

HIPERATIVIDADE INFANTIL NO ÂMBITO ESCOLAR: A REALIDADE DE UMA ESCOLA PÚBLICA INCLUSIVA NO MUNICÍPIO DE COLOMBO

Luana Argenta Pereira¹, Renata Rodrigues de Oliveira², Vania Cruz dos Santos³

RESUMO

O presente texto procura identificar desafios teóricos e metodológicos, implicados na pesquisa de transtornos de déficit de atenção/hiperatividade. Atualmente professores do ensino regular estão tendo dificuldades para reconhecer o TDA/H, entre as várias formas de dificuldade de aprendizagem. Pensando nessas hipóteses no decorrer do trabalho, pretende-se descobrir como identificar crianças com TDA/H e principalmente como trabalhar em sala de aula de forma que estas crianças aprendam e tenham um melhor desempenho escolar.

Palavra chave: Transtorno de déficit de Atenção/Hiperatividade, Aluno, Escola, Professor

ABSTRACT

This paper seeks to identify theoretical and methodological challenges, involved in research on Attention deficit/hyperactivity disorder. Currently regular teachers are having trouble to recognizing the ADHD, between the various kinds of learning difficulty. Thinking about these assumptions in this work, we intend to find out how to identify children with ADHD and especially how to work in the classroom so that these children can learn and have better school performance.

Key Words Attention deficit/hyperactivity disorder, student, school, teacher

¹ Fonoaudióloga, Pedagoga, Especialista em Educação Especial, Professora Orientadora no Curso de Pedagogia da Faculdade Educacional de Colombo - FAEC/ INESUL

² Aluna do Curso de Pedagogia da Faculdade Educacional de Colombo - FAEC/ INESUL

³ Aluna do Curso de Pedagogia da Faculdade Educacional de Colombo - FAEC/ INESUL

1. INTRODUÇÃO

Segundo ALENCAR (2003) e BRASIL (1999) o aluno com Necessidades Educativas Especiais (NEEs) - como qualquer outra criança, jovem ou adulto - também tem direito a desenvolver o seu potencial, assegurado por legislação nacional e internacional, podendo colaborar de modo ativo para o progresso artístico e científico de sua nação. Importa lembrar que as altas habilidades/superdotação podem se manifestar associadas a outras NEEs, sendo encontradas, igualmente, em pessoas com dificuldades de aprendizagem, problemas de comportamento, deficiência, autismo e TDA/H. O aluno hiperativo representa um enorme desafio para pais e professores, pois desatenção, agitação em excesso, emotividade, impulsividade e baixo limiar de frustração afetam a integração da criança em casa, na escola e na comunicação em geral. O relacionamento com os pais e os professores, é muitas vezes prejudicado pelo estresse provocado pelo comportamento inconstante e imprevisível, o desenvolvimento da personalidade e o progresso na escola podem ser afetados negativamente, visto que a criança hiperativa apresenta as mesmas dificuldades de outras crianças em grau muito mais elevado.

Para uma avaliação eficaz são utilizadas as escalas de classificações, mas apesar destes parâmetros existirem, muitos casos ainda são super diagnosticados, recebendo tratamentos exagerados, mas por outro lado, muitas crianças passam despercebidas, sem diagnósticos e por tanto ficam sem tratamentos, o que trará muita complicação na vida adulta. Os pais e os professores precisam analisar o comportamento e suas causas, com os seus filhos e alunos, a fim de evitar que a criança sofra de ansiedade e depressão, para que possam buscar o tratamento adequado.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Uma breve revisão histórica será realizada sobre as dificuldades de aprendizagem, para saber como chegaram à nomenclatura TDA/H. As dificuldades de aprendizagem devem ser entendidas a partir das raízes históricas que lhes dão sentido e em cuja sucessão, às vezes tortuoso. Todo esse movimento foi tomando forma, se refinando as definições e aproximando a certo consenso. O processo de quase duzentos anos vem sofrendo alterações ao longo do tempo.

(...) os primeiros relatos ocorreram na Europa, por meio da Inglaterra em 1877, destacando a importância da hiperatividade no desenvolvimento infantil, em crianças com problemas mentais, também na França Bourneville, em 1897, foi descrito um grupo de crianças com problemas de concentração, agitação motora excessiva e instabilidade emocional (FONSECA apud ROHDE e BENZICK, 1999, p.25).

Foi no final do século XIX e início do século XX, em 1902, que o pediatra inglês George Frederic Still, observou alterações de comportamentos em crianças, que, segundo esse médico não podiam ser atribuídas às falhas educacionais, mas pareciam ter determinante biológico incapaz de ser demonstrado. Descreveu um grupo de 20 crianças que se comportavam de maneira excessivamente emocional, desafiadora, passional, agressivas e resistentes a qualquer tipo de ação com objetivo de tornar o comportamento delas mais aceitável. Esse grupo era composto por crianças que não tinham indícios de maus tratos pelos pais. Averigua que devido à ausência de maus tratos, o problema destas crianças poderia ser de origem biológica. A hipótese ganhou mais força ainda quando ele notou que alguns membros das famílias também eram portadores de problemas psiquiátricos como: depressão, alcoolismo, problemas de conduta, etc.

Seu estudo ganhou impulso em 1918, logo após uma epidemia de encefalite letárgica nos Estados Unidos, no qual foi verificado que crianças sobreviventes demonstravam sintomas de inquietação, agressividade, impulsividade, desatenção e hiperatividade, comportamentos não exibidos antes da doença. Esse modelo de conduta foi descrito como uma desordem pós-encefalítica resultante de um mesmo nível de prejuízo cerebral causado pelo processo da doença.

Em 1937, o médico Charley Bradley, mostrou que há uma relação entre TDA/H com o biológico, experimentando medicações estimulantes em crianças emocionalmente perturbadas e observou que essas crianças ficavam, por um período de tempo, mais calmas, mais positivas, prestavam mais atenção e pareciam aprender melhor. Surge, assim, a denominação: Lesão Cerebral Mínima, Distúrbio Neurológico vinculado a uma lesão cerebral, associado principalmente a hiperatividade com lesão do Sistema Nervoso Central. Dificuldades para confirmar essa lesão provocam mudanças na conceituação, no diagnóstico e no tratamento do transtorno. Outras denominações passaram então a existir.

Nos anos 40 Straus e Lehtinem, educadores que trabalhavam com alunos portadores de lesão cerebral, perceberam que algumas delas tinham uma conduta difícil, para este comportamento usaram a terminologia Lesão Cerebral Mínima (LCM). Em 1962, em um simpósio internacional em Oxford, os resultados das pesquisas de vários grupos de estudo da

LCM, mesmo valendo-se de todas as metodologias experimentais disponíveis, não conseguiram detectar lesão alguma. Nessa circunstância, os pesquisadores reconheceram estar errados e optaram, então, pela troca de nomenclatura de Lesão Cerebral Mínima (LCM) para Disfunção Cerebral Mínima (DCM).

No ano de 1997 em uma análise crítica, sobre o papel regulador das explicações médicas, destaca que nos Estados Unidos, na década de 1960, houve um interesse governamental em oferecer respostas às indagações dos setores de classe média sobre o fracasso escolar de seus filhos. As explicações eram necessárias, pois dentro de um contexto de prosperidade econômica havia também profundas contradições relacionadas ao modelo econômico capitalista, demonstradas por vários indicadores, tais como o aumento do número de suicídio, o crescente uso de psicofármacos, problemas de saúde ocupacionais, estresse etc. Samuel Kirk em 1963 popularizou o termo Dificuldades de Aprendizagem (learning disability) em uma comunicação apresentada na “Conference on Exploration into Problems of the Perceptually Handicapped Child” nos Estados Unidos (Garcia, 1995, apud Cruz, 1999).

Por volta de 1980 no DSM-III, a Associação Americana de Psiquiatria adotou o termo Transtorno do Déficit de Atenção (TDA). Que em 1995, o termo usado na área médica e conseqüentemente na área educacional para designar o diagnóstico, passou a ser denominado de Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H).

O que são crianças com necessidades especiais educacionais

De acordo com a LDB nº 9.394/96 em seu Capítulo V, artigo 58: a educação especial refere-se à modalidade de educação escolar “oferecida preferencialmente na rede regular de ensino para educandos portadores de necessidades especiais”. Fundamentada neste artigo, a Resolução nº 95, de 21-11-2000, no seu artigo 1º, considera: “alunos com necessidades educacionais especiais aqueles que apresentam significativas diferenças físicas, sensoriais ou intelectuais decorrentes de fatores inatos ou adquiridos, de caráter permanente ou temporário, que resultem em dificuldades ou impedimentos no desenvolvimento do seu processo ensino-aprendizagem”. A Lei oferece aos portadores de necessidades especiais plena garantia de seus direitos, garantindo desde oportunidades escolares para seu desenvolvimento integral como pessoa e cidadão até o acesso ao mercado de trabalho. A necessidade de compreensão do TDA/H no âmbito da escola é uma questão inegavelmente urgente, tendo em vista que suas conseqüências afetam diretamente o seu relacionamento social e prejudica sua aprendizagem e conseqüentemente promove a sua exclusão no ensino regular. Nesse contexto, a criança, e seu processo evolutivo, segundo WINNICOTT (1983), afrouxa os laços da dependência

familiar e passa a integrar a sociedade global e a apropriar-se da herança cultural, devendo o ambiente provê-la nesse sentido. Mas, quando o ambiente é repetidamente insuficiente e invasivo, obriga essa criança a reagir e substituir seu gesto espontâneo pela submissão, adaptação e imitação.

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) é um distúrbio neurológico crônico a hiperatividade é um problema mais comumente visto em crianças (pessoa muito ativa, por vezes agitada, bem além do comum).

Estima-se que o distúrbio afeta de 3% a 5% das crianças em idade escolar e sua prevalência é maior entre os meninos. A dificuldade para manter o foco nas atividades propostas e a agitação motora que caracterizam a síndrome podem prejudicar o aproveitamento escolar e ser responsável por rótulos depreciativos que não correspondem ao potencial psicopedagógico dessas crianças.

Estudos apontam a predisposição genética e a ocorrência de alterações nos neurotransmissores (dopamina e noradrenalina) que estabelecem as conexões entre os neurônios na região frontal do cérebro como as principais causas do transtorno do déficit de atenção. Algumas pesquisas indicam que fatores ambientais e neurológicos podem estar envolvidos, mas ainda não há consenso sobre o assunto.

Desatenção, hiperatividade e comportamento impulsivo são sintomas do TDA/H com reflexos negativos no convívio social e familiar, assim como no desempenho escolar ou profissional dos portadores do transtorno. Esses sintomas podem manifestar-se em diferentes graus de comprometimento e intensidade.

Quando predomina a desatenção, os pacientes apresentam dificuldade maior de concentração, de organizar atividades, de seguir instruções, e podem saltar de uma tarefa inacabada para outra, sem nunca terminar aquilo que começaram. São pessoas que se distraem com facilidade e frequentemente esquecem o que tinham para fazer ou onde colocaram seus pertences. Não conseguem também prestar atenção em detalhes, demoram a iniciar as tarefas e cometem erros por absoluto descuido e distração, o que pode prejudicar o processo de aprendizagem e a atuação profissional.

Nos casos em que prevalece a hiperatividade, os portadores do distúrbio são inquietos, agitados e falam muito. Dificilmente conseguem participar de atividades sedentárias e manter silêncio durante as brincadeiras ou realização dos trabalhos. Se for a impulsividade que se destaca os sinais mais marcantes é a impaciência, o agir sem pensar, a dificuldade para ouvir as perguntas até o fim, a precipitação para falar e a intromissão nos assuntos, conversas e

atividades alheias. Na adolescência e na vida adulta, os sintomas de hiperatividade costumam ser menos evidentes, mas as outras dificuldades permanecem inalteradas e os prejuízos se acumulam no dia a dia com reflexos negativos sobre a autoestima.

Para efeito de diagnóstico, que é sempre clínico, os sintomas devem manifestar-se na infância, antes dos sete anos, pelo menos em dois ambientes diferentes (casa, escola, lazer, trabalhos), durante seis meses, no mínimo. Devem também ser responsáveis por desajustes e alterações comportamentais que dificultam o relacionamento e a performance dos portadores nas mais diversas situações.

O tratamento varia de acordo a existência, ou não, de comorbidades ou de outras doenças associadas. Basicamente, consiste em psicoterapia e na prescrição de metilfenidato (ritalina), um medicamento psicoestimulante, e de antidepressivos. Crianças podem exigir os cuidados de equipe multidisciplinar, em função dos desajustes pedagógicos e comportamentais associados ao TDA/H.

Em geral, os efeitos benéficos da medicação aparecem em poucas semanas e as reações adversas – insônia, falta de apetite, dores abdominais e cefaleia – são leves e ocorrem no início do tratamento, enquanto o organismo não desenvolveu tolerância a essas drogas.

O diagnóstico internacional de doenças (DSM-IV) subdivide o TDA/H em três tipos: a) TDA/H com predomínio de sintomas de desatenção; b) TDA/H com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade; c) TDA/H combinado. O tipo com predomínio de sintomas de desatenção é mais frequente no sexo feminino e parece apresentar, conjuntamente com o tipo combinado, uma taxa mais elevada de prejuízo acadêmico. As crianças com TDA/H com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade, por outro lado, são mais agressivas e impulsivas do que as crianças com os outros dois tipos, e tendem a apresentar altas taxas de rejeição pelos colegas e de impopularidade. Embora sintomas de conduta, de oposição e de desafio ocorram mais frequentemente em crianças com qualquer um dos tipos de TDAH do que em crianças normais, o tipo combinado está mais fortemente associado a esses comportamentos. Além disso, o tipo combinado apresenta também um maior prejuízo no funcionamento global, quando comparado aos dois outros grupos.

Intervenções no âmbito escolar

Uma leitura atenta das características e problemas associados a TDA/H facilmente define o possível cenário dentro de uma sala de aula onde esteja presente um aluno com este tipo de dificuldade. Ter dificuldade em estar sentado, falar demasiado, ser conflituoso com os pares, não levantar a mão para falar, não ser capaz de acabar os trabalhos dentro do tempo, não ser

capaz de se organizar sozinho, são características incompatíveis com uma grande parte dos contextos escolares atuais. Continua-se a privilegiar métodos de ensino de base tradicional, onde o aluno tem um papel pouco ativo e onde o que se lhe exige é que esteja calado, sentado e que ouça. Para um aluno com TDA/H isto é um problema acrescido e conduz a um agravamento das suas características, impedindo o seu sucesso escolar, levando-a rapidamente ao insucesso. Importa, pois, uma intervenção atempada de modo a atenuar estas dificuldades. As intervenções escolares devem ter como foco o desempenho escolar.

Alunos com TDA/H têm dificuldades de concentração, por isso acreditar na memória da criança e em lembretes verbais geralmente não funciona. BARKLEY (2002) orienta que regras e instruções devem ser claras, breves e representadas fisicamente sob a forma de cartazes, listas, devendo o professor encorajar a criança a repeti-las. Para que a criança com TDA/H esteja atendo para as mudanças. Nesse sentido, idealmente, as professoras deveriam ser orientadas para a necessidade de uma sala de aula bem estruturada, com poucos alunos. Rotinas diárias consistentes e ambientes escolares previsíveis ajudam essas crianças a manter o controle emocional. Estratégias de ensino ativo que incorporem a atividade física com o processo de aprendizagem são fundamentais. As tarefas propostas não devem ser demasiadamente longas e necessitam ser explicadas passo a passo. É importante que o aluno com TDA/H receba o máximo possível de atendimento individualizado. Ele deve ser colocado na primeira fila da sala de aula, próximo à professora e longe da janela, ou seja, em local onde ele tenha menor probabilidade de distrair-se. Muitas vezes, as crianças com TDA/H precisam de reforço de conteúdo em determinadas disciplinas. Isso acontece porque elas já apresentam lacunas no aprendizado no momento do diagnóstico, em função do TDA/H. Outras vezes, é necessário um acompanhamento psicopedagógico centrado na forma do aprendizado, como, por exemplo, nos aspectos ligados à organização e ao planejamento do tempo e de atividades. O tratamento reeducativo psicomotor é indicado para melhorar o controle do movimento. É importante estabelecer objetivos realistas a serem alcançados e manter as expectativas dentro do limite das possibilidades desse grupo especial (PARKER, 1992).

Segundo RIEF (2001), é necessário modificar vários aspectos no processo de ensino-aprendizagem do aluno com TDA/H, como o meio ambiente, a estrutura da sala, os métodos de ensino, os materiais utilizados, as tarefas solicitadas, as provas/avaliação, o reforço, o nível de apoio, o tempo despendido, o tamanho e a quantidade das tarefas.

BLANCO (1993) afirma que no momento do processo avaliativo a escola tem-se concentrado no aluno para medir se alcançou ou não os objetivos propostos. A ênfase é dada

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Após analisar as questões percebeu-se que na pergunta número 1, onde questiona-se sobre a preparação ou capacitação para o trabalho com alunos que apresentam alguma necessidade especial, por unanimidade os professores afirmam que não possuem preparação para atender de forma satisfatória esses alunos.

Com relação a definição de TDA/H, na pergunta número 2, todos os professores tem o conhecimento teórico em relação ao transtorno.

A questão número 3 indagava sobre a inserção do aluno com TDAH, onde a maioria dos entrevistados tem ou já teve alunos com TDAH.

Quando questionados sobre a metodologia aplicada a este aluno, na pergunta número 4, os professores responderam que realizam acompanhamento individual, atividades diferenciadas, currículo adaptado, materiais concretos, ajuda dos pais.

Quanto a adaptação dos alunos com TDA/H no ensino regular e as dificuldades apresentadas, entre os dez questionários respondidos, quatro deles afirmam que esses alunos não se adaptam a escola regular, outras quatro não responderam a pergunta e duas dizem que a adaptação ocorre facilmente. Afirmam que as maiores dificuldades desses alunos em relação á adaptação está nos sintomas de TDA/H e na falta de capacitação do professor.

Após a verificação das respostas obtidas, percebeu-se que os professores não estão totalmente preparados para receber esses alunos no ensino regular, necessitam de capacitação, porém, desenvolvem atividades diversificadas, que aumentam as chances de seus alunos serem bem-sucedidos, apesar de seus déficits. E que a adaptação se dá de forma lenta, mas contínua. No município de Colombo os professores contam com uma tutora educacional para auxiliar a professora regente com seus alunos de inclusão. Dessa forma, a maior parte das adaptações curriculares realizadas na escola são consideradas menos significativas, porque constituem modificações menores no currículo regular e são facilmente realizadas pelo professor no planejamento normal das atividades docentes e constituem pequenos ajustes dentro do contexto normal de sala de aula.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O professor ideal tem mais “jogo de cintura” e criatividade para gerar uma variedade de alternativas, avaliando qual delas funcionou melhor para uma dada situação em particular. Ou seja, ele precisa ser capaz de modificar estratégias de ensino, de modo a adequá-las ao

estilo de aprendizagem e as necessidades da criança, o que pode ser determinante de quanto vai conseguir “vencer na vida” apesar do transtorno. Compreende-se, então, que o aluno com TDA/H impulsiona o professor a uma constante reflexão sobre sua atuação pedagógica, obrigando-o a uma flexibilização constante para adaptar seu ensino ao estilo de aprendizagem do aluno, atendendo assim, as suas necessidades educacionais individuais.

O papel da família também pode contribuir significativamente com o desenvolvimento do aluno com transtornos de comportamento, sendo um contexto de desenvolvimento fundamental de socialização do indivíduo. Nesse sentido a família tem um grande impacto no comportamento da criança que aprende a ver o mundo e construir suas relações sociais.

6. REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. L. Alunos com necessidades educacionais especiais: análise conceitual e implicações pedagógicas. Brasil, 1999.

BARKLEY, R. A. Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH – Guia completo para pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

BLANCO, R. Inovação e recursos educacionais na sala de aula. *Porto Alegre: Artmed*, 1993.

DSM-IV, Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais. 4º ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994

FONSECA, V. Insucesso Escolar - Abordagem Psicopedagógica das Dificuldades de Aprendizagem. 2ª Ed. Lisboa: Âncora Editora, 1999.

GARCIA, C. M. apud Cruz Conference on Exploration into Problems of the Perceptually Handicapped Child Estados Unidos, 1995.

PARKER, R. N. *www.portaleducacao.com.br* .Proposta de inovação em sala de aula para alunos com TDAH

MATTOS, P. No Mundo da Lua. Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. 8ª edição, São Paulo, 2008.

RIEF, S. II Conferência Internacional sobre transtorno de déficit de atenção/hiperatividade Estratégias e intervenções na escola. São Camilo, SP: Centro de Convenção, 2001.

VERGARA, S.C. Métodos de pesquisa em administração. São Paulo, 2005.

WINNICOTT, D. W. Moral e educação. In O ambiente e os processos de maturação: Artes Médicas. Porto Alegre 1983.

LEIS:

Lei de Diretrizes e Bases *da Educação Nacional. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.*
portal.mec.gov.br