISTADO 11 – “Sim, mas não profundamente, porém foi um básico que abriu outras portas para busca do conhecimento deste transtorno.”

ENTREVISTADO 12 – “Não tive

nada” ENTREVISTADO 13 –

“Sim.” ENTREVISTADO 14 –

“Não.”

ENTREVISTADO 15 – “Somente na Pós graduação.”

ENTREVISTADO 16 – “O TDAH é uma das causas de dificuldade de aprendizado de natureza neurobiológica mais comum durante a infância e a adolescência”

ENTREVISTADO 17 – “Sim , nos estágios principalmente . Psicologia ,
estruturafuncionamento educação básica.”

**6. Você fez alguma outra graduação ou pós-graduação? Se sim, houve alguma
informação sobre o TDAH?**

Transcrição:

ENTREVISTADO 1 – “Não”

ENTREVISTADO 2 – “Sim

ENTREVISTADO 3 – “Não

ENTREVISTADO 4 – “Sim!Tudo q aprendi sobre inclusão e transtornos em geral foi com a
experiência, observação e busca própria para aperfeiçoamento no trato diário .

ENTREVISTADO 5 – “Por enquanto não fiz outra graduação.

ENTREVISTADO 6 – “Sim, mas não tive informações sobre a síndrome TDHA.

ENTREVISTADO 7 – “Sim, fiz duas pós graduação e várias informações sobre vários assuntos
ligadas a várias síndromes.

ENTREVISTADO 8 – “Sim.

ENTREVISTADO 9 – “Pós

ENTREVISTADO 10 – “Sim, tive

ENTREVISTADO 11– “Sim, mas não profundamente.

ENTREVISTADO 12 – “Sim fiz pós e me foi passado o que respondi

ENTREVISTADO 13 – “Não fiz

ENTREVISTADO 14 – “Não.

ENTREVISTADO 15 – “Sim. Pós graduação.

ENTREVISTADO 16 – “Fiz duas graduações e 3 pós, porém não falava -se de TDAH.

ENTREVISTADO 17 – “Fiz e não tive informação.

ENTREVISTADO 18 – “Sim , sim .

7. Durante as aulas de trabalho pedagógico coletivo (ATPC), você recebeu alguma informação sobre TDAH?

Transcrição:

ENTREVISTADO 1 – “Sim”

ENTREVISTADO 2 – “Não”

ENTREVISTADO 3 – “Sim”

ENTREVISTADO 4 – “Poucas informações.”

ENTREVISTADO 5 – “Sim, até agora temos atps voltado ao assunto.”

ENTREVISTADO 6 – “Não”

ENTREVISTADO 7 – “Não.”

ENTREVISTADO 8 – “Sim, devido ao enfrentamento com algumas situações em sala de aula, sempre somos orientados a observar e relatar o comportamento dos nossos estudantes.”

ENTREVISTADO 9 – “Sim em alguns”

ENTREVISTADO 10 – “Pouco”

ENTREVISTADO 11 – “Sim .”

8. Durante as aulas de trabalho pedagógico coletivo (ATPC), você recebeu alguma informação sobre a legislação de inclusão?

Transcrição:

ENTREVISTADO 1 – “Sim”

ENTREVISTADO 2 – “Não”

ENTREVISTADO 3 – “Sim.”

ENTREVISTADO 4 – “Sim”

ENTREVISTADO 5 – “Não me lembro.”

ENTREVISTADO 6 – “Sim, principalmente na relação dos direitos.”

ENTREVISTADO 7 – “Não.”

ENTREVISTADO 8 – “Sim, em roda de conversa, leituras compartilhadas e discussões sobre o assunto em questão.”

ENTREVISTADO 9 – “Não”

ENTREVISTADO 10 – “Sim .”

9. Comente o que você pensa sobre o TDAH.

Transcrição:

ENTREVISTADO 1 – “Deve ser tratado com mais empatia pelos colegas professores!”

ENTREVISTADO 2 – “É um transtorno que merece atenção pois se ignorado poderá acarretar exclusão escolar, social e cultural já que nesse sentido a carreira acadêmica será extremamente desgastante, sofrível e o sucesso profissional prejudicado.”

ENTREVISTADO 3 – “É um transtorno pouco conhecido, porém na rede pública estadual a qual trabalho já me deparei com um número significativo de alunos com características de TDAH.”

ENTREVISTADO 4 – “Comportamentos alterados e contínuos”

ENTREVISTADO 5 – “Pode ser controlado por medicamento.”

ENTREVISTADO 6 – “É um assunto complexo, que temos vários casos na escola, porém muito

pouco divulgado em relação aos direitos dos alunos, e pouco conhecimento dos pais em

relação a aceitação da real situação de seus filhos, onde não tem um trabalho para aconselhar

esses pais, e orienta-los em relação de como proceder e ter os direitos de seus filhos

garantidos.”

ENTREVISTADO 7 – “Penso que esse transtorno é bem complicado, Qd n diagnosticado.”

ENTREVISTADO 8 – “Transtorno a ser trabalhado com mais atenção”

ENTREVISTADO 9 – “É um transtorno que precisa de um olhar paciente, com estratégias

diferenciadas para que o aluno consiga se concentrar”

ENTREVISTADO 10 – “Este transtorno se manifesta desde a infância, os sintomas aparecem com mais clareza durante a fase escolar. Isso porque, a criança passa a frequentar um novo ambiente de interação e raciocínio, e é a partir daí que as dificuldades se tornam mais evidentes. É um grande desafio para os professores, é um transtorno que necessita de uma atenção muito especial.”

ENTREVISTADO 11 – “Eles precisam de atenção individual”

ENTREVISTADO 12 – “Quem tem TDAH precisa ter acompanhamento médico especializado,

para que consiga administrar sua vida tanto escolar quanto pessoal e quanto mais cedo for

diagnosticado melhor”

ENTREVISTADO 13 – “Imagino que seja hiperativo e com falta de atenção”

ENTREVISTADO 14 – “Bem difícil de lidar mais satisfeito quando alcançar o objetivo”

ENTREVISTADO 15 – “Acredito que seja um distúrbio muito mais comum do que achamos e

que se fosse trabalhado de forma correta na educação os prejuízos poderiam ser bem

menores.”

ENTREVISTADO 16 – “Eu creio que em primeiro lugar a família deve aceitar que seu filho

tenha Tdha e que busque por um profissional para dar suporte ao seu filho para que ele possa

se desenvolver dentro de suas limitações igual a qualquer criança.”

ENTREVISTADO 17 – “Penso que este transtorno deve ser trabalhado com responsabilidade

e amor por parte das pessoas envolvidas.”

ENTREVISTADO 18 – “Depende muito de cada aluno. Não existe uma fórmula

individualizada.”

ENTREVISTADO 19 – “Penso que é um fato a ser tratado com mais cuidado e carinho pelos

governantes, educadores e país. Para que o indivíduo seja cuidado como deve ser desde

criança e tenha progresso em sua vida adulta.”

ENTREVISTADO 20 – “É um transtorno rotineiro na prática pedagógica e merece atenção

quanto a capacitação do corpo docente para lidar com a demanda.”

ENTREVISTADO 21 – “São pessoas que necessitam de atenção e sempre em movimento,

praticar atividades físicas e esportes.”

ENTREVISTADO 22 – “TDAH é uma das causas de dificuldade de aprendizado de natureza

neurobiológica mais comum durante a infância e a adolescência. Entenda!”

ENTREVISTADO 23 – “É complexo, pois penso que tenho.”

ENTREVISTADO 24 – “Incluo o aluno em tudo , respeito o tempo dele.”

10. Aproveite o espaço abaixo para realizar comentários ou questionamentos que achar importante.

Transcrição:

ENTREVISTADO 1 – “O TDAH é um transtorno que afeta muito na aprendizagem dos alunos!

Sendo necessário sempre diferentes tipos de abordagens!”

ENTREVISTADO 2 – “XXXXXXXXXXXXX”

ENTREVISTADO 3 – “Pela primeira vez durante minha jornada de trabalho encontrei uma

pessoa que se preocupou com esses indivíduos e se empenhou em estudar sobre o assunto

em questão. Parabéns professora Elysângela.”

ENTREVISTADO 4 – “Desenvolver atividades direcionadas para complementar o tratamento

com o especialista”

ENTREVISTADO 5 – “Todos devem ter professores especialistas para acompanhamento.”

ENTREVISTADO 6 – “Acho que deveria ser assegurado a todos alunos na fase inicial,ou

seja

desde seu nascimento exames e acompanhamento no diagnóstico precoce de qualquer

diagnóstico que venha esclarecer em tempo hábil de sua saúde mental e física, evitando

sofrimento e recusas futura.”

ENTREVISTADO 7 – “Todo aluno tem direito a aprender, parabéns pela pesquisa. Professora

maravilhosa, Elyzângela”

ENTREVISTADO 8 – “Pesquisando e observando algumas características deste transtorno,

descobri que seus portadores, apresentam uma inteligência peculiar, acompanhado de grande

criatividade. É muito interessante esta informação, pois possibilita trabalharmos em cima de

perspectivas concretas e esperançosas, combatendo acima de tudo o preconceito que surge

da falta de informação e orientação.”

ENTREVISTADO 9 – “A cada dia, estamos recebendo mais alunos de inclusão, devemos nos

preparar melhor para recebê-los e poder acrescentar na vida deles.”

ENTREVISTADO 10 – “Esse assunto poderia ser mais bem trabalhado nas escolas”

ENTREVISTADO 11– “Interessante”

ENTREVISTADO 12 – “Todos e quaisquer alunos deveria ter a oportunidade de ter aulas mais

inclusivas!”

ENTREVISTADO 13 – “É um transtorno descoberto relativamente a pouco tempo e que ter espaço nas políticas públicas educacionais para que o indivíduo possa evoluir em sua caminhada escolar e em sua vida com dignidade.”

ENTREVISTADO 14 – “Falta capacitação nessa e em outras síndromes do cotidiano escolar para melhora do atendimento aos discentes.”

ENTREVISTADO 15 – “Minhas turmas de ed. Física, tive uma excelente progressão com alunos com diversas deficiências.”

ENTREVISTADO 16 – “Muito interessante o tema abordado”

ENTREVISTADO 17 – “Estamos evoluindo, devagar mas estamos, pois antes nem pesquisa tínhamos.”

ENTREVISTADO 18 – “.”

APÊNDICE C

TRANSCRIÇÃO DO QUESTIONÁRIO 3

Das alternativas abaixo, assinale aquelas que você acredita descrever o aluno com TDAH.

- a) não presta atenção na aula – 84,6%
- b) é preguiçoso – 0%
- c) sempre do contra – 7,7%
- d) comete erros por descuido – 42,3%
- e) dificuldade em manter foco em atividades como leitura – 92,3%
- f) parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra – 73,1%
- g) falta de educação – 3,8%
- h) parece estar com a cabeça longe – 73,1%
- i) não segue instruções até o fim – 65,4%
- j) precisa de um tempo maior para terminar as atividades – 69,2%
- k) vive rodeado de amigos – 15,4%
- l) não consegue terminar as tarefas escolares – 73,1%
- m) tem dificuldade para organizar tarefas e atividades – 84,6%
- n) dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem – 84,6%
- o) trabalho desorganizado e desleixado – 30,8%
- p) falta de limites – 11,5%
- q) tem dificuldade em fazer amizades – 38,5%
- r) remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira – 38,5%
- s) levanta-se da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado – 65,4%
- t) corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado – 30,8%
- u) pais não presentes – 11,5%
- v) fala demais – 26,9%

- w) está muitas vezes sozinho – 26,9%
 - x) deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída – 38,5%
 - y) tem dificuldade para esperar a sua vez – 80,8%
 - z) fica quieto, distraído – 26,9%
-

ANEXO A ESCALA SNAP – IV – DIAGNÓSTICO PARA TDAH

NOME: _____

SÉRIE: _____ IDADE: _____

Para cada item, escolha a coluna que melhor descreve o (a) aluno (a) (MARQUE UM X):

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não pára ou freqüentemente está a “mil por hora”.				

	Nem um pouco	só um pouco	bastante	demais
15. Fala em excesso.				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos).				
<i>Versão em Português validada por Mattos P et al, 2005.</i>				

Como avaliar:

1) se existem pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 1 a

9 = existem mais sintomas de desatenção que o esperado numa criança ou adolescente.

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

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

IMPORTANTE: Não se pode fazer o diagnóstico de TDAH apenas com o critério A! Veja abaixo os demais critérios.

CRITÉRIO A: Sintomas (vistos acima)

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

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

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

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

Fonte: Associação Brasileira de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Rio de Janeiro,

10 mai. 2017. Disponível em: <https://tdah.org.br/wp-content/uploads/site/pdf/snap-iv.pdf>

ANEXO B

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Critérios Diagnósticos

B. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

1. **Desatenção:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

- a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligência ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).
- b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).
- c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
- d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).
- e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).

- f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).
 - g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).
 - h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
 - i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).
2. **Hiperatividade e impulsividade:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:
- Nota:** Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.
- a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
 - b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
 - c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (**Nota:** Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)
 - d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.
 - e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p.

- ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
- f. Frequentemente fala demais.
 - g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
 - h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).
 - i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).
- c. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.
- D. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).
- E. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.
- F. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

Determinar o subtipo:

314.01 (F90.2) Apresentação combinada: Se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Apresentação predominantemente desatenta: Se o Critério A1 (desatenção) é preenchido, mas o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não é preenchido nos últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Apresentação predominantemente

hiperativa/impulsiva: Se o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido, e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses.

Especificar se:

Em remissão parcial: Quando todos os critérios foram preenchidos no passado, nem todos os critérios foram preenchidos nos últimos 6 meses, e os sintomas ainda resultam em prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou profissional.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional.

Moderada: Sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes.

Grave: Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão

presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento. A *desatenção* manifesta-se comportamentalmente no TDAH como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização – e não constitui consequência de desafio ou falta de compreensão. A *hiperatividade* refere-se a atividade motora excessiva (como uma criança que corre por tudo) quando não apropriado ou remexer, batucar ou conversar em excesso. Nos adultos, a hiperatividade pode se manifestar como inquietude extrema ou esgotamento dos outros com sua atividade. A *impulsividade* refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação e com elevado potencial para dano à pessoa (p. ex., atravessar uma rua sem olhar). A impulsividade pode ser reflexo de um desejo de recompensas imediatas ou de incapacidade de

postergar a gratificação. Comportamentos impulsivos podem se manifestar com intromissão social (p. ex., interromper os outros em excesso) e/ou tomada de decisões importantes sem considerações acerca das consequências no longo prazo (p. ex., assumir um emprego sem informações adequadas).

O TDAH começa na infância. A exigência de que vários sintomas estejam presentes antes dos

12 anos de idade exprime a importância de uma apresentação clínica substancial durante a infância. Ao mesmo tempo, uma idade de início mais precoce não é especificada devido a dificuldades para se estabelecer retrospectivamente um início na infância. As lembranças dos adultos sobre sintomas na infância tendem a não ser confiáveis, sendo benéfico obter informações complementares.

Manifestações do transtorno devem estar presentes em mais de um ambiente (p. ex., em casa e na escola, no trabalho). A confirmação de sintomas substanciais em vários ambientes não costuma ser feita com precisão sem uma consulta a informantes que tenham visto o indivíduo em tais ambientes. É comum os sintomas variarem conforme o contexto em um determinado ambiente. Sinais do transtorno

podem ser mínimos ou ausentes quando o indivíduo está recebendo recompensas frequentes por comportamento apropriado, está sob supervisão, está em uma situação nova, está envolvido em atividades especialmente interessantes, recebe estímulos externos consistentes (p. ex., através de telas eletrônicas) ou está interagindo em situações individualizadas (p. ex., em um consultório).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Atrasos leves no desenvolvimento linguístico, motor ou social não são específicos do TDAH, embora costumem ser comórbidos. As características associadas podem incluir baixa tolerância à frustração, irritabilidade ou labilidade do humor. Mesmo na ausência de um transtorno específico da aprendizagem, o desempenho acadêmico ou profissional costuma estar prejudicado. Comportamento desatento está associado a vários processos cognitivos subjacentes, e indivíduos com TDAH podem exibir problemas cognitivos em

testes de atenção, função executiva ou memória, embora esses testes não sejam suficientemente sensíveis ou específicos para servir como índices diagnósticos. No início da vida adulta, o TDAH está associado a risco aumentado de tentativa de suicídio, principalmente quando em comorbidade com transtornos do humor, da conduta ou por uso de substância.

Não há marcador biológico que seja diagnóstico de TDAH. Como grupo, na comparação

com pares, crianças com TDAH apresentam eletrencefalogramas com aumento de ondas lentas, volume encefálico total reduzido na ressonância magnética e, possivelmente, atraso na maturação cortical no sentido pósterio-anterior, embora esses achados não sejam diagnósticos. Nos raros casos em que há uma causa genética conhecida (p. ex., síndrome do X-frágil, síndrome da deleção 22q11), a apresentação do TDAH ainda deve ser diagnosticada.

Prevalência

Levantamentos populacionais sugerem que o TDAH ocorre na maioria das culturas em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos.

Desenvolvimento e Curso

Muitos pais observam pela primeira vez uma atividade motora excessiva quando a criança começa a andar, mas é difícil distinguir os sintomas do comportamento normal, que é

altamente variável, antes dos 4 anos de idade. O TDAH costuma ser identificado com mais frequência durante os anos do ensino fundamental, com a desatenção ficando mais saliente e prejudicial. O transtorno fica relativamente estável nos anos iniciais da adolescência, mas alguns indivíduos têm piora no curso, com o desenvolvimento de comportamentos antissociais. Na maioria das pessoas com TDAH, sintomas de hiperatividade motora ficam menos claros na adolescência e na vida adulta, embora persistam dificuldades com planejamento, inquietude, desatenção e impulsividade. Uma proporção substancial de crianças com TDAH permanece relativamente prejudicada até a vida adulta.

Na pré-escola, a principal manifestação é a hiperatividade. A desatenção fica mais proeminente nos anos do ensino fundamental. Na adolescência, sinais de hiperatividade (p. ex., correr e subir nas coisas) são menos comuns, podendo limitar-

se a comportamento mais irrequieto ou sensação interna de nervosismo, inquietude ou impaciência. Na vida adulta, além da desatenção e da inquietude, a impulsividade pode permanecer problemática, mesmo quando ocorreu redução da hiperatividade.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. O TDAH está associado a níveis menores de inibição comportamental, de controle à base de esforço ou de contenção, a afetividade negativa e/ou maior busca por novidades. Esses traços predisõem algumas crianças ao TDAH, embora não sejam específicos do transtorno.

Ambientais. Muito baixo peso ao nascer (menos de 1.500 gramas) confere um risco 2 a 3 vezes maior para TDAH, embora a maioria das crianças com baixo peso ao nascer não desenvolva transtorno. Embora o TDAH esteja correlacionado com tabagismo na gestação, parte dessa associação reflete um risco genético comum. Uma minoria de casos pode estar relacionada a reações a aspectos da dieta. Pode haver história de abuso infantil, negligência, múltiplos lares adotivos, exposição a neurotoxina (p. ex., chumbo), infecções (p. ex., encefalite) ou exposição ao álcool no útero. Exposição a toxinas ambientais foi correlacionada com TDAH subsequente, embora não se saiba se tais associações são causais.

Genéticos e fisiológicos. O TDAH é frequente em parentes biológicos de primeiro grau com o transtorno. A herdabilidade do TDAH é substancial. Enquanto genes específicos foram correlacionados com o transtorno, eles não constituem fatores

causais necessários ou suficientes. Deficiências visuais e auditivas, anormalidades metabólicas, transtornos do sono, deficiências nutricionais e epilepsia devem ser considerados influências possíveis sobre sintomas de TDAH. O TDAH não está associado a características físicas específicas, ainda que taxas de anomalias físicas menores (p. ex., hipertelorismo, palato bastante arqueado, baixa implantação de orelhas) possam ser relativamente aumentadas. Atrasos motores sutis e outros sinais neurológicos leves podem ocorrer. (Notar que falta de jeito e atrasos motores comórbidos devem ser codificados em

separado [p. ex., transtorno do desenvolvimento da coordenação].)

Modificadores do curso. Padrões de interação familiar no começo da infância provavelmente não causam TDAH, embora possam influenciar seu curso ou contribuir para o desenvolvimento secundário de problemas de conduta.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Diferenças regionais nas taxas de prevalência do TDAH parecem principalmente atribuíveis a práticas diagnósticas e metodológicas diferentes. Entretanto, pode haver, ainda, variações culturais em termos de atitudes ou interpretações acerca do comportamento infantil. As taxas de identificação clínica nos Estados Unidos para populações afro-americanas e latinas tendem a ser mais baixas do que para populações brancas. As pontuações de sintomas por informantes podem ser influenciadas pelo grupo cultural da criança e do informante, sugerindo que práticas culturalmente apropriadas são relevantes na avaliação do TDAH.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O TDAH é mais frequente no sexo masculino do que no feminino na população em geral, com uma proporção de cerca de 2:1 nas crianças e de 1,6:1 nos adultos. Há maior probabilidade de pessoas do sexo feminino se apresentarem primariamente com características de desatenção na comparação com as do sexo masculino.

Consequências Funcionais do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

O TDAH está associado a desempenho escolar e sucesso acadêmico reduzidos, rejeição social e, nos adultos, a piores desempenho, sucesso e assiduidade no campo profissional e a maior probabilidade de desemprego, além de altos níveis de conflito interpessoal.

Crianças com TDAH apresentam uma probabilidade significativamente maior do que seus pares para desenvolver transtorno da conduta na adolescência e transtorno da personalidade antissocial na idade adulta, aumentando, assim, a probabilidade de transtornos por uso de substâncias e prisão. O risco subsequente

para transtornos por uso posterior de substâncias é alto, especialmente quando se desenvolve transtorno da conduta ou transtorno da personalidade antissocial. Indivíduos com TDAH são mais propensos a sofrer lesões do que seus colegas. Acidentes e violações de trânsito são mais frequentes em condutores com o transtorno. Pode haver probabilidade aumentada de obesidade entre indivíduos com TDAH. Autodeterminação variável ou inadequada a tarefas que exijam esforço prolongado frequentemente é interpretada pelos outros como preguiça, irresponsabilidade ou falta de cooperação. As relações familiares podem se caracterizar por discórdia e interações negativas. As relações com os pares costumam ser conturbadas devido a rejeição por parte daqueles, negligência ou provocações em relação ao indivíduo com TDAH. Em média, pessoas com o transtorno alcançam escolaridade menor, menos sucesso profissional e escores intelectuais reduzidos na comparação com seus pares, embora exista grande variabilidade. Em sua forma grave, o transtorno é marcadamente prejudicial, afetando a adaptação social, familiar e escolar/profissional.

Déficits acadêmicos, problemas escolares e negligência pelos colegas tendem a estar principalmente associados a sintomas elevados de desatenção, ao passo que rejeição por colegas e, em menor grau, lesões acidentais são mais proeminentes com sintomas acentuados de hiperatividade ou impulsividade.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno de oposição desafiante. Indivíduos com transtorno de oposição desafiante podem resistir a tarefas profissionais ou escolares que exijam autodeterminação porque resistem a se conformar às exigências dos outros. Seu comportamento caracteriza-se por negatividade, hostilidade e desafio. Tais sintomas devem ser diferenciados de aversão à escola ou a tarefas de alta exigência mental causadas por dificuldade em manter um esforço mental prolongado, esquecimento de orientações e impulsividade que caracteriza os indivíduos com TDAH. Um complicador do diagnóstico diferencial é o fato de que alguns indivíduos com TDAH podem desenvolver atitudes de oposição secundárias em relação a tais tarefas e,

assim, desvalorizar sua importância.

Transtorno explosivo intermitente. O TDAH e o transtorno explosivo intermitente compartilham níveis elevados de comportamento impulsivo. Entretanto, indivíduos com o transtorno explosivo intermitente apresentam agressividade importante dirigida aos outros, o que não é característico do TDAH, e não têm problemas em manter a atenção como se vê no TDAH. Além disso, o transtorno explosivo intermitente é raro na infância. O transtorno explosivo intermitente pode ser diagnosticado na presença de TDAH.

Outros transtornos do neurodesenvolvimento. A atividade motora aumentada que pode ocorrer no TDAH deve ser diferenciada do comportamento motor repetitivo que caracteriza o transtorno do movimento estereotipado e alguns casos de transtorno do espectro autista. No transtorno do movimento estereotipado, o comportamento motor costuma ser fixo e repetitivo (p. ex., balançar o corpo, morder a si mesmo), enquanto a inquietude e a agitação no TDAH costumam ser generalizadas e não caracterizadas por movimentos estereotipados repetitivos. No transtorno de Tourette, tiques múltiplos e frequentes podem ser confundidos com a inquietude generalizada do TDAH. Pode haver necessidade de observação prolongada para que seja feita a distinção entre inquietude e ataques de múltiplos tiques.

Transtorno específico da aprendizagem. Crianças com um transtorno específico da aprendizagem podem parecer desatentas devido a frustração, falta de interesse ou capacidade limitada. A desatenção, no entanto, em pessoas com um transtorno específico da aprendizagem, mas sem TDAH, não acarreta prejuízos fora dos trabalhos acadêmicos.

Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual). Sintomas de TDAH são comuns entre crianças colocadas em ambientes acadêmicos inadequados à sua capacidade intelectual. Nesses casos, os sintomas não são evidentes durante tarefas não acadêmicas. Um diagnóstico de TDAH na deficiência intelectual exige que desatenção ou hiperatividade sejam excessivas para a idade mental.

Transtorno do espectro autista. Indivíduos com TDAH e aqueles com transtorno do espectro autista exibem desatenção, disfunção social e comportamento de difícil manejo. A disfunção social e a rejeição pelos pares

encontradas em pessoas com TDAH devem ser diferenciadas da falta de envolvimento social, do isolamento e da indiferença a pistas de comunicação faciais e de tonalidade encontrados em indivíduos com transtorno do espectro autista. Crianças com transtorno do espectro autista podem ter ataques de raiva devido a incapacidade de tolerar mudanças no curso dos eventos esperado por elas. Em contraste, crianças com TDAH podem se comportar mal ou ter um ataque de raiva durante alguma transição importante devido a impulsividade ou autocontrole insatisfatório.

Transtorno de apego reativo. Crianças com transtorno de apego reativo podem apresentar desinibição social, mas não o conjunto completo de sintomas de TDAH, exibindo, ainda, outras características, tais como ausência de relações duradouras, que não são características do TDAH.

Transtornos de ansiedade. O TDAH compartilha sintomas de desatenção com transtornos de ansiedade. Indivíduos com TDAH são desatentos por causa de sua atração por estímulos externos, atividades novas ou predileção por atividades agradáveis. Isso é diferente da desatenção por preocupação e ruminação encontrada nos transtornos de ansiedade. Agitação pode ser encontrada em transtornos de ansiedade. No TDAH, todavia, o sintoma não está associado a preocupação e ruminação.

Transtornos depressivos. Indivíduos com transtornos depressivos podem se apresentar com incapacidade de se concentrar. Entretanto, a dificuldade de concentração nos transtornos do humor fica proeminente apenas durante um episódio depressivo.

Transtorno bipolar. Indivíduos com transtorno bipolar podem ter aumento da atividade, dificuldade de concentração e aumento na impulsividade. Essas características, entretanto, são episódicas, ocorrendo por vários dias de cada vez. No transtorno bipolar, aumento na impulsividade ou desatenção é acompanhado por humor elevado, grandiosidade e outras características bipolares específicas. Crianças com TDAH podem apresentar mudanças importantes de humor em um mesmo dia; essa labilidade é diferente de um episódio maníaco, que deve durar quatro dias ou mais para ser um indicador clínico de transtorno bipolar, mesmo em crianças. O transtorno bipolar é raro em pré-adolescentes, mesmo quando irritabilidade grave e raiva são proeminentes, ao

passo que o TDAH é comum entre crianças e adolescentes que apresentam raiva e irritabilidade excessivas.

Transtorno disruptivo da desregulação do humor. O transtorno disruptivo da desregulação do humor é caracterizado por irritabilidade pervasiva e por intolerância

a frustração, mas impulsividade e atenção desorganizada não são aspectos essenciais. A maioria das crianças e dos adolescentes com o transtorno, no entanto, tem sintomas que também preenchem critérios para TDAH, que deve ser diagnosticado em separado.

Transtorno por uso de substância. Diferenciar o TDAH dos transtornos por uso de substância pode ser um problema se a primeira apresentação dos sintomas do TDAH ocorrer após o início do abuso ou do uso frequente. Evidências claras de TDAH antes do uso problemático de substâncias, obtidas por meio de informantes ou registros prévios, podem ser essenciais para o diagnóstico diferencial,

Transtornos da personalidade. Em adolescentes e adultos, pode ser difícil diferenciar TDAH dos transtornos da personalidade *borderline*, narcisista e outros transtornos da personalidade. Todos estes tendem a compartilhar características de desorganização, intrusão social, desregulação emocional e desregulação cognitiva. O TDAH, porém, não é caracterizado por medo do abandono, autolesão, ambivalência extrema ou outras características de transtornos da personalidade. Pode haver necessidade de observação prolongada, entrevista com informantes ou história detalhada para distinguir comportamento impulsivo, socialmente intrusivo ou inadequado de comportamento narcisista, agressivo ou dominador para que seja feito esse diagnóstico diferencial.

Transtornos psicóticos. O TDAH não é diagnosticado se os sintomas de desatenção e hiperatividade ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico. **Sintomas de TDAH induzidos por medicamentos.**

Sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade atribuíveis ao uso de medicamentos (p. ex.,

broncodilatadores, isoniazida, neurolépticos [resultando em acatisia], terapia de

reposição para a tireoide) são diagnosticados como transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) ou transtorno relacionado a outra substância (ou substância desconhecida não especificada).

Transtornos neurocognitivos. Não se sabe se transtorno neurocognitivo maior precoce (demência) e/ou transtorno neurocognitivo leve estão associados ao TDAH, embora possam se apresentar com características clínicas semelhantes. Essas condições são diferenciadas do TDAH por seu início tardio.

Comorbidade

Em ambientes clínicos, transtornos comórbidos são frequentes em indivíduos cujos sintomas preenchem critérios para TDAH. Na população em geral, transtorno de oposição desafiante é comórbido com TDAH em cerca de metade das crianças com apresentação combinada e em cerca de um quarto daquelas com a apresentação predominantemente desatenta. Transtorno da conduta é comórbido com TDAH em aproximadamente um quarto das crianças e dos adolescentes com a apresentação combinada, dependendo da idade e do ambiente. A maioria das crianças e dos adolescentes com transtorno disruptivo da desregulação do humor tem sintomas que também preenchem critérios para TDAH; uma porcentagem menor de crianças com TDAH tem sintomas que preenchem critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor. Transtorno específico da aprendizagem comumente é comórbido com TDAH. Transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior ocorrem em uma minoria de indivíduos com TDAH, embora com maior frequência do que na população em geral. Transtorno explosivo intermitente ocorre em uma minoria de adultos com TDAH, embora com taxas acima dos níveis populacionais. Ainda que transtornos por abuso de substância sejam relativamente mais frequentes entre adultos com TDAH na população em geral, estão presentes em apenas uma minoria deles. Nos adultos, transtorno da personalidade antissocial e outros transtornos da personalidade podem ser comórbidos com TDAH. Outros transtornos que podem ser comórbidos com o TDAH incluem o transtorno obsessivo-compulsivo, os transtornos de tique e o transtorno do espectro autista.

Outro Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
Especificado 314.01 (F90.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos do neurodesenvolvimento. A categoria outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou qualquer

transtorno do neurodesenvolvimento específico. Isso é feito por meio do registro “outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado”, seguido pela razão específica (p. ex., “com sintomas insuficientes de desatenção”).

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade-Não
Especificado 314.01 (F90.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos do neurodesenvolvimento. A categoria transtorno de déficit de atenção/hiperatividade não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou para qualquer transtorno do neurodesenvolvimento específico não são satisfeitos e inclui apresentações

para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico.

Fonte: DSM-V (2013), p. 59-66, Disponível em:
<http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>

ANEXO C

CID11 – TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE 6A05 Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

Distúrbios do neurodesenvolvimento

Descrição

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é caracterizado por um padrão persistente (pelo menos 6 meses) de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que tem um impacto negativo direto no funcionamento acadêmico, ocupacional ou social. Há evidências de sintomas significativos de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade antes dos 12 anos, geralmente no início ou no meio da infância, embora alguns indivíduos possam procurar atendimento clínico mais tarde. O grau de desatenção e hiperatividade-impulsividade está forados limites de variação normal esperados para idade e nível de funcionamento intelectual. A desatenção refere-se à dificuldade significativa em manter a atenção em tarefas que não fornecem um alto nível de estimulação ou recompensas frequentes, distração e problemas de organização. A hiperatividade refere-se à atividade motora excessiva e às dificuldades em permanecer imóvel, mais evidente em situações estruturadas que requerem autocontrole

comportamental. A impulsividade é uma tendência a agir em resposta a estímulos imediatos, sem deliberação ou consideração dos riscos e consequências. O equilíbrio relativo e as manifestações específicas de características desatentas e hiperativas-impulsivas variam entre os indivíduos e podem mudar ao longo do desenvolvimento. Para que um diagnóstico seja feito, as manifestações de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade devem ser evidentes em várias situações ou ambientes (por exemplo, casa, escola, trabalho, com amigos ou parentes), mas provavelmente variam de acordo com a estrutura e demandas do cenário. Os sintomas não são mais bem explicados por outra condição mental, comportamental,

Inclusões

- transtorno de déficit de atenção com hiperatividade
- síndrome de déficit de atenção com hiperatividade

Requisitos de diagnóstico

Recursos essenciais (obrigatórios):

- Um padrão persistente (por exemplo, pelo menos 6 meses) de sintomas de desatenção e/ou uma combinação de sintomas de hiperatividade e impulsividade que está fora dos limites de variação normal esperados para idade e nível de desenvolvimento intelectual. Os sintomas variam de acordo com a idade cronológica e a gravidade do distúrbio.

Desatenção

- Vários sintomas de desatenção que são persistentes e suficientemente graves para ter um impacto negativo direto no funcionamento acadêmico, ocupacional ou social. Os sintomas geralmente são dos seguintes grupos:
 - Dificuldade em manter a atenção em tarefas que não fornecem um alto nível de estímulo ou recompensa ou requerem esforço mental sustentado; falta de atenção aos detalhes; cometendo erros por descuido na escola ou tarefas de trabalho; não concluir tarefas.
 - Facilmente distraído por estímulos estranhos ou pensamentos não relacionados à tarefa em questão; muitas vezes parece não ouvir quando falado diretamente; frequentemente parece estar sonhando acordado ou ter a mente em outro lugar.
 - Perde coisas; é esquecido nas atividades diárias; tem dificuldade em se lembrar de concluir as próximas tarefas ou atividades diárias; dificuldade em planejar, gerenciar e organizar trabalhos escolares, tarefas e outras atividades.

Nota: A desatenção pode não ser evidente quando o indivíduo está envolvido em atividades que fornecem estimulação intensa e recompensas frequentes.

hiperatividade impulsividade

- Vários sintomas de hiperatividade/impulsividade que são persistentes e suficientemente graves para ter um impacto negativo direto no funcionamento acadêmico, ocupacional ou social. Estes tendem a ser mais evidentes em situações estruturadas que requerem autocontrole comportamental. Os sintomas geralmente são dos seguintes grupos:
 - Atividade motora excessiva; sai da cadeira quando se espera que fique

parado; frequentemente corre; tem dificuldade em ficar parado sem se mexer (crianças mais novas); sensação de inquietação física, sensação de desconforto por estar quieto ou sentado quieto (adolescentes e adultos).

- Dificuldade de se envolver em atividades tranquilamente; Fala demais.
 - Deixa escapar respostas na escola, comentários no trabalho; dificuldade em esperar sua vez em conversas, jogos ou atividades; interrompe ou se intromete nas conversas ou jogos de outras pessoas.
 - Uma tendência a agir em resposta a estímulos imediatos sem deliberação ou consideração de riscos e consequências (por exemplo, envolver-se em comportamentos com potencial para lesões físicas; decisões impulsivas; direção imprudente)
- Evidência de sintomas significativos de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade antes dos 12 anos, embora alguns indivíduos possam procurar atendimento clínico pela primeira vez na adolescência ou na idade adulta, muitas vezes quando as demandas excedem a capacidade do indivíduo de compensar as limitações.
 - Manifestações de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade devem ser evidentes em várias situações ou ambientes (por exemplo, casa, escola, trabalho, com amigos ou parentes), mas provavelmente variam de acordo com a estrutura e as demandas do ambiente.
 - Os sintomas não são mais bem explicados por outro transtorno mental (por exemplo, um Transtorno Relacionado à Ansiedade ou ao Medo, um Transtorno Neurocognitivo como Delirium).
 - Os sintomas não são devidos aos efeitos de uma substância (por exemplo, cocaína) ou medicamento (por exemplo, broncodilatadores, medicamentos de reposição da tireoide) no sistema nervoso central, incluindo efeitos de abstinência, e não são devidos a uma doença do sistema nervoso.

Especificadores para descrever as características predominantes da apresentação clínica:

As características da apresentação clínica atual devem ser descritas usando um dos seguintes especificadores, que visam auxiliar no registro do principal motivo do encaminhamento ou serviços atuais. Predominância de sintomas refere-se à presença de vários sintomas de natureza desatenta ou hiperativa/impulsiva com

poucos ou nenhum sintoma do outro tipo.

6A05.0 Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, apresentação predominantemente desatenta

- Todos os requisitos diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade são atendidos e os sintomas de desatenção predominam.

6A05.1 Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, apresentação predominantemente hiperativa-impulsiva

- Todos os requisitos diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade são atendidos e os sintomas de hiperatividade-impulsividade predominam.

6A05.2 Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, apresentação combinada

- Todos os requisitos diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade são atendidos e tanto os sintomas de hiperatividade-impulsividade quanto os de desatenção são aspectos clinicamente significativos da apresentação clínica atual, sem predomínio claro de nenhum deles.

6A05.Y Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, outra apresentação

especificada 6A05.Z Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, apresentação não especificada

Características clínicas adicionais:

- O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade geralmente se manifesta no início ou no meio da infância. Em muitos casos, os sintomas de hiperatividade predominam na pré-escola e diminuem com a idade, de modo que não são mais proeminentes após a adolescência ou podem ser relatados como sentimentos de inquietação física. Os problemas de atenção podem ser mais comumente observados no início da infância, especialmente na escola e em adultos em ambientes ocupacionais.
- As manifestações e a gravidade do Transtorno de Déficit de Atenção e

Hiperatividade geralmente variam de acordo com as características e demandas do ambiente. Os sintomas e comportamentos devem ser avaliados em vários tipos de ambientes como parte da avaliação clínica.

- Quando disponível, relatórios de pais e professores devem ser obtidos para estabelecer o diagnóstico em crianças e adolescentes. Em adultos, o relato de um outro significativo, membro da família ou colega de trabalho pode fornecer informações adicionais importantes.
- Alguns indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade podem procurar serviços pela primeira vez na idade adulta. Ao fazer o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em adultos, uma história de desatenção, hiperatividade ou impulsividade antes dos 12 anos de idade é uma importante característica de corroboração que pode ser melhor estabelecida a partir de registros escolares ou locais, ou de informantes que conheceram o indivíduo durante a infância. Na ausência de tais informações corroborantes, um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em adolescentes mais velhos e adultos deve ser feito com cautela.
- Em um subconjunto de indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, especialmente em crianças, pode ocorrer uma apresentação exclusivamente desatenta. Não há hiperatividade e a apresentação é caracterizada por devaneios, divagação e falta de foco. Essas crianças às vezes são referidas como exibindo um padrão desatento restritivo de sintomas ou ritmo cognitivo lento.
- Em um subconjunto de indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, apresentação combinada, desatenção grave e hiperatividade-impulsividade estão consistentemente presentes na maioria das situações que um indivíduo encontra e também são evidenciadas pelas próprias observações do clínico. Este padrão é muitas vezes referido como distúrbio hiper-cinético e é considerado uma forma mais grave do distúrbio.
- Os sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade muitas vezes limitam significativamente o desempenho acadêmico. Adultos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade geralmente acham difícil manter um emprego exigente e podem estar desproporcionalmente subempregados ou desempregados. O Transtorno de Déficit de Atenção e

Hiperatividade também pode prejudicar os relacionamentos interpessoais ao longo da vida, incluindo aqueles com familiares, colegas e parceiros românticos. Indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade geralmente têm maior dificuldade em regular seu comportamento no contexto de grupos do que em situações individuais.

- O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade frequentemente co-ocorre com outros Transtornos do Neurodesenvolvimento, incluindo Distúrbios do Desenvolvimento da Fala ou da Linguagem e Tiques Primários ou Transtornos de Tique, que são classificados no Capítulo sobre Doenças do Sistema Nervoso, mas listados em Distúrbios do Neurodesenvolvimento. O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade está associado a um risco aumentado de Transtorno Obsessivo-Compulsivo e a taxas elevadas de epilepsia. Desregulação emocional, baixa tolerância à frustração e falta de jeito sutil e outras anormalidades neurológicas menores ("suaves") no desempenho sensorial e motor na ausência de qualquer patologia cerebral identificável também são comuns no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.
- O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade está associado a um risco aumentado de problemas de saúde física, incluindo acidentes.
- O início agudo do comportamento hiperativo em uma criança ou adolescente em idade escolar deve levantar a possibilidade de que os sintomas sejam melhor explicados por outro transtorno mental ou por uma condição médica. Por exemplo, o início abrupto de hiperatividade na adolescência ou na idade adulta pode indicar um Transtorno Psicótico Primário ou Transtorno Bipolar emergente.
- Embora o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade tenda a ocorrer em famílias com evidência de alta hereditariedade, o padrão de sintoma predominante no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em um determinado indivíduo geralmente muda com o tempo e não pode ser previsto com base nos sintomas predominantes de outros membros da família.

Limite com Normalidade (Limiar):

- Sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade estão presentes em muitas crianças, adolescentes e adultos, especialmente durante certos períodos de desenvolvimento (por exemplo, primeira infância). O diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade requer que esses

sintomas sejam persistentes a longo do tempo, generalizados em todas as situações, significativamente fora do nível de desenvolvimento e tenham um impacto negativo direto no funcionamento acadêmico, ocupacional ou social.

Características do curso:

- Quase metade de todas as crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade continuará a apresentar sintomas na adolescência. Preditores de persistência na adolescência e na idade adulta incluem: Distúrbios Mentais, Comportamentais ou do Neurodesenvolvimento co-ocorrentes, funcionamento intelectual inferior, funcionamento social deficiente e problemas comportamentais.
- Os sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade tendem a permanecer estáveis ao longo da adolescência, com aproximadamente um terço dos indivíduos diagnosticados na infância continuando a apresentar prejuízos na idade adulta.
- Embora os sintomas de hiperatividade se tornem menos evidentes durante a adolescência e a idade adulta, os indivíduos ainda podem ter dificuldades com desatenção, impulsividade e inquietação.

Apresentações de Desenvolvimento:

- Adolescentes e adultos só podem procurar serviços clínicos após os 12 anos de idade, uma vez que os sintomas se tornem mais limitantes com o aumento das demandas sociais, emocionais e acadêmicas ou no contexto de uma evolução concomitante de Transtornos Mentais, Comportamentais ou Neurodesenvolvimentais que resultam em uma exacerbação do Déficit de Atenção Sintomas do Transtorno de Hiperatividade.

Recursos relacionados à cultura:

- Os sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade caem consistentemente em duas dimensões separadas em todas as culturas: desatenção e hiperatividade/impulsividade. No entanto, a cultura pode influenciar a aceitabilidade dos sintomas, bem como a forma como os cuidadores respondem a eles.

- A avaliação da hiperatividade deve levar em consideração as normas culturais de idade e comportamento apropriado ao gênero. Por exemplo, em alguns países, o comportamento hiperativo pode ser visto como um sinal de força em um menino (por exemplo, 'sangue fervendo') enquanto é percebido de forma muito negativa em uma menina.
- Sintomas de desatenção ou hiperatividade/impulsividade podem ocorrer em resposta à exposição a eventos traumáticos e reações de luto durante a infância, particularmente em populações altamente vulneráveis e desfavorecidas, inclusive em áreas pós-conflito. Nesses ambientes, os médicos devem considerar se o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é justificado.

Recursos relacionados a sexo e/ou gênero:

- O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é mais comum em homens.
- As mulheres são mais propensas a apresentar sintomas de desatenção, enquanto os homens são mais propensos a apresentar sintomas de hiperatividade e impulsividade, particularmente em idades mais jovens.

Limites com outros distúrbios e condições (diagnóstico diferencial):

- **Limite com Distúrbios do Desenvolvimento Intelectual:** A co-ocorrência de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e Transtornos do Desenvolvimento Intelectual é comum, e ambos os diagnósticos podem ser atribuídos se justificados. No entanto, sintomas de desatenção e hiperatividade (por exemplo, inquietação) são comuns em crianças sem Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade que são colocadas em ambientes acadêmicos que não condizem com suas habilidades intelectuais. Um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em indivíduos com Transtornos do Desenvolvimento Intelectual requer que os sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade sejam desproporcionais ao nível de funcionamento intelectual do indivíduo.
- **Limite com o Transtorno do Espectro Autista:** Anormalidades específicas na atenção (por exemplo, ser excessivamente focado ou facilmente distraído), impulsividade e hiperatividade física são frequentemente observadas em

indivíduos

com Transtorno do Espectro Autista e às vezes podem dominar a apresentação clínica. Ao contrário dos indivíduos com Transtorno do Espectro Autista, aqueles com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade não exibem déficits persistentes em iniciar e manter a comunicação social e as interações sociais recíprocas ou os padrões persistentes, repetitivos e inflexíveis de comportamento, interesses ou atividades que são a definição características do Transtorno do Espectro do Autismo. No entanto, a co-ocorrência desses distúrbios é comum.

- **Limite com Transtorno do Desenvolvimento da Aprendizagem:** Indivíduos com Transtorno do Desenvolvimento da Aprendizagem sem Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade podem apresentar sintomas de desatenção e hiperatividade quando solicitados a se concentrar em atividades acadêmicas específicas que correspondem às suas áreas de dificuldade (ou seja, leitura, matemática ou escrita). Se a dificuldade em manter a atenção em tarefas acadêmicas ou modular adequadamente o nível de atividade ocorre apenas em resposta a essas tarefas e há evidências de limitações na aquisição de habilidades acadêmicas na área específica correspondente, um diagnóstico de Transtorno do Desenvolvimento da Aprendizagem e não de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade deve ser atribuído.
- **Limite com Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação Motora:** A co-ocorrência de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação Motora é comum, e ambos os diagnósticos podem ser atribuídos se justificados. Entretanto, a aparente falta de jeito em alguns indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (por exemplo, esbarrar em obstáculos, derrubar coisas) decorrente de distração e impulsividade não deve ser diagnosticada como Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação Motora.
- **Limite com Transtornos do Humor e Ansiedade ou Transtornos Relacionados ao Medo:** O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade pode co-ocorrer com Transtornos do Humor e Ansiedade ou Transtornos Relacionados ao Medo, mas desatenção, hiperatividade e impulsividade também podem ser características desses transtornos em indivíduos sem Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Por exemplo, sintomas como inquietação, andar de um lado para o outro e concentração prejudicada podem ser características de um Episódio Depressivo e não devem ser

considerados como parte do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, a menos que estejam presentes desde a infância e persistam após a resolução do quadro. Episódio Depressivo. Desatenção, impulsividade e hiperatividade são características típicas dos Episódios Maníacos e Hipomaníacos. Aomesmo tempo, a labilidade do humor e a irritabilidade podem ser características

associadas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Início tardio na adolescência ou na idade adulta, episódico, e a intensidade da elevação do humor característica dos Transtornos Bipolares são características que auxiliam na diferenciação do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Inquietação, inquietação e tensão no contexto de Transtornos Relacionados à Ansiedade ou ao Medo podem assemelhar-se à hiperatividade. Além disso, preocupações ansiosas oureações a estímulos que provocam ansiedade em indivíduos com Transtornos Relacionados ao Medo ou Ansiedade podem estar associadas a dificuldades de concentração. Para se qualificar para um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade na presença de um Transtorno do Humor ou Ansiedade ou Transtorno Relacionado ao Medo, desatenção e/ou hiperatividade não devem estar exclusivamente associados a Episódios de Humor, ser exclusivamente atribuíveis a preocupações ansiosas ou ocorrer especificamente em resposta a situações que provocam ansiedade.

- **Limite com Transtorno Explosivo Intermitente:** Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e Transtorno Explosivo Intermitente são ambos caracterizados por comportamento impulsivo. No entanto, o Transtorno Explosivo Intermitente é especificamente caracterizado por explosões impulsivas graves intermitentes ou agressão, em vez de impulsividade comportamental generalizada contínua que pode ser observada no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.
- **Limite com o Transtorno Desafiador de Oposição:** Indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade geralmente têm dificuldade em seguir instruções, cumprir regras e se relacionar com outras pessoas, mas essas dificuldades são explicadas principalmente por sintomas de desatenção e/ou hiperatividade- impulsividade (por exemplo, incapacidade de seguir instruções longas e complicadas, dificuldade em permanecer sentado ou em realizar uma tarefa). Em contraste, a não adesão em indivíduos com Transtorno Desafiador de Oposição é caracterizada por desafio ou

desobediência deliberados e não por problemas de desatenção ou de controle de impulsos comportamentais ou inibição de comportamentos inadequados. No entanto, a co-ocorrência desses distúrbios é comum.

- **Limite com Transtorno Dissocial de Conduta:** Em adolescentes e adultos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, alguns comportamentos que são manifestações de impulsividade, como agarrar objetos, dirigir imprudentemente ou tomar decisões impulsivas, como sair repentinamente de empregos ou relacionamentos, podem levar o indivíduo a um conflito com outras pessoas e com a lei. Em contraste, os indivíduos com Transtorno Dissocial de Conduta geralmente não apresentam os sintomas de desatenção e hiperatividade e exibem um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual os direitos básicos dos outros ou as principais normas, regras ou leis sociais apropriadas à idade são violados. No entanto, a co-ocorrência desses distúrbios é comum.
- **Limite com Transtorno de Personalidade:** Indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade frequentemente apresentam problemas com funcionamento psicossocial e relacionamentos interpessoais, incluindo regulação de emoções e emotividade negativa. Se o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade persistir na adolescência e na idade adulta, pode ser difícil diferenciá-lo do Transtorno de Personalidade com características proeminentes de Desinibição, que inclui irresponsabilidade, impulsividade, distração e imprudência, e Emocionalidade Negativa, que se refere a uma tendência habitual de manifestar uma ampla gama de emoções angustiantes, incluindo ansiedade, raiva, auto-aversão, irritabilidade e aumento da sensibilidade a estímulos negativos.
- **Limite com Transtornos Devidos ao Uso de Substâncias e os efeitos de certos medicamentos prescritos:** O abuso de álcool, nicotina, cannabis e estimulantes é comum entre indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, particularmente adolescentes e adultos. No entanto, os efeitos dessas substâncias também podem mimetizar os sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em indivíduos sem o diagnóstico. Sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade também estão associados aos efeitos de certos medicamentos prescritos (por exemplo, anticonvulsivantes como carbamazepina e valproato, antipsicóticos como risperidona e tratamentos somáticos como broncodilatadores e medicamentos de reposição da tireoide). A ordem temporal de início e a

persistência da desatenção, hiperatividade e impulsividade na ausência de intoxicação ou uso contínuo de medicamentos são importantes na diferenciação entre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e Transtornos Devidos ao Uso de Substâncias ou aos efeitos de medicamentos prescritos. Uma revisão dos medicamentos atuais e informantes que conheciam o indivíduo antes de começar a usar as substâncias ou medicamentos em questão são fundamentais para fazer essa distinção.

- ***Limite com sintomas de atenção devido a outras condições médicas:*** Uma variedade de outras condições médicas pode influenciar os processos de atenção (por exemplo, hipoglicemia, hipertireoidismo ou hipotireoidismo, exposição a toxinas, distúrbios do sono-vigília), resultando em sintomas temporários ou persistentes que se assemelham ou interagem com aqueles do Transtorno de Déficit de Atenção e

Hiperatividade. Como base para o manejo adequado, é importante avaliar nesses casos se os sintomas são secundários à condição médica ou são mais indicativos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade comórbido.

Fonte: CID-11 para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade (Versão: 01/2023)
<https://icd.who.int/browse11>

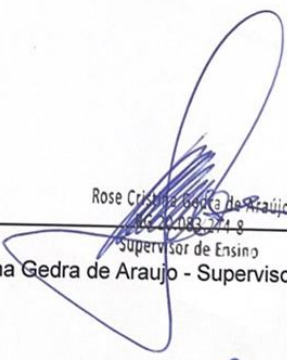
ANEXO D

Termo de aceite institucional II

Eu, ELYSÂNGELA TEIXEIRA SOARES DA FONSECA, aluna do Curso do Programa de Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas na Universidade Católica de Santos, realizado sob orientação da Prof. Doutora Luana Carramillo Going solicita à Diretoria Regional de Ensino – Região Santos a autorização de realização de coleta de dados referente à pesquisa “Professores dos anos finais do ensino fundamental e o processo de avaliação de alunos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: fundamento teórico-científico ou evidência comportamental?” de responsabilidade da pesquisadora autora da solicitação. O estudo envolve a realização de entrevistas através de aplicação de questionários, sendo os participantes da pesquisa professores dos Anos Finais do Ensino Fundamental da EE Marechal do Ar Eduardo Gomes e deverá cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. A pesquisa terá a duração de 30 dias com previsão de início em 01/06 e término em 30/06/2022.

Em acordo;

Santos, 30/05/2022.



Rose Cristina Gedra de Araujo
RG: 13.928.211-8
Supervisor de Ensino

Rose Cristina Gedra de Araujo - Supervisora de Ensino



João Bosco Arantes Braga Guimarães – Dirigente Regional de Ensino - Região Santos

João Bosco Arantes Braga Guimarães
RG: 13.928.211-7
Dirigente Regional de Ensino