

**FAAT – FACULDADES ATIBAIA
CURSO DE PEDAGOGIA**

ADNA POLANIA OLIVEIRA DA SILVA

**O DIAGNÓSTICO ERRADO SOBRE O DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE (TDAH)**

ATIBAIA 2017

**FAAT – FACULDADES ATIBAIA
CURSO DE PEDAGOGIA**

ADNA POLANIA OLIVEIRA DA SILVA

**O DIAGNÓSTICO ERRADO SOBRE O DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE (TDAH)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência parcial para obtenção do grau de Licenciatura em Pedagogia pela FAAT - FACULDADES, sob orientação do professor Marcos Roberto De Faria Bernardi.

ATIBAIA 2017

Dedico este trabalho primeiramente a Deus que iluminou o meu caminho durante toda essa caminhada, a pessoa mais importante da minha vida, minha querida e amada filha, que me mostrou que com um pouco de amor e carinho, tudo podemos conseguir...

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, e não somente nestes anos como universitária, mas em todos os momentos da minha vida, Deus é o maior mestre que alguém pode conhecer. Aos meus pais Antônio e Nina, que me apoiaram e incentivaram nas horas difíceis, de desânimo e cansaço, e estão do meu lado em todos os momentos. A minha filha, pessoa que mais amo partilhar a vida, obrigada pelo carinho, a paciência e por sua capacidade de me perdoar nos momentos que estive ausente. À minha família, pelo carinho e força que me dão, por estarmos sempre juntos nos momentos mais importantes, por "contar" com vocês!

Agradeço também a minhas queridas amigas Karol, Jessica e Thaíssa, com quem dividi a angústia das provas e a alegria das noites sem dormir e todos aqueles trabalhos loucos.

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e hiperatividade (TDAH) atualmente esta presente em muitos ambientes escolares e muitas das pessoas não conhecem suas características nem como lidar com essas crianças, levando os professores a procurar a ajuda de profissionais da Saúde Mental, e considerando o principal distúrbio psicológico em crianças. Os primeiros sintomas já aparecem desde o berço mais ficam mais fortes no período escolar, podendo persistir ao longo de sua vida. Muitas pesquisas foram feitas para descobrir a causa desse distúrbio, com este trabalho temos como objetivo fazer um estudo histórico sobre a evolução do TDAH e buscar saber como diferenciar as crianças normais das crianças com TDAH, pois vários diagnósticos errados podem acontecer se houver algum erro neste trajeto. Busca-se compreender a importância do diagnóstico diferencial já que o TDAH é facilmente confundido com outros distúrbios, e na maioria das vezes vem acompanhado de outros complexos. Conclui-se sobre a importância do preparo de educador para identificar constantemente o TDAH e prejudicar o aluno.

Palavras-chave: Histórico. TDAH. Diagnóstico. Medicamento.

SUMMARY

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is currently present in many school environments and many people do not know their characteristics or how to deal with such children, leading teachers to seek the help of Mental Health professionals, and considering the main psychological disturbance in children. The first symptoms already appear from the cradle more become stronger during the school period, and may persist throughout their life. Many researches have been done to discover the cause of this disorder, with this work we aim to make a historical study on the evolution of ADHD and seek to know how to differentiate normal children from children with ADHD, since several misdiagnoses can happen if there is some mistake in this path. It is sought to understand the importance of differential diagnosis since ADHD is easily confused with other disorders, and most of the time comes accompanied by other complexes. It concludes on the importance of educator training to constantly identify ADHD and harm the student.

Keywords: Historical. ADHD. Diagnostic. Medication.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURSO PEDAGOGIA

TERMO DE APROVAÇÃO

ADNA POLANIA OLIVEIRA DA SILVA

“O DIAGNÓSTICO ERRADO SOBRE O DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE (TDAH)”

Trabalho apresentado ao Curso de Pedagogia, para apreciação do(a) professor(a) orientador(a) Marcos Bernardi Farias, que após sua análise considerou o Trabalho _____, com nota _____.

Atibaia, SP, ____ de _____ de 201__.

Professor Marcos Bernardi

Vá firme à direção das suas metas, porque o pensamento cria,
o desejo atrai e a fé realiza.
Lauro Trevisan

Sumário

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 – ENTENDENDO O TDAH	13
1.1 Definição	13
1.2 Características gerais da criança com TDAH.....	16
CAPÍTULO 2 - TDAH E A ESCOLA	21
2.1 Como identificar um possível TDAH na escola	21
2.2 Qual o papel da escola?.....	24
CAPITULO 3 – INDISCIPLINA E TDAH.....	29
3.1 Por que “tudo virou TDAH”?.....	29
3.2 Danos causados pela medicalização ao desenvolvimento Infantil.....	33
Considerações Finais.....	37
Referências	40

INTRODUÇÃO

A proposta deste trabalho é analisar o Diagnóstico errado sobre o Déficit de Atenção e Hiperatividade, mostrando como esse diagnóstico errado pode dificultar o desenvolvimento das crianças que são erroneamente intituladas Hiperativas, tendo como objetivos identificar os principais danos de um diagnóstico errado, avaliar formas e alternativas para a aprendizagem das crianças e principalmente entender o que é TDAH, pois muitos professores não sabem o que seria e ficam rotulando qualquer criança por ser um pouco mais agitada.

Os desafios que a infância apresenta aos profissionais precisam de muito acompanhamento para que os resultados sejam satisfatórios e até superem as expectativas.

O transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é uma condição comportamental de grande incidência na infância e na adolescência. O TDAH é caracterizado basicamente por sintomas de desatenção e Hiperatividade e impulsividade. Os sintomas são responsáveis por muitos prejuízos na vida escolar dos jovens acometidos. (TEIXEIRA, 2016, p-20)

Como menciona Rohde et al.(2000), a história do termo TDAH começa na década de 40 com a designação "lesão cerebral mínima", e em 1962 foi modificada para "disfunção cerebral mínima", reconhecendo-se que as alterações características da síndrome relacionam-se mais a disfunções em vias nervosas do que propriamente a lesões nas mesmas.

CID-10 (1992), existem varias versões anteriores do CID-10 até estabelecer a versão atual onde classifica as doenças, o uso da CID torna mais fácil a realização de pesquisas sobre a incidência de determinado problema de saúde em um local ou em um grupo específico de pessoas. No curto período de dez anos o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade saiu da Obscuridade para ocupar os lares de várias crianças. Nos anos 80 ouvia-se falar o tempo todo sobre o assunto tanto em casa como na rua, mais o que parecia muito embora, alias ocorre ate agora, como se o TDAH fosse o distúrbio mais ocorrente entre as crianças.

Para Matos (2013), o transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade (TDAH) é um transtorno que aparece principalmente na fase escolar e por muitas vezes entendido como um diagnóstico de baixa morbidade sendo reconhecido como

uma condição importante não só pelo forte impacto funcional e social como também pela alta prevalência de comorbidades psiquiátricas.

“Déficits cognitivos globais e transtornos invasivos do desenvolvimento assim como transtornos do aprendizado são condições complexas que, quando estão associadas aos sintomas de TDAH, têm seus quadros agravados, requerendo maior atenção e estratégias de tratamento mais individualizadas”. (MATOS, 2013 p.351)

Para poder definir o TDAH (CYPEL, 2007), menciona que o conceito é bastante complicado e pode ter uma compreensão errônea, o diagnóstico das crianças desatentas e hiperativas sendo sustentadas por dois pilares fundamentais: os dados da história da criança e o obtido na avaliação clínica.

Para Nascimento (2009), as principais características do TDAH são o hiperativismo e a desatenção se mostrando excessivamente ativas e impulsivas. A lista de definição atual do TDAH inclui vários sintomas comportamentais divididos entre desatenção e hiperatividade que atinge cerca de 5 a 10% das crianças em idade escolar. Normalmente a criança com TDAH é desorganizada e comete erros por descuido, tem bastante dificuldade em se concentrar e seguir ordens, também é bastante esquecido e se distrai muito fácil. As crianças com TDAH estão abaixo dos testes de inteligência aplicados nas crianças de mesma idade.

Uma boa adaptação no ambiente escolar é muito importante, pois a presença de um ambiente confortável onde as crianças possam prestar mais a atenção faz com que a mesma desenvolva várias habilidades específicas esperadas para a idade. Quanto mais cedo se percebe os sintomas melhor para o desenvolvimento escolar da criança, onde se deve observar em casa como a criança se comporta e os sintomas que apresentam conversando com os pais.

Os professores precisam criar estratégias para melhorar a atenção das crianças com TDAH, e diminuir os prejuízos recorrentes na aprendizagem delas, colocando-as perto dele e interagindo com elas e criando rotinas, normas para a criança se encaixar mesmo tendo dificuldades para cumprir as regras, pois a criança sempre estará ligada, falante e dificilmente ficará quieta.

Assim após a avaliação clínica as crianças com TDAH são medicadas e começam a se portar melhor. “Os medicamentos em uso para o tratamento existem há mais de sessenta anos comprovando em alguns casos, um resultado positivo, sendo melhor que a terapia”(MOYSES, 2008 p.3).

Segundo Teixeira (2016), o medicamento é absorvido rapidamente pelo organismo a criança após a ingestão oral e age diretamente no cérebro, aumentando as concentrações de Dopamina e Noradrelina, duas substâncias chamadas também de neurotransmissores e naquele momento não estão na quantidade adequada para a criança portadora TDAH. Com a medicação as crianças se mostram mais disciplinadas.

Mas muitos casos de TDAH somente por avaliação psicológica, e não por uma avaliação clínica, sem que este seja feito através de vários exames neurológicos, as crianças são diagnosticadas por ser muito agitadas dentro e fora da escola e com isso esse tratamento pode ser prejudicial para seu desenvolvimento.

O diagnóstico de TDAH se inicia com uma extensa análise clínica que deve ser realizada por um especialista, que informa que nesse processo de avaliação se dá pelas características cognitivas, comportamentais e emocionais; pelo histórico familiar, desenvolvimento infantil, vida escolar, dificuldades e expectativas relacionadas às queixas feitas pelos pais e professores, entre outros fatores que possam estar relacionados à distração, hiperatividade, agitação e impulsividade.

As crianças com TDAH merecem uma atenção especial para diagnosticar e fazer o tratamento adequado para cada caso e sintomas com ou sem Hiperatividade, pois essas crianças são diferentes das demais e precisam sempre de atenção e de cuidados.

Neste trabalho buscou se verificar diversas metodologias de investigação e aprofundamento do assunto abordado, onde apresenta os pensamentos de diversos autores e seus trabalhos e como se desenvolveu mostrando os problemas encontrados nos ambientes escolares, apresentando as dificuldades da falta de conhecimento sobre o assunto e suas formas de como podem ser prejudicial no desenvolvimento das crianças.

Apresentado em três capítulos, no primeiro apresenta a definição de TDAH e suas características para entender melhor este diagnóstico, no segundo capítulo apresenta como identificar o TDAH e qual o papel da escola no desenvolvimento destas crianças para saber se a escola está preparada para recebê-los e no terceiro capítulo como tudo virou atualmente TDAH e os danos causados pela medicalização na vida das crianças e a importância deste medicamento no tratamento e desenvolvimento escolar delas.

CAPÍTULO 1 – ENTENDENDO O TDAH

1.1 Definição

O transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um transtorno de aspecto mental com alto índice entre crianças e adolescentes causando vários transtornos diariamente para os indivíduos.

Segundo Rohde (2000), as primeiras referências na literatura médica apareceram no meio do século XIX. Entretanto, vários nomes foram designados para classifica-lo, em meados da década de 40, surgiu a designação "lesão cerebral mínima", já em 1962, ela foi modificada para "disfunção cerebral mínima", onde se percebeu que as alterações características relacionam-se mais a disfunções das vias nervosas do que propriamente a lesões nas mesmas.

TDAH é, juntamente com o Transtorno Desafiador Opositivo e o Transtorno de Conduta, um dos três transtornos mais comuns no dia a dia profissional de pediatras, psicólogos e psiquiatras. Sua prevalência é estimada em 3% a 6% da população infantil geral, mas outros estudos encontraram índices de prevalência com ampla variância (de 3% a 26%) no mesmo tipo de população. (GRAEFF & VAZ, 2008 p.341-361)

O TDAH tem várias definições, uma delas afirma que é um transtorno no desenvolvimento do autocontrole, marcado por déficits referentes aos períodos de atenção, ao manejo dos impulsos e ao nível de atividade.

Segundo CID 10(1992), a Classificação Internacional das Doenças na décima versão, da Organização Mundial da Saúde, a CID é uma classificação de doenças que podem ser definidas como um sistema de categorias atribuídas a entidades mórbidas segundo algum critério estabelecido. O CID-10 é a Décima e última Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de problemas relacionados à saúde, de uma série que se iniciou em 1893 como classificação de Bertillon ou Lista internacional de causas de morte.

Araujo & Neto (2014), o DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) criado em 1952, como uma alternativa à Classificação Internacional das Doenças (CID), na época em sua sexta versão, produzida pela Organização Mundial da Saúde. Desde então tem como objetivo tem sido normalizar e homogeneizar a classificação psiquiátrica, tendo várias críticas por não ser muito confiável sendo conhecidas até agora seis de suas versões – I, II, III, III-R, IV e IV-TR.

Para Nascimento (2009), a CID-10 e o DSM-IV são sistemas classificatórios para a psiquiatria onde varias crianças desde o berço apresentam alguns sintomas e quando chegam à fase escolar isso se torna mais aparente.

Segundo Teixeira (2016), em 1937, o médico americano Charles Brandley compartilhou um estudo que mostrava uma melhora no desenvolvimento das crianças com problemas de comportamento através da medicação na impulsividade e na agressividade e essa patologia foi chamada de “lesão cerebral mínima” ate o final da década 1950, em 1960, a médica Stella Chess a classificou de síndrome da criança hiperativa. Nos anos posteriores surgiram varias nomenclaturas para essa síndrome como: “a disfunção cerebral mínima e reação hipercinética da infância” nomenclatura que prevaleceu por mais de dez anos e em 1980 foi escrito o primeiro manual de diagnostico e estatística dos transtornos mentais.

Segundo Caliman (2008), em 1994, o quarto volume do Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais - DSM IV (American Psychiatric Association - APA) quando publicado o transtorno do TDAH foi definitivamente reconhecido. Especialmente nos Estados Unidos da América, mostrando seus sintomas e o tratamento do TDAH tornou-se uma necessidade vinculada à gestão social. Em 2004, o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade foi oficialmente reconhecido, através da Resolução 370 (Estados Unidos da América, 2004), como um dos transtornos mais graves e importantes da saúde pública.

Para Souza Neto (2006), no Brasilo CID – 10, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade está no grupo de transtornos que aparecem os primeiros sintomas durante a infância principalmente nos primeiros anos de vida sendo caracterizado pela falta de atenção nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e muitas vezes não terminando os deveres escolares, associados a uma atividade global desorganizada, sem coordenação e bastante excessiva.

Para Graeff & Vaz (2008), a história do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade ultrapassa 1º século, o primeiro trabalho sobre o tema, escrito pelo médico escocês Alexander Crichton, em 1798, fala dos aspectos encontrados com a desatenção apresentados pelos jovens que se assemelham bastante aos que foram apresentados pelo DSM-IV para o tipo desatento do TDAH. A inclusão na Segunda edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais – DSM-II (American Psychiatric Association, 1968), como Distúrbio de Reação Hipercinética da Criança, sem dúvida foi um dos mais significativos dentre

os marcoda história. No período da publicação, os pesquisadores davam mais atenção aos sintomas de hiperatividade; mas alguns estudos da década de 70, foram responsáveis pela nomenclatura de Distúrbio de Déficit de Atenção, em 1980, no DSM – III.

No manual de 1980, os sintomas poderiam, ou não, ser acompanhados pela hiperatividade; logo, ocorreu um desvio no foco da patologia, pois o prejuízo maior era causado pelo sintoma de desatenção e não pela hiperatividade. (ROHDE & KETZER, 1997 p. 232-243).

Segundo Phelan (2005), o TDAH veio a ter um maior entendimento ou reconhecimento no começo dos anos 80, quando pais de crianças com TDAH e também profissionais da saúde mental começaram a ouviam falar do assunto. Mas atualmente o TDAH já esta presente em todos os ambientes da mídia e já passou a fazer parte do nosso vocabulário diário no ambiente escolar, hoje muitas crianças já estão sendo medicadas e tratadas de forma correta.

A sigla DA/HI é apenas a mais recente das mudanças de nome atribuídas ao déficit de atenção nos últimos anos. O grande problema em criar rótulos para designar alterações comportamentais é que eles acabam sendo um reflexo do nível de conhecimento sobre aquele assunto em um dado momento e, por isso mesmo, quase nunca refletem a verdade que de fato ocorre nestas alterações. (SILVA, 2003, p.16)

Segundo Benczik (2000), esse transtorno é essencialmente caracterizado pela dificuldade de manter atenção, pela agitação e inquietude, o que muitas das vezes pode ser diagnosticado como hiperatividade e impulsividade. Esses sintomas são mais presentes e mais intensos e severos do que os comportamentos similares presentes em crianças da mesma idade e nível desenvolvimento mental, sendo mais complexo nas crianças sendo mais desatentas e impulsivas tendo em vista ser bastante comum as crianças apresentarem um comportamento mais ativo.

Diante da leitura dos autores, acima citados, pode-se perceber que nenhum dos termos era exato ou mesmo concreto, quanto à origem ou às diversas manifestações do comportamento DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção). Isso ocorre por várias razões, mas a mais convincente deve-se à ampliação da percepção dos sintomas dessa alteração comportamental, dando destaque especial ao déficit de atenção que era subvalorizado em função da hiperatividade e da impulsividade. Atualmente se sabe que a desatenção é o núcleo básico, comum e unificador desse tipo de funcionamento mental.

1.2 Características gerais da criança com TDAH

Vários critérios são usados para o Diagnóstico Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade entre eles seis ou mais sintomas de desatenção se destacam em um grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento.

Tais comportamentos, dependendo da intensidade e da frequência, são característicos do TDAH. O DSM IV apresenta sintomas que devem ser apresentados para que seja identificado como uma pessoa como portadora do TDAH. Segundo o Manual de Diagnósticos e Estatísticas, em sua quarta edição (apud ROHDE e BENCZIK, 2000; SILVA, 2005; PHELAN, 2005; MATOS, 2013 p. 26947), o TDAH é subdividido em três tipos:

I) “Transtorno do Déficit de Atenção do Tipo Predominantemente Desatento: Este tipo de TDAH é mais identificado no sexo feminino e é percebido quando os sintomas de desatenção são mais predominantes. Ele está associado a maiores dificuldades de aprendizagem e, por este motivo, muitas crianças são vistas como lentas no aprendizado e acabam recebendo muitos rótulos, tais como: “lerdas”, “demoradas”, “burrinhas”, entre outros”.

II) “Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade do Tipo Predominantemente Hiperativo/Impulsivo: É identificado quando os sintomas de hiperatividade e impulsividade são mais marcantes. Geralmente, crianças que apresentam este tipo de TDAH têm maiores dificuldades de relacionamento com amigos, colegas, apresentam mais problemas de comportamento e são impopulares. Suas ações parecem ser involuntárias e não apresentam domínio do próprio corpo, pois primeiro fazem e depois pensam”.

III) “Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade do Tipo Combinado: as crianças que apresentam este tipo de TDAH têm muitos dos sintomas da desatenção, da hiperatividade e da impulsividade no mesmo grau de intensidade. Este tipo apresenta maior prejuízo global de funcionamento na vida da criança”.

Segundo Teixeira (2016), o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma das causas que mais ocorre entre as crianças chega a ser de 5 a 10% entre elas mostrando a dificuldade de aprendizado de natureza neurobiológica que as crianças com TDAH possuem e pode acarretar sérios prejuízos no rendimento escolar e na capacidade de se apropriar da aprendizagem adequada da leitura, escrita e matemática. O diagnóstico deve ser realizado o mais rápido possível para não criar déficit de conteúdo e futuros distúrbios de aprendizagens. O

tratamento TDAH sempre deve envolver uma abordagem interdisciplinar com uso de medicações, psicoterapia e intervenções nos atrasos de desenvolvimento, como estratégia fundamental para sempre adotar formas e meios pedagógicos para aperfeiçoar e melhorar o engajamento da criança com TDAH.

Segundo DuPaul & Storer (2007), as características principais TDAH podem levar a diversas dificuldades para as crianças dentro da sala de aula, onde muitas vezes as crianças têm problemas para manter a atenção e a concentração nas atividades deixando vários trabalhos pendentes. Seu trabalho na sala de aula também pode ser comprometido pela falta de atenção nas instruções das tarefas ou em executar testes e trabalhos escritos e assim podem atrapalhar os colegas.

Já para Matos (2013), ao apresentar os sintomas de um transtorno como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), também com o sistema preceptor (atenção) e motor (Hiperatividade), e também várias perturbações, de modo geral, essa perturbação também se caracteriza por uma desorganização das crianças no seu desenvolvimento no ambiente, de sua relação com o espaço e com o tempo. Clinicamente, no entanto, é insuficiente localizar a função perturbada para uma explicação e orientação do tratamento.

Segundo Benczik (2000), o TDAH é um transtorno no desenvolvimento do autocontrole, sendo mostrado através dos referentes períodos de falta e grande déficit atenção, ao manejo dos impulsos e ao nível de atividade. Além disso, muitas características são comuns em crianças com TDAH que apresentam também outros sintomas, como baixa tolerância à frustração, troca contínua de atividades, dificuldade de organização e presença de sonhos diurnos, esse transtorno pode também estar relacionados os fracassos escolares, as dificuldades emocionais e dificuldades de relacionamento em crianças e adolescentes.

A psiquiatria biológica atual vê o TDAH a partir do discurso ideológico da naturalização das patologias e da consideração de uma realidade independente do sujeito. (MATOS, 2013 p.343)

Segundo Guardiolla (2000), a expressão "desordem de atenção" com ou sem hiperatividade (DSM-III, 1980), foi criada mudando depois para "transtorno de hiperatividade com déficit de atenção" (DSM-III-R, 1987), designação mantida no DSM-IV (1994). Depois uma recente revisão do DSM-IV (1994) fora mencionando três subtipos de TDAH: "a desatenção predominante; Predominante hiperatividade e combinação de ambos". Novos diagnósticos foram sendo apresentado ao longo dos

anos, como a “escala de avaliação global das crianças” e o que também poderia se encaixar bem em outro diagnóstico, como transtorno comportamental, distúrbios oposicionais contestáveis e transtorno de ansiedade, deixando bem claro que esse critério não é suficiente para fazer um diagnóstico preciso necessita de exames médicos neurológicos para poder fazer uma conclusão precisa.

Como podemos observar até agora, podemos identificar com características gerais do TDAH:

- Dificuldade de concentração prolongada em quaisquer tarefas.
- Dificuldade de aprendizado de natureza neurobiológica.
- Perturbações do sistema preceptor (Atenção) e motor (Hiperatividade).
- Má coordenação motora
- Dificuldade de concentração
- Dificuldade de manter a atenção
- Interferir nas atividades de outras crianças
- Temperamento explosivo
- Medo não ser aceito pelos colegas de escola
- Perturba outras crianças
- Dificuldade em aprender
- Exame neurológico evolutivo sem assimetria
- Discrepante evolução neurológica exame, desenvolvimento, abaixo do esperado, em equilíbrio estático.
- Coordenação apendicular, sensibilidade e gnose, persistência motora. (PEREIRA et al., 2005 p.392)

Segundo Souza et al. (2007), as crianças com sintomas de TDAH apresentando déficits cognitivos, transtornos invasivos do desenvolvimento ou transtornos de aprendizado, constituem um grupo com significativo comprometimento funcional, representando assim um desafio médico na saúde mental na infância e adolescência. “[...] A limitação dos sistemas classificatórios atuais em psiquiatria infantil contribui para a dificuldade na realização do diagnóstico das comorbidades, uma vez que não abrange a complexidade de quadros clínicos tais como observados na prática clínica. Os desenvolvimentos de um acompanhamento médico dos sintomas de desatenção e de hiperatividade-impulsividade parecem representar uma estratégia terapêutica importante nesses casos, mesmo tendo dificuldades para as diretrizes estabelecidas”.

É importante que o profissional leve em conta que as características primárias da patologia podem ser observadas em muitas crianças, em várias circunstâncias, sem que se trate necessariamente do TDAH. (BENCZIK, 2000 p.29)

Segundo Rohde et al. (2004), existem poucas diferenças entre o TDAH e a normalidade, que configura um quadro clínico importante, responsável por muitos diagnósticos equivocadamente firmados, que chegam a ambulatórios especializados

dos serviços de saúde. “A dificuldade em definir um ponto de corte entre esses dois parâmetros parece configurar uma dificuldade central para o clínico”.

Para o DSM – IV são Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção, por pelo menos seis meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento.

DESATENÇÃO:

- (a) frequentemente perda de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
 - (b) com frequência têm dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
 - (c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
 - (d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);
 - (e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
 - (f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
 - (g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);
 - (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
 - (i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.
- Quando seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos seis meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento.

HIPERATIVIDADE:

- (a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe demais na cadeira;
 - (b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
 - (c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);
 - (d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;
 - (e) está frequentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor";
 - (f) frequentemente fala em demasia.
- Impulsividade:
- (g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;
 - (h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;
 - (i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras). (DSM-5,2014 p.59).

Segundo Coutinho (2008), existe várias pesquisas afirmando que a correlação entre relatos de pais e professores é apenas modesta, e demonstram que a escola é o melhor relato quando se referem a comportamentos restritos a seu ambiente de origem (isto é, pais relatam sobre comportamento em casa e professores relatam sobre comportamento na escola). Principalmente crianças com TDAH que

frequentemente apresentam comportamentos distintos, de acordo com o ambiente em questão (escola ou casa), o que sugere que relatos de pais acerca de comportamento na escola podem ser pouco precisos.

Segundo Landskron (2008), muitas das profissionais escolares acrescentaram comportamentos que não pertencem ao quadro do TDAH, demonstrando confusão ou até mesmo falta de conhecimento sobre o transtorno, como pode ser verificado na descrição da professora F.: “... *aí ele queria se justificar, ele começa a gritar, gritar, gritar, gritar, gritar! (...) ele começa a gritar e a falar alto, também coisas do outro colega e coisas que ele também faz, né?*”. Sendo que para o Consenso Brasileiro de Especialistas sobre Diagnóstico do TDAH, comportamentos de irritabilidade e temperamento explosivo são considerados sintomas independentes do quadro e aparecem somente em casos mais graves ou em outros transtornos TDAH similares ou comórbidos.

Segundo Landskron & Spierb (2008,apud Davison, 2001) adverte que a diversidade na descrição da natureza do transtorno pode ajudar a explicar a tendência da sociedade a identificar precipitadamente comportamentos sem ruptura, sem compreensão sobre os sintomas de TDAH.

Segundo Bornardio & Mori (2013), os professores e muitos pais têm dificuldades em saber lidar com os problemas apresentados pelo TDAH e com os comportamentos inadequados dos alunos ao ambiente escolar, assim a escola acaba procurando um profissional da saúde especializado para obter respostas o mais breve possível tornando isso uma prática que já se tornou muito comum nas escolas.

Para vários autores, existem características específicas que definem o TDAH e que têm que ser levados em conta todas elas, mas o que torna mais concreto e aceito o diagnóstico são os exames clínicos. Muitos profissionais da educação encaminham as crianças por serem mal comportadas ou bagunceiras, mas somente o exame clínico confirma o transtorno nelas positivamente.

CAPÍTULO 2 - TDAH E A ESCOLA

2.1 Como identificar um possível TDAH na escola

O diagnóstico de TDAH em crianças e adolescentes, segundo os critérios do DSM-IV (2014), informa que os sintomas têm que estar presentes principalmente em dois ambientes: escola e casa. Apesar da importância do relato de pais e professores, esse tema tem sido pouco investigado.

Para Barkley (2002), as crianças com TDAH são diferentes das demais crianças elas tem um comportamento distinto aos sintomas. Neste sentido as crianças que apresentam TDAH ficam sempre abaixo do nível de inteligência escolar das outras crianças, porém essa diferença se deve mais provavelmente ao reflexo dos problemas impostos pelo TDAH nas habilidades de realizar testes do que na própria inteligência.

Segundo Souza et al. (2007), a criança quando tem uma boa adaptação escolar, o relacionamento interpessoal adequado com os colegas e as boas notas são consideradas crianças normais que cumprem os padrões esperados de uma criança em idade escolar. A presença de TDAH e também do transtorno do aprendizado (TA), muitas vezes os dois os diagnósticos em comorbidade, representam fatores de risco importantes para o mau rendimento escolar. Muitas vezes os sintomas podem ser entendidos como um fracasso para desenvolver habilidades específicas esperadas para a idade e escolaridade, na ausência de privação sensorial, doença neurológica ou déficit intelectual global significativo. Ainda hoje, as dificuldades acadêmicas experimentadas por portadores desses transtornos são frequentemente mal compreendidas e entendidas apenas como um reflexo de desmotivação ou mesmo falta de vontade, sendo muitas vezes ignorada a necessidade de uma investigação adequada para essas condições primárias.

Segundo DuPaul & Stoner (2007), as características principais do TDAH (isto é, desatenção, impulsividade e hiperatividade) podem desenvolver para as crianças muitos conflitos no ambiente escolar. Principalmente porque as crianças não conseguem manter a atenção na sala de aula e nas atividades que necessitam de muita concentração, a finalização de trabalhos independentes, que devem ser executados na carteira, é um tanto inconstante. Inúmeras vezes o desempenho na

sala de aula fica comprometido pela falta de atenção às instruções da tarefa, vários outros problemas acadêmicos associados a problemas de atenção incluem fraco desempenho em testes escolares, habilidades deficientes de estudo, cadernos, e trabalhos escritos que por muitas vezes se mostram desorganizado, e falta de atenção às explicações do professor e também as discussões em grupo.

Segundo Benczik (2002), a escola que seria perfeita para as crianças com TDAH na verdade seria aquela que valoriza o desenvolvimento global do aluno, reconhecendo e respeitando seus limites e dificuldades individuais, valorizando e promovendo o desenvolvimento da criatividade e da espontaneidade.

Segundo Souza et al. (2007), o tratamento dos sintomas de TDAH em comorbidade ao quadro clínico de TID é complexo, mostrando muita complexibilidade e sendo diferente de paciente para paciente. Alguns estímulos psicológicos podem ser uma boa opção para crianças portadoras desses transtornos, embora o seu desempenho nesse grupo seja menor do que naquele com desenvolvimento psicomotor normal e os efeitos colaterais sejam mais comuns. Um maior número de estudos sobre essa provável comorbidade se faz necessário para uma maior definição das melhores estratégias.

Os alunos com TDAH apresentam risco e dificuldades significativas em uma variedade de áreas funcionais. É como se problemas de desatenção, impulsividade e hiperatividade servissem como um "ímã" para outras dificuldades que, em alguns casos, são mais graves que os déficits principais do TDAH. (DUPAUL & STONER, 2007 p. 66).

Segundo Couto et al.(2010), os professores são os primeiros a sugerir que existe possível TDAH em crianças e adolescentes em idades escolares, reforçando a importância do conhecimento para um primeiro olhar da escola para tal diagnóstico. Algumas pesquisas e relatos mostram a que a relação entre os pais e os professores é bem modesta quando se trata do assunto, e apresentam melhor relato quando se referem a comportamentos restritos a seu ambiente de origem (isto é, pais relatam sobre comportamento em casa e professores relatam sobre comportamento na escola).

Segundo Phelan (2005), quando mais rápido forem detectados os sintomas melhor para seu tratamento, seja ele desde um astigmatismo, até mesmo um câncer, um distúrbio de aprendizado ou o Transtorno de Déficit de Atenção, é sempre preferível que se trate antes que a coisa se complique. As crianças mais novas são mais fáceis de recuperar e se adaptar a o tratamento, caso seu

Transtorno seja percebido já na pré-escola e tratado de maneira correta, essas crianças têm uma boa chance de se desenvolver de forma bastante normal e de evitar importantes problemas de autoestima.

Segundo Couto et al.(2010), vários sintomas se iniciam antes dos sete anos de idade, mas várias crianças só sejam diagnosticadas após a manifestação destes por alguns anos, podendo-se observá-los em situações como na casa, na escola ou no trabalho. O distúrbio só é reconhecido muitas vezes quando a criança está na idade escolar, pois é o período em que as dificuldades de atenção e inquietude são percebidas com maior frequência pelos professores.

Segundo Goldstein (2006), o TDAH muitas vezes é mal apresentado, como um tipo específico de problema de aprendizagem, mesmo sabendo que as crianças que apresentam TDAH são simplesmente capazes de aprender, mas têm dificuldades em se adaptar e ter boas notas devido ao quadro clínico de inquietude que apresentam, em que de 20% a 30% das crianças com TDAH também apresentam um problema de aprendizagem significativo, o que complica ainda mais a identificação correta e o tratamento adequado.

Segundo Landskron (2008), com base na história e pesquisas, entende-se que não existe uma natureza humana. Sempre existiram muitas queixas dos professores sobre as dificuldades de os alunos aprenderem a ler, a escrever e a se comportarem de forma disciplinada e participativa dentro da sala de aula, que mostra na realidade, fruto de um desajuste subjetivo, um descompasso entre a forma de pensar e de se relacionar com a informação entre o aluno suposto pelo docente e o aluno real.

Dados sugerem que o desempenho dos escolares com TDAH podem ter sofrido interferência de fatores característicos do próprio diagnóstico, como a desorganização, a hiperatividade e a alteração atencional, interferindo de forma direta na retenção da informação, prejudicando o processamento da informação auditiva e visual, como apontam os estudos que atribuíram alterações de processamento auditivo não a um déficit primário, mas à hipótese de que crianças com TDAH apresentam essas alterações como um fenômeno secundário à desatenção que apresentam.(CUNHA et al.,p.45-48, 2013).

Segundo Phelan (2005), as pesquisas e estatísticas ao que se refere ao TDAH demonstram que deve haver aproximadamente uma criança portadora desse transtorno em cada sala de aula. Assim apresentando esta pesquisa como uma regra geral para os professores, eles jamais têm que se sentir como o especialista

em TDAH de sua escola, pois várias crianças com TDAH na mesma sala de aula podem transformar o ano escolar em um pesadelo.

Na escola, o profissional tem que perceber os sintomas das crianças e identificar se ela está dentro do perfil pois muitas escolas não sabem como lidar com esse transtorno ou até mesmo com crianças mal comportadas e acabam rotulando-as para que sejam tratadas e assim a instituição de ensino têm um motivo para o fracasso escolar.

2.2 Qual o papel da escola?

O papel da escola é fundamental para o desenvolvimento da criança, incluindo o desenvolvimento social e de linguagem, principalmente para as que são portadoras de TDAH.

Segundo Silva (2005), as crianças precisam ter a convivência com os colegas da mesma idade e criar vínculos afetivos e aprender a lidar com regras, com a estrutura e com os limites de um ambiente escolar, pois a escola representa a sociedade em que irão viver quando chegarem à idade adulta e por esse motivo, o encaminhamento da escola seja tão relevante aos pais, pois a maior parte do dia a criança passa dentro da escola, convivendo com outras crianças da mesma faixa etária.

Segundo Cypel (2007), as escolas estão mais acostumadas a trabalharem com as crianças consideradas comuns (normais), com um nível de capacidade diferente das crianças com TDAH ou algum outro transtorno, ou seja, com boa produção no aprendizado e bom comportamento. Mesmo com os professores e orientadores pedagógicos possam estar preparados, quando surgem um ou dois hiperativos em uma classe, em geral, cria-se uma situação problemática.

Para Teixeira (2016) os professores têm que criar estratégias na sala de aula para melhorar a forma de fazer as crianças prestarem a atenção e diminuir os prejuízos decorrentes de comportamentos hiperativos, assim facilitando a aprendizagem, estabelecendo rotinas, criando regras dentro da sala de aula, comunicação entre a escola e a casa pela agenda escola, deixando sempre a criança sentar na frente próximo ao quadro e ao professor para que assim ela possa prestar a atenção na explicação do professor sem atrapalhar os outros alunos, começar a aula com as matérias mais difíceis, pois ainda não estarão cansados e

ficarão mais interessados e assim aprenderão mais, e também fazer algumas paradas para descanso sem tirar muito do ciclo da aula.

(...)Atualmente, muitos professores não estão adequadamente preparados para lidar de fato com essas crianças, mesmo após frequentar oficinas ou consultar a literatura relevante.(DUPAUL&STORNER,2007 p.21).

Segundo Andrade (2002), alguns professores podem não estar preparados e podem não saber como lidar com o assunto, pois os demais alunos podem dar um pouco de trabalho tanto quanto os hiperativos não podendo focar somente nos alunos com algum tipo de transtorno, principalmente com uma sala de aproximadamente 30 alunos ou mais. De fato é extremamente difícil um professor conseguir dar atenção individualizada e também acompanhar de perto as dificuldades de cada um. Por isso, no estresse do dia a dia, mandar o bagunceiro para o corredor é, sem dúvida, a maneira mais fácil de restabelecer a ordem na sala.

Segundo Seno (2010), o TDAH vem chamando bastante a atenção dos educadores e assim se tornando um fator preocupante, principalmente na idade escolar. Nesse período, a criança tem seu primeiro contato com a leitura e escrita, sendo necessário que preste mais atenção e concentração, a fim de que os objetivos pedagógicos propostos possam ser alcançados. Na idade escolar, crianças com TDAH têm um quadro maior de repetência, evasão, baixo rendimento acadêmico e dificuldades emocionais e de relacionamento social, e pessoas que apresentam sintomas de TDHA na infância têm uma maior probabilidade de desenvolver problemas relacionados com comportamento.

Para Silva (2005), as crianças com o TDAH, acabam sempre encontrando dificuldade no envolvimento social. Por não conseguirem, acabam por consequência sendo excluídas dos grupos a que pertence no ambiente escolar, ficando bastante visível a exclusão, e assim os comportamentos como a agressividade e a impulsividade, acabam ocasionando o isolamento social destas crianças. Nestes casos, as professores que muitas vezes desconhecem as manifestações do transtorno, acabam julgando os pais destas crianças como relapsos com relação à educação dos filhos e incapazes de estabelecer limites. Infelizmente, muito disso ainda é muito encontrado e, talvez, falte um pouco de informação e divulgação sobre as manifestações e orientações de como lidar com as crianças que apresentam algum tipo de transtorno.

Para Rangel Júnior (2011), o déficit escolar tende a afetar o status social do aluno no ambiente escolar, uma vez que a comparação leva aqueles que não atingem níveis esperados de desempenho a sentirem ruínas ou até mesmo incapazes entre os demais colegas. O sentimento de baixa autoestima começa a se manifestar dentro dessas crianças, criando o chamado “círculo vicioso do fracasso” que o leva a ter consequências psicológicas e sociais posteriormente. A falta de conhecimento do professor e da equipe pedagógica em relação ao TDAH é apontada por vários autores, que apresentam crenças consideradas como errôneas em relação ao TDAH.

Já Barkley (2004), mostra que há uma resistência pública em aceitar que o TDAH seja de uma provável origem seja “neurogenética”. Assim mostrando o quanto é importante que grupo de educadores reconheça o caráter neurobiológico do TDAH para entender, que nem sempre os castigos serão eficazes.

Segundo Rohde (2000), as intervenções no âmbito escolar também são importantes. As intervenções escolares devem ter como objetivo o desempenho escolar, os professores deveriam ser sempre orientados para a necessidade de uma sala de aula bem estruturada, com rotinas diárias frequentes e ambientes escolares previsíveis para que as crianças possam manter o controle emocional, como estratégia de ensino que incorporem a atividade física com o processo de aprendizagem.

Segundo Medeiros (2003), as crianças que tem bastante dificuldade muitas vezes podem se achar incapazes de realizar determinadas tarefas escolares, e é para essas crianças que se tem que construir um ambiente para que elas possam se desenvolver e ter sucesso nas atividades e com isso melhorar o desempenho escolar. Crianças com diagnóstico de TDAH sempre apresentam um baixo rendimento escolar, apesar de essas crianças realizarem produções de qualidade média e buscarem de forma mais espontânea a interação e comunicação, julgavam-se com baixa capacidade para desempenhar com sucesso as atividades acadêmicas, sempre ligadas a um pré-julgamento estabelecido pelos professores que muitas vezes deixam de buscar soluções.

Os alunos com diagnósticos de TDAH e com outras dificuldades de aprendizagem sofrem também com a coerção dos professores, não somente por terem um histórico de fracasso escolar, mas também por pertencer a uma categoria considerada “diferente” dos demais alunos. Como a maioria dos professores são despreparados para ensinar essas

crianças, usam a coerção para controlar seus comportamentos, prejudicando o aprendizado. (VIECILI E MEDEIROS, 2002 p.236).

Segundo Souza Neto (2006), as crianças que são diagnosticadas com TDAH precisam de uma atenção especial, necessitam serem ajudados para conseguir o máximo do seu potencial e poder se desenvolver no ambiente escolar, onde muitas vezes o próprio ambiente não o apoia e o encoraja para prosseguir. Os serviços especiais, como salas de apoio ou classes de aceleração para onde são encaminhadas crianças com dificuldades escolares não ajudam a desenvolver plenamente suas habilidades e nem os encorajam a aprender.

É importante que o profissional leve em conta que as características primárias da patologia podem ser observadas em muitas crianças, em várias circunstâncias, sem que se trate necessariamente do TDAH. (BENCZIK, 2000 p.29)

Segundo Rohde et al. (2000), a compreensão sobre como a criança consegue seguir as regras e respeitar o professor dentro da sala de aula auxilia o entendimento do clínico sobre como a criança está lidando com suas dificuldades, e ainda existem estudos que alertam sobre a possibilidade de os professores aumentarem o que realmente ocorre com as crianças TDAH. Mas mesmo assim, a escola ainda é uma fonte muito valiosa de informação, tanto no processo diagnóstico como na avaliação do tratamento. No momento que a criança começa o tratamento, a evolução do paciente é percebida pelos professores de forma tão perceptível quanto pelos pais, a união dos dois pode melhorar ainda mais esse resultado.

Segundo Silva (2003), a criança esta sempre distraída, pois tudo a chama a atenção, muitas vezes os próprios professores que elas têm “cabecinha de vento”, características que sempre estar presente no seu dia-a-dia, não que elas não queiram mudar isso, mas algo sempre a atrai e faz com que ela perca o foco diretamente. E essas crianças muitas vezes se encontram em escolas em que os professores não estão preparados para atendê-los e criar mecanismos que possam fazer com que essa criança possa se desenvolver cada vez mais.

Segundo Rohde (2004),deveriam criar um programa de treinamento para os pais para que eles possam aprender e saber como lidar com seu filho, e é importante que eles conheçam as melhores estratégias para o auxílio de seus filhos na organização e desenvolvimento das atividades escolares como um ambiente calmo e silencioso para ele poder realizar os deveres sem distrações e assim poder se desenvolver melhor dentro e fora da escola.

Para Bonardio (2013), no espaço escolar observamos a prática pedagógica do professor, ouvimos os relatos dos pais e dos professores das crianças selecionadas para o estudo; debruçamo-nos em clássicos e em demais produções científicas com o objetivo de compreender nosso objeto de estudo: as implicações do diagnóstico de TDAH na prática pedagógica do professor.

Para Rodheet al. (2000), adiciona-se ao TDAH o rendimento escolar abaixo do esperado e que, não raro desencadeará problemas nas esferas afetiva e emocional e todos esses fatores colaboram para que a criança, no futuro, apresente graus variáveis de comprometimento funcional e social.

Segundo Cunha (2013), no contexto escolar que a inquietude e a impulsividade são interpretadas como falta de disciplina e a desatenção, como negligência, já que esses sintomas do TDAH são possíveis de serem observados desde cedo, ainda em fases anteriores à pré-escola^{8,9}. As dificuldades de atenção e de hiperatividade apresentadas por essas crianças podem comprometer seu desempenho acadêmico, pois o déficit de linguagem apresentado pode comprometer a aprendizagem do sistema de escrita alfabético, haja vista que habilidades subjacentes a esse processo, como as habilidades metalinguísticas, prejudicam essa aquisição.

Podemos depreender que o diagnóstico aqui também é insuficiente se nos mantivermos no nível fenomênico. Por exemplo: mesmo para profissionais que se valem dessa categorização, o diagnóstico é problemático e “a primeira dificuldade é a inexistência de testes físicos, neurológicos ou psicológicos que possam realmente provar a presença do TDAH numa criança ou num adolescente” (GRAEFF & VAZ, 2008, p.342).

Para Coutinho et al.(2008), relatos de pais e professores com frequência divergem quanto à classificação do TDAH por subtipos. Estudo com amostra clínica de crianças com TDAH demonstrou que taxas de concordância entre pais e professores eram melhores para sintomas de desatenção, transtorno de oposição e desafio (TOD) e transtorno de conduta (TC) do que para sintomas de hiperatividade.

A escola tem que criar ambientes favoráveis para o aprendizado das crianças com TDAH onde elas têm ficar perto do professor para poder prestar a atenção e assim não se distrair muito com o que o cerca pois tudo que existe ao redor de uma criança com esse transtorno a faz perder a atenção e atrapalhar seu rendimento dentro da sala de aula.

CAPITULO 3 – INDISCIPLINA E TDAH

3.1 Por que “tudo virou TDAH”?

Atualmente o sistema de ensino e algumas pedagogias tentam padronizar as crianças e acreditam que todas devem corresponder da mesma forma, e aquela criança que é diferente ou possui outro ritmo é vista como um problema ou como sendo a sua diferença o motivo para o fracasso escolar.

Segundo Castro (2009), as crianças com TDAH sempre apresentam alguma dificuldade emocional no relacionamento familiar e social além de um baixo rendimento escolar. O professor tem papel fundamental no processo de aprendizagem dessas crianças, pois várias crianças por serem um pouco mais agitadas, são rotuladas injustamente. Existem vários professores que desconhecem a condição do TDAH e como lidar com estes alunos em sala de aula, e diante disso várias crianças em idade escolar começam a ser tratada com essa síndrome sem possui-la. Neste caso, não se pode negar que muitas escolas irão se deparar com estes alunos e como poderão reconhecê-los sem estarem preparados. Em virtude desta problemática, devem encontrar diversas estratégias para serem utilizadas em sala de aula e também para pais e familiares destas crianças para poder reconhecer se realmente existe síndrome.

Segundo Nassiff (2016), é bem perceptível o despreparo do ambiente escolar e seus equívocos, desajustes relacionais e socioculturais, e estes podem ser utilizado para dar um motivo, uma causa, para as atitudes e comportamentos das crianças que assim acabam sofrendo a tensão causada por esses rótulos na sociedade e também no ambiente onde vivem.

Segundo Meira (2012), no cotidiano escolar as crianças que não se comportam ou com algum problema de aprendizagem já são consideradas com algum tipo de transtorno e assim acabam sendo encaminhadas para os serviços públicos e particulares de saúde para serem avaliadas e confirmadas se possuem algum problema neurológico. Nessa perspectiva se considera que crianças apresentem dificuldades escolares por causa de disfunções ou transtornos neurológicos (congenitas ou provocadas por lesões ou agentes químicos), que são considerados necessários para a aprendizagem destas crianças, como por exemplo,

a linguagem, a atenção, o raciocínio lógico, e seu desenvolvimento social entre muitos outros.

Um número cada vez maior de crianças tem sido rotuladas como tendo dificuldades de aprendizagem pelas escolas, como por exemplo o “aluno TDAH”, o “aluno com Retardo Mental”, onde são vítimas de representações sociais discriminatórias e estigmatizadas. A escola muitas vezes usa esse rótulo como justificativa para o fracasso escolar, evitando assim ser responsabilizada pelo rendimento inferior da criança, onde mais uma vez temos indícios da medicalização do fracasso escolar. (COLLARES,1982 p.15-16)

Para Barkley (2002), se pode considerar com um transtorno que afeta o desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controle do impulso e o nível de atividade. Esses problemas refletem em fazer com que a criança tenha dificuldade em controlar suas vontades ou em sua capacidade de controlar seu próprio comportamento relativo à passagem do tempo e com isso gera muitos conflitos e consequências no futuro. Não se trata apenas de uma questão de estar desatento ou hiperativo e sim se se estão dentro da fase certa da infância se já passaram pela fase probatória da infância. E com isso muitas pessoas acham que elas se comportam assim por falta de educação ou por serem crianças malvadas que não sabem se comportar.

Algumas etapas são fundamentais no processo de diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e temos que levar em conta, pois podem se diagnosticar a principio hiperativas crianças um pouco mais agitadas e que se portam mal.

Podem-se estabelecer assim algumas etapas fundamentais no processo de diagnóstico do transtorno do déficit de atenção:

1º Etapa: Procurar um médico especializado no assunto para que você possa expor suas ideias sobre a possibilidade de possuir esse tipo de funcionamento comportamental.

2º Etapa: Relacionar para ele suas dificuldades e desconfortos nas áreas acadêmicas, profissional, afetivo-familiar e social, citando exemplos situacionais claros.

3º Etapa: Verificar se esses problemas o acompanham desde a infância.

4º Etapa: Certificar-se de que suas alterações se apresentam em um grau (intensidade) significativamente maior quando comparado a outras pessoas de seu convívio, que se encontram na mesma faixa etária e em condições socioculturais semelhantes.

5º Etapa: Eliminar a presença de qualquer outra situação médica ou não médica que seja capaz de explicar as alterações apresentadas no seu comportamento, bem como os transtornos que lhes causam no dia a dia. (SILVA, 2003 p.125-126).

Segundo Collares e Moysés (2010), segundo algumas pessoas as crianças que são normais, saudáveis, mas que apresentam dificuldades nos processos de escolarização e nos modos de se comportar, crianças que manifestam

comportamentos e modos de aprender distintos do padrão uniforme e homogêneo considerado normal, aparece fora dos padrões da sociedade normalizada são diagnosticadas como doentes e começam a serem tratadas com medicamentos. Nas escolas é muito comum os professores auto diagnosticar uma criança e as encaminharem para um profissional da saúde para tratá-las e assim entrarem na rotina escolar e nos padrões normalizados por eles. As escolas sempre acham que sempre tem algo errado com o aluno mas não observam a si mesmos.

O tratamento com medicamentos para o TDAH é uma intervenção mais estudada na medicina do comportamento infantil. O Tratamento do TDAH deve envolver uma abordagem multidisciplinar associando o uso de medicamentos a intervenções psico educativas e psicoterápicas. . (TEIXEIRA, 2016,p. 65-67)

Segundo Goldstein (1998), uma única forma de tratar as crianças com TDAH não se mostrou muito eficiente no trato de todos os problemas experimentados pelas crianças hiperativas. “Educação, controle comportamental, orientação grupal, e individual, intervenção pedagógica, e medicação tem se mostrado um conjunto adequado de tratamentos para a hiperatividade”. Para se fazer uma boa avaliação e um controle do tratamento têm que ter tempo, dedicação, esforço e muita compreensão.

Segundo Collares e Moysés (1992), muitas crianças atualmente são encaminhadas para as unidades de saúde por se comportarem mal na escola e muitas vezes estas crianças já vão com um pré-diagnóstico, sendo os mais comuns os de desnutrição e os de distúrbios neurológicos, e que ainda façam pedidos de exames específicos para o tal motivo sugerido. Na grande maioria, constata-se o erro deste diagnóstico e nesta situação, quando as causas do não aprender não estão centradas na criança, é normal que a escola reaja ao diagnóstico, e quando não aceitam encaminham a novos especialistas até que de o resultado que a escola espera.

Para Dupaul & Stoner (2007), as pesquisas realizadas pelo autor mostraram que as crianças que estão utilizando a medicação melhoraram seu desempenho escolar e sua concentração, de maneira que seu raciocínio seja um pouco diferente de seus colegas. Mas também é importante falar que a medicação não é uma cura e sem o medicamento as crianças poderão voltar a ter os sintomas e mesmo a utilizando a criança terão altos e baixos “normais” em seu controle comportamental, apesar de apresentar uma boa resposta ao medicamento.

Segundo Cypel (2007), quando as consultas aos psicoterapeutas não influem no comportamento das crianças a medicação é a melhor medida sempre dando orientações aos pais e a escola. As combinações entre a medicação e as consultas clínicas podem ser indicadas desde o início do diagnóstico, pois assim pode-se melhorar a vida social escolar e também o ambiente em sua volta, pois a influencia das orientações passadas para os pais e para equipe pedagógica podem ser benéficas para a criança, sendo importante abrandar a inquietude e a impulsividade o mais rápido possível.

Segundo Dupaul & Stoner (2007), a medicação tem um efeito positivo em manter a atenção e controlar a impulsividade na sala de aula, as crianças com TDAH com a medicação ficam mais centradas e conseguem acompanhar os demais alunos da sala, além disso, esses medicamentos reduzem significativamente a atividade motora excessiva, especialmente os movimentos irrelevantes durante as tarefas escolares.

A medicação provocará uma melhoria na capacidade motora, no processamento de informações e na percepção de estímulos externos. O medicamento tem um início de ação rápido, e cerca de 30 minutos após a administração o portador de TDAH já é capaz de perceber os efeitos da substância: melhoria da capacidade tensional, diminuição do comportamento hiperativo, diminuição da inquietação e da agitação. (TEIXEIRA, 2016, p. 69).

Segundo Nascimento (2009), o tratamento com a medicação muitas vezes tem a capacidade de reequilibrar o sistema, melhorando o comportamento, a hiperatividade e o nível de atenção e de concentração da criança dentro e fora do ambiente escolar e assim melhoram significativamente no ambiente escolar. Com isso as crianças melhoram seu comportamento social também e aumenta seu ciclo de amizades. O mesmo acaba acontecendo no ambiente familiar. Por isso é importante que se identifique os sintomas bem cedo, pois assim a criança pode ter uma vida mais comum e se desenvolver no ambiente escolar com a medicação adequada.

As crianças com sintomas de TDAH com a medicação melhoram bastante e conseguem se concentrar e acompanhar a sala e também melhoram sua vida social dentro e fora da sala de aula, mas se têm que prestar bastante a atenção, pois existem escolas que auto diagnosticam uma criança por ter uma dificuldade em aprender e enquanto a escola não consegue rotula-la não a deixa tranquila e também não buscam outras soluções.

3.2 Danos causados pela medicalização ao desenvolvimento Infantil

Neste tópico vamos apresentar os danos causados pela medicação, exagerada e inadequada, pois se medicamos crianças sem ter um quadro clínico conclusivo, isso pode ser desastroso. Mas também as crianças com TDAH que não são medicadas podem ter um grande déficit social, pois não conseguem se adaptar com os colegas e acabam se excluindo por serem diferentes e agitados.

Nas últimas décadas as crianças que são diagnosticadas com doenças mentais têm crescido significativamente e as pessoas envolvidas acham normal, como médicos e professores, só que a medicação esta entrando na vida das crianças cada vez mais cedo e isso pode ser prejudicial à saúde.

Para Teixeira (2016), muitos estudos e pesquisas científicas se propõem a estudar os efeitos do transtorno de déficit de atenção hiperatividade na vida social das crianças e as consequências da medicação ao longo do tempo podem ser muito graves, principalmente nos casos onde o quadro clínico foi imposto pela escola pois para eles crianças com TDAH apresentam uma série de prejuízos no decorrer dos anos.

Segundo Meira (2012), o efeito que o metilfenidato exerce em crianças não está claramente estabelecido comportamental e psicologicamente, nem há evidência conclusiva que demonstre como esses efeitos se relacionam com a condição do sistema nervoso central, “a etiologia específica dessa síndrome é desconhecida e não há teste diagnóstico específico, o diagnóstico correto requer a investigação médica, neuropsicológica, educacional e social e ainda pode causar dependência Física ou psíquica”.

Segundo Dupaul & Stoner (2007), os efeitos colaterais agudos do MPH e de outros estimulantes tiveram relatos de falta de apetite e insônia e também que as crianças ficaram irritadas, com dores de cabeça, aflição estomacal e, em casos raros, tiques motores e vocais. Muitos dos casos a gravidade desses efeitos são baixos, mas com o aumento da dose eles podem se agravar, mas mesmo assim os médicos não suspendem a medicação. A justificativa que os médicos propõem era avaliar como a criança era antes do tratamento e se já tinha algum desses sintomas e se realmente está ligado à droga.

Para Brzozowski & Caponi (2015), além dos efeitos já conhecidos pelo uso do metilfenidato e ainda existem alguns aspectos controversos, tais como: interferência

do metilfenidato no crescimento, no potencial de abuso deste remédio já que ele faz parte dos chamados estimulantes do sistema nervoso central, do qual faz parte também a cocaína que é considerada uma droga que causa dependência.

Percebemos que isto é feito, dentre outras finalidades, para ampliar a performance ou o desempenho dos indivíduos, exigido tanto pelas escolas quanto pela economia de nossa sociedade. Tal exigência constitui-se na sociedade denominada normalizada (FOUCAULT, 2001- p. 26),

Segundo Collares e Moyses (1992), existem vários tipos de crianças e entre elas algumas se destacam, e muitas dessas crianças normais são transformadas em doentes e assim entram no mundo da medicalização por pessoas ao seu redor ou até mesmo pela escola. Este ocorrido vem crescendo a cada dia mais e assim as crianças que realmente precisam de atenção estão ficando despercebidas. “O processo de patologização é duplamente perverso: rotula de doentes crianças normais e, por outro lado, ocupa com tal intensidade os espaços, de discursos, propostas, atendimentos e até preocupações, que desalojam desses espaços àquelas crianças que deveriam ser os seus legítimos ocupantes”. E com isso as crianças com TDAH que realmente precisam de atenção e tratamento e estão misturadas as crianças normais que são injustamente medicadas para satisfação de alguns ambientes escolares.

Para Fiori (2005), a medicação em longo prazo pode trazer uma grande preocupação por seus efeitos na criança em relação aos efeitos que implica, das relações que produz, dos rótulos que se instalam e das dificuldades que o sujeito encontra a partir deles, determinados por uma série de obstáculos e sofrimentos que se interpõem na relação da criança com os colegas e também com os familiares assim trazendo certo constrangimento para eles.

Segundo Foucault (2001), a principal função do exame médico é tirar qualquer dúvida através de exames específicos, “a extensão do poder de punir a outra coisa que não a infração”. Este exame pode distinguir se a criança possui ou não algum tipo de déficit ou mesmo e do comportamento da criança. Assim, são tomadas medidas corretivas, de readaptação ou de reinserção, visando à cura e o desenvolvimento social da criança no ambiente onde esta inserida.

Brzozowski (2015), afirma que os medicamentos, incluindo o metilfenidato (cujo nome comercial mais conhecido é a Ritalina®), o mais utilizado no tratamento de TDAH diretamente no sistema nervoso central gerando estímulos mentais

espontâneos. Este medicamento tem ação direta nas conexões do cérebro onde geram os comportamentos, pensamentos e atitudes estas que fazem a criança se portar mais lento e assim concentrado. Para esse autor, “a utilização do metilfenidato é um tipo de lobotomia química”.

Para Hacking (2008), as crianças quando identificadas elas mesmo muitas vezes entendem o que está acontecendo e se adaptam ao tratamento e aos conselhos psicológicos, processo que o autor chamou de “efeito de arco”, que pode apresentar um ponto positivo, quando a classificação medica entra em acordo com a criança no sentido de exacerbar as características associadas a essa classificação, ou então negativo, quando elas muitas vezes negam e não querem se adequar aos procedimentos e começa uma luta para que ela se adapte ao tratamento.

De acordo com Brzozowski & Caponi (2015), para mostrar o sofrimento da humanidade cada vez mais cresce o número de doenças mentais e assim também o uso excessivo de medicamentos, que apresentam atualmente vários efeitos colaterais e até dependência química em alguns casos, e também a ocorrência de uso indevido de medicação em pessoas que muitas vezes não necessitam do uso, e assim as empresas de medicamentos lucram com esse diagnóstico, pois a venda de medicação em crianças e jovens vem crescendo mais a cada ano, e também a falta de conhecimento da nossa sociedade sobre esse uso e suas necessidades reais.

Segundo Conrad & Schneider (1992), com a medicalização a medicina tem tido um grande avanço no tratamento das crianças com TDAH, sinal do progresso com as crianças, mas muitas vezes esse progresso pode afetar o desenvolvimento psicológico e ate comportamental de crianças consideradas normais. As mudanças definidas como progresso, tem que ser avaliadas para que posteriormente não venham afetar as crianças socialmente, e também não as mudem completamente.

Segundo Moysés & Collares (1992, apud Davidson, 2001), a forma com que são realizados os diagnósticos, baseados em interpretações subjetivas de pais e professores sobre os comportamentos das crianças também é questionada, assim como também se levanta a preocupação com os possíveis efeitos colaterais e as consequências orgânicas e psicológicas da dependência de medicação em idade precoce. Finalmente, denuncia-se a existência de interesses econômicos e políticos por trás dos diagnósticos.

Para Brzozowski & Caponi (2015), a medicalização na vida cotidiana é capaz de transformar sensações físicas ou psicológicas normais (tais como insônia e

tristeza) em sintomas de doenças (como distúrbios do sono e depressão), e estes casos vem crescendo e assim criando uma “epidemia” de diagnósticos. Com o avanço da tecnologia se foi capaz de permitir a produção de equipamentos e testes capazes de fazer diagnósticos de indivíduos que ainda não apresentam sintomas de algumas doenças, aliados a alterações contínuas dos valores de referência utilizados para se diagnosticar doenças, têm como consequência principal a transformação de um grande numero de pessoas em pacientes potenciais.

De acordo Moysés & Collares (2010), entendemos por medicalização o processo por meio do qual são apresentados para averiguação médica pessoas com problemas que fazem parte do cotidiano escolar. Assim transformam problemas educacionais em causas medicas e a solução mais convincente para a sociedade é a medicação que se inicia no começo da idade escolar e pode se estender por toda a vida dos portadores de TDAH.

A medicina torna-se um saber-poder que “[...] incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores” (FOUCAULT, 2001 p. 212).

Contudo se a medicação não for observada os seus efeitos e como ela age no organismo das crianças podem ter vários conflitos entre a medicação e a criança não se pode permitir que uso abusivo de medicamentos interfira no futuro das crianças. Nos como educadores temos que procurar sempre compreender o desenvolvimento individual de cada criança e não sair as intitulado e muitas vezes rotulando a criança ate constatar o que queremos assim levando uma criança em desenvolvimento a ser medicada e ter sua vida afetada por algo que causa dependência.

Assim a resposta de cada criança ao medicamento deve ser levada em conta e os professore devem fazer parte de um papel importante na avaliação das alterações causadas pela medicação e assim sempre relatar ao medico como esta seu desempenho em sala de aula, pois a visão geral do tratamento é limitada, e seu efeito dependendo da dosagem é bem curto e tendem as crianças a se portarem de uma forma diferente em cada ambiente sendo necessário otimizá-las sobre a melhora gradual de seu comportamento tanto na escola quanto com os pais .

Considerações Finais

O desenvolvimento deste trabalho veio nos alertar sobre os perigos do diagnóstico errado sobre o déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), atualmente nas escolas e também como a instituição de ensino vem rotulando e muitas vezes não sabem lidar com esses alunos e com isso os profissionais da saúde vêm elevando a um aumento significativo do uso de medicamento nas crianças na fase escolar.

Por meio deste trabalho, se pode constatar que muitas vezes os professores não estão preparados para lidar com as crianças com TDAH ou até mesmo as crianças que são só agitadas e assim acabam julgando-as e assim diagnosticando e a tratando de forma diferente e assim mostrando que muitas crianças são diagnosticadas erroneamente e que este pode ser prejudicial para o desenvolvimento da criança e de como ela irá se portar futuramente, pois a medicação acaba sendo eternizada ao longo de sua vida muitas vezes melhorando seu comportamento socialmente.

Para realizar esse objetivo, no primeiro capítulo fizemos uma análise na história da educação, nas ocorrências sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, em diferentes vertentes Histórico-Cultural, ao mesmo tempo em que ampliou o olhar para as formas de diferentes nuances que envolviam o objeto de estudo, confirmou a importância da educação escolar como instrumento capaz de desenvolver a atenção e o controle voluntário do comportamento, favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento mental dos alunos, independentemente de seus diagnósticos e também as várias características que envolvem o TDAH e suas complicações caso um diagnóstico errado.

Já no segundo capítulo, mostramos o perigo da falta de conhecimento dos professores em relação a essas necessidades especiais e como lidar com elas e que isso pode ser muito prejudicial na formação acadêmica e social dessas crianças, causando prejuízos na aprendizagem e que o ambiente escolar tem que estar mais preparado para receber essas crianças e que os professores tem que saber lidar com essas comodidades e não somente sair rotulando as crianças e impondo a elas um diagnóstico. O professor no desenvolvimento escolar desses alunos é de grande importância, pois no momento em que assume o papel para a formação de uma

criança abre-se um leque de possibilidades e as crianças com TDAH precisam ter uma convivência com os colegas onde se criem vínculos afetivos e assim se desenvolver socialmente.

Por fim, no terceiro capítulo, analisamos o perigo da ideia de generalização das dificuldades de aprendizagem, a ideia de que tudo virou TDAH e assim a medicalização esta presente na vida das crianças uma das principais implicações das pesquisas sobre TDAH e o rendimento escolar são os efeitos que o diagnóstico pode trazer para a criança, como o fracasso escolar e a exclusão. Daí a extrema importância estar atento para a avaliação correta de cada criança. O diagnóstico de TDAH deve estar sempre bem avaliado por uma equipe da saúde mental, para que ocorra uma avaliação dos sintomas em relação ao que se espera de desenvolvimento da faixa etária a que a criança pertence. Para uma boa avaliação dos sintomas não basta apenas seguir os critérios diagnósticos, mas também ser feita uma avaliação da história de desenvolvimento da criança a partir de informações coletadas com os pais, professores e a própria criança, normalmente obtidas por entrevistas ou por métodos de avaliação tais como testes. Muitas crianças estão sendo medicadas e atualmente voltam a escola mais calmas e assim se enquadram no quadro das crianças perfeitas que os professores tanto almejam e assim eles preferem as crianças medicadas para poder controlar seu comportamento e desenvolvimento para ter algo para culpar pelo fracasso escolar e o despreparo das escolas.

Deve-se ter ainda muito cuidado para não rotular a criança de modo a interferir no aprendizado, ou até mesmo socialmente. Um diagnóstico mais preciso se faz necessário para comprovar a presença do TDAH ou de outros transtornos comórbidos. Apesar do diagnóstico do TDAH ser um tanto complexo por se basear em relatos de pais, professores e outros profissionais que possam contribuir com dados sobre a criança e sobre os sintomas específicos do transtorno, uma entrevista mais detalhada com um médico da saúde mental é necessário para seu diagnóstico, assim como a realização de teste neuropsicológico.

Os professores devem criar uma iniciativa de melhorar o desempenho acadêmico dos portadores de TDAH, mas não cabe só aos professores, mas deve ser algo que venha a ser mais incentivado pelo Sistema de Educação Brasileiro pois pouco se fala das deficiências e tem pouco trabalho para que ocorra uma melhor inclusão nas escolas, já que para a criança que tem uma alteração no

desenvolvimento da atenção, da impulsividade e da hiperatividade conseguir bom desempenho escolar é muito difícil, e que seus comportamentos são responsáveis por forma de ser e agir, e com estratégias mais amplas as praticas educativas possibilitam um melhor aproveitamento escolar devem ser garantidas por lei para essas crianças brasileiras.

Referências

- ANDRADE, E. R. (2002). **QUADRO CLINICO DO TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: PRINCIPIOS E PRATICAS EM TDAH.**Porto Alegre: Artmed.
- ARAUJO, A. C., & NETO, F. L. (2014).**A NOVA CLASSIFICAÇÃO AMERICANA PARA OS TRANSTORNOS MENTAIS – O DSM-5.** Acesso em 21 de Junho de 2017, disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v16n1/v16n1a07.pdf>
- BARKLEY, R. (2002). **TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH): GUIA COMPLETO E ATUALIZADO PARA OS PAIS, PROFESSORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE.**Porto Alegre: Artmed.
- BENCZIK, E. B. (2000). **TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: ATUALIZAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA.** Acesso em 02 de 04 de 2017, disponível em [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Ae-TN3wMqRwC&oi=fnd&pg=PA13&dq=Benczik,+E.+B.+P.+\(2000a\).+Transtorno+de+d%C3%A9ficit+de+aten%C3%A7%C3%A3o/hiperatividade:+atualiza%C3%A7%C3%A3o+diagn%C3%B3stica+e+terap%C3%Aautica.+S%C3%A3o+Paulo:+Casa+do+](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Ae-TN3wMqRwC&oi=fnd&pg=PA13&dq=Benczik,+E.+B.+P.+(2000a).+Transtorno+de+d%C3%A9ficit+de+aten%C3%A7%C3%A3o/hiperatividade:+atualiza%C3%A7%C3%A3o+diagn%C3%B3stica+e+terap%C3%Aautica.+S%C3%A3o+Paulo:+Casa+do+)
- BONARDIO, R. A. (2013). **TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE: DIAGNÓSTICO DA PRÁTICA PEDAGÓGICA.** Maringá: Eduen.
- BRZOZOWSK, S. F., & Caponi, S. N. (2013). **MEDICALIZAÇÃO DOS DESVIOS DE COMPORTAMENTO NA INFÂNCIA: ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS.** Acesso em 30 de Junho de 2017, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n1/v33n1a16>
- BRZOZOWSKI, F. S., & Caponi, S. (2015). **MEDICAMENTOS ESTIMULANTES: USO E EXPLICAÇÕES EM CASOS DE CRIANÇAS DESATENTAS E HIPERATIVAS.** Acesso em 23 de Junho de 2017, disponível em <http://stat.ijkem.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3365/4433>

- CALIMAN, L. V. (2008). **O TDAH: ENTRE AS FUNÇÕES, DISFUNÇÕES E OTIMIZAÇÃO DA ATENÇÃO.** Acesso em 02 de Abril de 2017, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a17.pdf>
- CID-10. (1992). **ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES AND RELATED HEALTH PROBLEMS**(Vol. 10ª edição). Genebra: OMS.
- COLLARES, C. A. (1982). **AJUDANDO A DESMISTIFICAR O FRACASSO ESCOLAR.** Acesso em 21 de Junho de 2017, disponível em http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_06_p024-028_c.pdf
- COLLARES, C. A., & Moysés, M. A. (1992). **DIAGNÓSTICO DA MEDICALIZAÇÃO DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM.** Acesso em 22 de Junho de 2017, disponível em <http://emaberto.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/download/1831/1802>
- CONRAD, P., & Schneider, J. (1992). **DESVIO E MEDICALIZAÇÃO: DO MAL A DOENÇA.** Filadélfia: Temple University Press.
- COUTINHO, G., Mattos, P., Schmitz, M., Fortes, D., & Borges, M. (2008). **CONCORDÂNCIA ENTRE RELATO DE PAIS E PROFESSORES PARA SINTOMAS DE TDAH: RESULTADOS DE UMA AMOSTRA CLÍNICA BRASILEIRA.** Acesso em 09 de Junho de 2017, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n3/v36n3a03>
- COUTO, T. d., Melo-Junior, M. R., & Gomes, C. R. (2010). **ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH): UMA REVISÃO.**Acesso em 14 de Junho de 2017, disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v15n1/v15n1a19.pdf>
- CUNHA, V. L., Silva, C. d., Lourencetti, M. D., Padula, N. A., & Capellini, S. A. (2013). **DESEMPENHO DE ESCOLARES COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM TAREFAS METALINGÜÍSTICAS E DE LEITURA.** Acesso em 11 de Junho de 2017, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n1/67-11.pdf>
- CYPEL, S. (2007). **DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVA E AS FUNÇÕES EXECUTIVAS: ATUALIZAÇÃO PARA PAIS, PROFESSORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE.**São Paulo: Lemos Editorial.
- DSM-5, [. P. (2014). **MANUAL DIAGNOSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS DSM-5.** Porto Alegre : Artmed.

- FIGLIANO, M. d. (2005). **MEDICALIZAÇÃO DO CORPO NA INFÂNCIA - CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.** Acesso em 28 de Junho de 2017, disponível em http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/56/pdf_42
- FOUCAULT, M. (2001). **OS ANORMAIS.** São Paulo: Martins Fontes.
- FREITAS, C. R. (2011). **CORPOS QUE NAO PARAM: CRIANÇA TDAH E A ESCOLA.** Acesso em 14 de Junho de 2017, disponível em http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/699/2011_Freitas_Corpos%20que%20n%C3%A3o%20param%20%20crian%C3%A7a%2c%20TDAH%20e%20escola.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- GOLDSTEIN, S. (1998). **HIPERATIVIDADE: COMO DESENVOLVER A CAPACIDADE DE ATENÇÃO DA CRIANÇA.** São Paulo: Papyrus.
- GRAEFF, R. L., & Vaz, C. E. (2008). **AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH).** Acesso em 02 de Abril de 2017, disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772008000300005
- GUARDIOLA, A. F. (2000). **PREVALENCE OF ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDERS IN STUDENTS.** Acesso em 16 de Abril de 2017, disponível em [Distúrbio de hiperatividade com déficit de atenção em estudantes: comparação entre os critérios do: www.scielo.br/pdf/anp/v58n2B/2238.pdf](http://www.scielo.br/pdf/anp/v58n2B/2238.pdf)
- HACKING, I. (2008). **INDISCUTIVELMENTE MAIS DEPENDE DO QUE AS COISAS SÃO CHAMADAS DO QUE SOBRE O QUE SÃO.** Acesso em 30 de junho de 2017, disponível em <http://revistas.unisinos.br/index.php/filosofia/article/view/5358>
- LANDSKRON, L. M., & Sperb, T. M. (2008). **NARRATIVAS DE PROFESSORAS SOBRE O TDAH: UM ESTUDO DE CASO COLETIVO.** Acesso em 09 de Junho de 2017, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pee/v12n1/v12n1a11>
- MATOS, R. P. (2013). **ELEMENTOS PARA ENTENDER O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE – TDAH.** Acesso em 02 de

- Abril de 2017, disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v18n2/v18n2a09.pdf>
- MEDEIROS, P. C., Loureiro, S. R., Linhares, M. B., & Marturano, E. M. (2003). **O SENSO DE AUTO-EFICÁCIA E O COMPORTAMENTO ORIENTADO PARA APRENDIZAGEM EM CRIANÇAS COM QUEIXA DE DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM.** Acesso em 21 de Junho de 2017, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v8n1/17239.pdf>
- MEIRA, M. E. (2012). **PARA UMA CRÍTICA DA MEDICALIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO.** Acesso em 22 de Junho de 2017, disponível em <http://www.redalyc.org/html/2823/282323570014/>
- MONTIEL, J. M., & Capovilla, F. C. (2009). **ATUALIZAÇÃO EM TRANSTORNO DE APRENDIZAGEM.** São Paulo: Artes Médicas.
- MOYSÉS, M. A., & COLLARES, C. A. (2010). **MEDICALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES - CONFLITOS SILENCIADOS PELA REDUÇÃO DE QUESTÕES SOCIAIS A DOENÇAS DE INDIVÍDUOS.** São Paulo: Casa do Psicólogo.
- NASCIMENTO, L., & Castro, C. A. (2009). **TDAH - INCLUSÃO NAS ESCOLAS.** Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna.
- NASSIFF, R. (2016). **SUJEITO COMO SINTOMA (TDAH) NA SOCIEDADE, ESCOLA, FAMÍLIA E A PSICOPEDAGOGIA.** Acesso em 21 de Junho de 2017, disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542016000100006
- PEREIRA, H. S., ARAÚJO, A. P., & MATTOS, P. (2005). **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora.** Acesso em 15 de Junho de 2017, disponível em <https://scholar.google.com.br/citations?user=KCTqwyoAAAAJ&hl=pt-BR&oi=sra>
- PHELAN, T. W. (2005). **TDA/TDAH Crianças e Adultos**(Vol. 1ºed.). Sao Paulo, São Paulo: Editora M. Books do Brasil.
- POLANCZYK, G., MD Lima, M. S., MD, H. P., MD, B. P., & MD Rohde, L. A. (2007). **Prevalência Mundial de TDAH: Uma Revisão Sistemática e Análise de**

- Metaregression.** Acesso em 26 de Março de 2017, disponível em <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- RANGEL JÚNIOR, É. d., & Loos, H. (2011). **Escola e desenvolvimento psicossocial segundo percepções de jovens com TDAH.** Acesso em 21 de Junho de 2017, disponível em https://www.researchgate.net/profile/Paideia_Ribeirao_Preto/publication/283295003_Escola_e_desenvolvimento_psicossocial_segundo_percepcoes_de_jovens_com_TDAH_Schools_and_psychosocial_development_according_to_the_perceptions_of_young_individuals_with_ADHD/
- ROHDE, L. A. (1997). **TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE. IN N. FICHTNER (ORG.), TRANSTORNOS MENTAIS DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.**Porto Alegre: Artmed.
- ROHDE, L. A., & Halpern, R. (2004). **TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: ATUALIZAÇÃO.**Acesso em 21 de Junho de 2017, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v80n2s0/v80n2Sa08.pdf>
- ROHDE, L. A., Barbosa, G., Tramontina, S., & Polanczyk, G. (2000).**TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE.**Acesso em 26 de Março de 2017, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3788.pdf>
- RUSSO, J. V. (2006). **CLASSIFICANDO AS PESSOAS E SUAS PERTURBAÇÕES: A “REVOLUÇÃO TERMINOLÓGICA” DO DSM III.** Acesso em 16 de Abril de 2017, disponível em Russo, Jane. Venâncio, Ana Teresa A. (2006) Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v9n3/1415-4714-rlpf-9-3-0460.pdf>
- SANCHES, I., & Teodoro, A. (2009). **DA INTEGRAÇÃO À INCLUSÃO ESCOLAR: CRUZANDO PERSPECTIVAS E CONCEITOS.** Acesso em 21 de Junho de 2017, disponível em <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/691>
- SENO, M. P. (2010). **TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH): O QUE OS EDUCADORES SABEM?**Acesso em 16 de Junho de 2017, disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v27n84/v27n84a03.pdf>

- SILVA, A. B. (2003). **MENTES INQUIETAS: ENTENDENDO MELHOR O MUNDO DAS PESSOAS DISTRAÍDAS, IMPULSIVAS E HIPERATIVAS**(Vol. 19ª ed.). São Paulo: Editora Gente.
- SILVA, R. A., & Souza, L. A. (2005). **ASPECTOS LINGÜÍSTICOS E SOCIAIS RELACIONADOS AO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE**. Acesso em 21 de Junho de 2017, disponível em <http://www.redalyc.org/html/1693/169320510003/>
- SOUSA NETA, S. B. (2006). **OS EFEITOS DO DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (TDAH) NO AMBIENTE ESCOLAR**. Acesso em 02 de Abril de 2017, disponível em <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2990/2/9961216.pdf>
- SOUZA, I. G., Serra-Pinheiro, M. A., Fortes, D., & Pinna, C. (2007). **DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO DE TDAH EM CRIANÇAS**. Acesso em 21 de Abril de 2017, disponível em Scholar / researchgate: https://www.researchgate.net/profile/Camilla_Pinna/publication/262635391_Challenges_in_diagnosing_ADHD_in_children/links/540f0bab0cf2f2b29a3dc3cf.pdf
- TEIXEIRA, G. (2016). **DESATENTOS E HIPERATIVOS**(Vol. 4ª ed.). Rio de Janeiro: Editora BestSeller.
- VIECILI, J., & Medeiros, J. G. (2002). **A COERÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES NA RELAÇÃO PROFESSOR-ALUNO**. Acesso em 28 de Junho de 2017, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v7n2/v7n2a12>