FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

TALITA RUFINO LINO

PERCEPÇÃO DOS EDUCADORES DE UMA CIDADE DO ALTO SERTÃO PARAIBANO SOBRE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

PATOS – PB
2012

TALITA RUFINO LINO

PERCEPÇÃO DOS EDUCADORES DE UMA CIDADE DO ALTO SERTÃO PARAIBANO SOBRE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Fundação Francisco Mascarenhas – Faculdades Integradas de Patos, como requisito parcial para obtenção do diploma de bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

ORIENTADOR (A): Profª Esp. Manuela Carla de Souza Daltro

PATOS – PB

2012

TALITA RUFINO LINO

PERCEPÇÃO DOS EDUCADORES DE UMA CIDADE DO ALTO SERTÃO PARAIBANO SOBRE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Fundação Francisco Mascarenhas – Faculdades Integradas de Patos, como requisito parcial para obtenção do diploma de bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Aprovado em: _____/_____/_____

PROF. ESP. MANUELA CARLA DE SOUZA DALTRO

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS

(ORIENTADORA)

PROF. MS. RENAN ALVES SILVA JÚNIOR

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS

(1° MEMBRO)

PROF. ESP. SAMARA CAMPOS DE ASSIS MARQUES

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS

(2° MEMBRO)

A pessoa mais importante e fundamental da minha vida: Minha mãe Mariluci, por todo apoio, amor e esforço, abdicando-se de seus sonhos para que os meus fossem realizados.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço á DEUS por sempre ter me encorajado a lutar pelos meus objetivos e por ter me concedido força pra enfrentar todas as dificuldades no decorrer desse tempo, por se fazer presente em todos os momentos firmes ou incertos da minha vida, pois ao longo do caminho dessa jornada de quatro anos pude sentir a tua mão na minha, transmitindo-me segurança necessária para chegar até aqui. A Ti, sou eternamente grata pela sabedoria que me foi dada!

Á minha mãe Mariluci Jocas Rufino e o meu padrasto Josedilson Delmiro de França, por toda dedicação e esforço para proporcionar-me uma formação moral e intelectual, que através de seus exemplos me ensinaram a lutar incansavelmente pela realização dos meus sonhos e objetivos de maneira ética e honesta. Agradeço por terem sonhado junto comigo, espero que eu possa retribuir com essa conquista um pouco do muito que fizeram por mim, serei eternamente grata a vocês!

Agradeço a todos os meus familiares pelo apoio e incentivo, pois não foi fácil chegar até aqui e se hoje comemoro essa conquista se deve também aqueles que estiveram sempre do meu lado e que fizeram dos meus sonhos os seus sonhos, a cada um de vocês, meu muito obrigado.

Agradeço ao amor da minha vida, Alex de Oliveira Almeida por ter sempre esperado com paciência em minha demora, por ter sempre suportado a minha ausência com toda compreensão, por aceitar se calar perante minha ira e não se privar de falar diante dos meus erros. Por fingir se ausentar quando eu desejava a solidão e se fazer presença alegre nos momentos difíceis, por saber ser terra, quando os meus sonhos eram altos demais e céu quando eu perdia as expectativas, por interpretar o meu olhar todo o tempo e pela cumplicidade em cada atitude. Enfim, agradeço a você meu amor que dividiu comigo alegria, choro, sonho, paixão e que foi sempre muito mais do que eu esperava, jamais poderia deixar de te oferecer também todo o meu sucesso e o meu amor.

Agradeço em especial a minha orientadora Manuela Carla de Souza Daltro, pelas lições de saber, pela orientação constante , pela dedicação e até mesmo renúncias pessoais, por repartir comigo suas experiências e me dar auxílio para enfrentar tantas dificuldades, mas principalmente por acreditar em mim. A você que além de me transmitir seus conhecimentos, me deu apoio de amiga nas horas mais difíceis dessa jornada, jamais poderia deixar de expressar o meu sincero reconhecimento, agradecimento e estima. Obrigado por tudo!

Agradeço também aos professores Renan Alves Silva Júnior e Samara Campos de Assis Marques por aceitarem o convite e participarem da banca examinadora deste trabalho, bem como pela disponibilidade. Me sinto lisongeada pela contribuição dedicada de ambas as partes e por participarem desse momento tão importante em minha vida. Meu sincero agradecimento a vocês!

Não poderia deixar de agradecer também a todos os meus colegas de turma , pois soubemos conviver e respeitar-nos ainda que nem sempre compartilhássemos as mesmas idéias. Lutamos, sobrevivemos, crescemos, acima de tudo, como seres humanos. Dividimos medo, incertezas e inseguranças, mas somamos entusiasmo, forças e alegrias, e por tudo, a saudade há de ficar. Obrigado meus amigos por tornar inesquecível nossa formação, mais que colegas de classe, mais que alguém para fazer lição junto, pessoas que fizeram parte de

um cotidiano, de cada dia de nossa caminhada que acaba aqui como alunos por força natural, mas que não acabará como amigos por força de sentimento.

Enfim, agradeço a todos que contribuiram direto ou indiretamente e que torceram pelo meu sucesso!

“Eu faço da dificuldade a minha motivação, a volta por cima vem na continuação, o que se leva dessa vida é o que se vive, é o que se faz.” (Chorão)

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

DSM DESENVOLVIMENTO SENSÓRIO-MOTOR

FIP FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS

TCLE TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TDAH TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

DSM-IV MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE DESORDENS MENTAIS

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é uma desordem mental que caracteriza-se por sintomas de distração, hiperatividade e impulsividade. É um dos transtornos mais comuns na infância e adolescência. Esse transtorno é caracterizado por distúrbios motores, perceptivos, cognitivos e comportamentais, apresentando problemas globais no desenvolvimento infantil e é uma das principais causas de procura de ambulatórios de saúde mental de crianças e adolescentes. Em amostra não referida, estima-se que 3% a 6% das crianças em idade escolar apresentam TDAH. O mesmo está associado com morbidades importantes que vão desde perturbações no desenvolvimento escolar até problemas de ordens psicossociais na vida do indivíduo. **OBJETIVO:** Analisar a percepção dos educadores de uma cidade do alto sertão paraibano sobre Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. **METODOLOGIA**: O referido estudo enquadrou-se em uma pesquisa de campo, de natureza aplicada, com abordagem qualiquantitativa e com objetivos exploratórios, onde foram escolhidas como campos de pesquisa, quatro das principais escolas de ensino primário e fundamental, localizadas em uma cidade do alto sertão paraibano. Sendo a amostra composta por 40 professores , escolhidos aleatoriamente, 10 de cada instituição de ensino. Os dados foram obtidos através de uma entrevista semi estruturada, com questões objetivas e subjetivas, analisados de forma estrutural em uma abordagem apresentada por meio de tabelas e gráficos, estatisticamente relevantes à luz da literatura pertinente ao tema, produzidos com ajuda do Programa Microsoft Excel, versão 2010, bem como foi realizada uma análise temática do conteúdo segundo Bardin, adequada ao estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências. **RESULTADOS**: Com esta pesquisa pode-se observar uma insuficiência significativa de informação dos profissionais educadores quanto ao TDAH, visto que grande parte dos mesmos demonstrou insegurança e despreparo, bem como a necessidade de um maior respaldo para um bom andamento escolar e um melhor relacionamento entre aluno, família e escola. Deixando clara a carência de um trabalho multidisciplinar com suporte para um melhor desenvolvimento tanto acadêmico, quanto social de um aluno TDAH. **CONCLUSÃO**: Concluiu-se que há uma precisão de noção profissional no que se diz respeito ao TDAH por parte dos docentes, bem como uma falha expressiva em relação a existência do trabalho em equipe, o que dificulta o bom andamento do aluno e o seu convívio social e escolar de forma igualitária.

Palavras-chaves: Criança; Educador; TDAH.

ABSTRACT

BACKGROUND: Attention Deficit Disorder / Hyperactivity Disorder (ADHD) is a mental disorder that is characterized by symptoms of distractibility, hyperactivity and impulsivity. It is one of the most common disorders in childhood and adolescence. This disorder is characterized by motor disorders, perceptual, cognitive and behavioral problems presenting global child development and is a major cause of demand for outpatient mental health of children and adolescents. In no sample above, it is estimated that 3% to 6% of school-age children have ADHD. The same is associated with significant morbidity ranging from disturbances in the development of school until orders psychosocial problems in one's life. To analyze the perception of educators in a city in the hinterland paraibano about Attention Deficit Disorder / Hyperactivity Disorder. **METHODOLOGY**: This study is framed in a research field of applied nature, with qualitative and quantitative approach and exploratory purposes, where fields were chosen as research, four major schools of primary and fundamental, located in a city backlands of Paraiba high. Since the sample of 40 teachers, randomly selected, 10 from each educational institution. Data were collected through a semi-structured interview, with objective and subjective questions, analyzed in a structural approach presented through tables and graphs, statistically relevant in light of the literature concerning the matter, produced with the help of Microsoft Excel Program, 2010 version as well as an analysis was performed thematic content Bardin, appropriate to the study of the motivations, attitudes, values, beliefs and tendencies. **RESULTS**: In this study we can observe a significant lack of information professionals as educators to ADHD, since most of them showed insecurity and despair, as well as the need for greater support for a good school progress and a better relationship between student, family and school. Highlighting the lack of a multidisciplinary approach with support for a better development of both academic, social as an ADHD student. **CONCLUSION:** It was ended that there is a precision of professional notion in what respect is said TDAH on the part of the teachers, as well as an expressive flaw in relation to existence of the work in team, what hinders the student's good course and your social and school conviviality in an equalitarian way.

Keywords: Child; Educator; ADHD.

LISTA DE TABELAS

QUADRO 01: Conhecimento sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade 30
QUADRO 02: Problemas mais evidentes quanto a inclusão do aluno TDAH em sala de aula..... 36
QUADRO 03: Como o educador se sente diante de um aluno com TDAH..... 37
QUADRO 04: Melhor forma de lidar com alunos portadores de TDAH..... 48

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01: Distribuição quanto a prevalência de acordo com o gênero dos educadores entrevistados..... 29
FIGURA 02: Distribuição quanto o tempo de atuação do educador no magistério. 29
FIGURA 03: Distribuição quanto aos professores que tiveram ou tem alunos com TDAH..... 31
FIGURA 04: Distribuição quanto a prevalência de alunos com diagnóstico de TDAH segundo os professores..... 32
FIGURA 05: Distribuição quanto a dificuldade de trabalhar com alunos TDAH conforme os professores entrevistados..... 33
FIGURA 06: Distribuição quanto a dificuldade do hiperativo no aprendizado segundo os educadores..... 34
FIGURA 07: Distribuição quanto a orientação profissional dos educadores sobre como lidar com alunos TDAH..... 35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 14

2 OBJETIVOS..... 16

2.1 OBJETIVO GERAL..... 16

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 16

3 MARCO TEÓRICO..... 17

3.1 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE..... 17

3.2 ETIOLOGIA..... 18

3.3 QUADRO CLÍNICO..... 20

3.4 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E FISIOTERAPÊUTICO..... 22

3.5 3.5 ATUAÇÃO DO EDUCADOR COM PORTADORES DE TDAH..... 23

4 METODOLOGIA..... 25

4.1 TIPO DE PESQUISA..... 25

4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA..... 26

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA..... 26

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO..... 26

4.5 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA..... 27

4.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS..... 27

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS..... 27

4.8 ASPECTOS ÉTICOS..... 28

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES..... 29

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 39

REFERÊNCIAS..... 40

APÊNDICES..... 47

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE..... 48

APÊNDICE B: Termo de Compromisso do Pesquisador..... 50

APÊNDICE C: Questionário Semi-estruturado..... 51
ANEXOS..... 53
ANEXO A: Termo de Autorização Institucional..... 54
ANEXO B: Termo de autorização Institucional..... 55
ANEXO C: Termo de autorização Institucional..... 56
ANEXO D: Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos..... 57

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é uma desordem mental que caracteriza-se por sintomas de distração, hiperatividade e impulsividade. É um dos transtornos mais comuns na infância e adolescência (VOELLER, 2004; DALEY, 2006).

O TDAH é ultimamente considerado como um distúrbio do neurodesenvolvimento infantil, que pode prosseguir ao longo da vida em mais da metade dos casos. Estabelece uma complexa agitação comportamental que leva a criança a graus variáveis de comprometimento na vida social, emocional, escolar e familiar. Esse transtorno é caracterizado por distúrbios motores, perceptivos, cognitivos e comportamentais, apresentando problemas globais no desenvolvimento infantil (AMARAL; GUERREIRO, 2001).

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é uma das principais causas de procura de ambulatórios de saúde mental de crianças e adolescentes. Em amostra não referida, estima-se que 3% a 6% das crianças em idade escolar apresentam TDAH. O TDAH está associado com morbidades importantes que vão desde perturbações no desenvolvimento escolar até problemas de ordens psicossociais na vida do indivíduo, (ARAUJO et al, 2003; FARAONE et al; 2003).

Essas crianças ao serem diagnosticadas com TDAH, frequentemente apresentam algumas características em comum, como: constância de mexer ou sacodir pés e mãos; frequentemente se movimentam, levantando e sentando da carteira; são simplesmente despercebidas, através de estímulos externos; são impacientes ao ter que esperar a sua vez de brincar, como também em situações de grupos e sempre arremessam respostas para perguntas ainda não pronunciadas; geralmente sentem dificuldade em obedecer a ordens e seguir ensinos; tem dificuldade em manter a atenção em atividades, mesmo que sejam de forma lúdica, e normalmente não finalizam uma atividade com o intuito de logo realizar outra; não conseguem brincar em silêncio ou de forma pacífica; geralmente falam muito; sempre perdem itens indispensáveis para a efetivação das atividades e trabalhos escolares (SILVA, 2003).

Muitas mudanças ocorreram na área educacional brasileira no fim do século XIX e no início do século XX como a centralidade das crianças com relação à aprendizagem, o respeito, as regras higiênicas na disciplinarização do corpo do aluno e de seus gestos, a cientificidade escolar, os conhecimentos e fazeres sociais e a exaltação do ato de observar, de compreender, na construção do saber do aluno (VIDAL, 2000).

Cabe à escola proporcionar ao aluno oportunidades onde através do ato de observar e experimentar ele possa elaborar o seu próprio conhecimento. Socializar crianças e jovens, ou seja, instruir com o objetivo de colocar o aluno em condição de responder as condições da nova sociedade. A melhor forma para conquistar esse objetivo é o entendimento metódico das características psicológicas, biológicas e sociais do indivíduo submetido à situação escolar, (CUNHA, 2000).

Diante do exposto, esse trabalho justificou-se por estimular e contribuir em pesquisas de caráter acadêmico e científico, visando disponibilizar a esses professores uma maior informação sobre esse Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, de forma a influenciar em um melhor avanço no processo educacional desses alunos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a percepção dos educadores de uma cidade do alto sertão paraibano sobre Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar se os educadores avaliados possuem capacitação para saber lidar com esses alunos.
- Conhecer as maiores dificuldades enfrentadas no processo escolar do aluno com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade;
- Realizar a interrelação da educação com a saúde.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH)

As primeiras citações sobre os transtornos hipercinéticos na literatura médica surgiram no meio do século XIX. Contudo, sua nomenclatura vem passando por modificações contínuas. Na década de 40, apareceu a designação "lesão cerebral mínima", que, já 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 a lesões nas próprias (BARBOSA, 1995).

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um problema de saúde de muita importância nas quais as implicações variam desde dificuldades na performance escolar até problemas psicológicos e sociais (BROOK ; GEVA, 2001; ROSA-NETO, 2004 MATTOS et al; 2006).

O TDAH manifesta-se através das características principais da hiperatividade, do distúrbio de atenção (ou concentração), da impulsividade e da alteração. Como decorrências destes sintomas surgem muitas vezes outras graves dificuldades como distúrbios emocionais, sociais, de aprendizagem e aproveitamento (BARKLEY, 1995).

Além dos indícios básicos do transtorno, em mais de 50% das ocorrências, há comorbidade com transtornos do aprendizado, transtornos do temperamento e de ansiedade, transtornos disruptivos do comportamento e transtornos do uso em excesso de substâncias e de álcool (JENSEN et al.,1997).

Em homens a incidência é maior, cerca de nove homens para um caso de mulheres, onde as mesmas podem demonstrar o tipo predominantemente distraído com mais constância. Para este fato ainda não há um esclarecimento definitivo (KULJIS, 1999; PETRIBÚ, VALENÇA, OLIVEIRA, 1999).

Para conclusões diagnósticas consideraram-se três subtópicos: o predominante desatento, predominantemente hiperativo/impulsivo e o tipo combinado que reúne características dos dois anteriormente citados (DSM – IV, 1994).

Há uma resistência evidente em aceitar que o TDAH é uma entidade de base biológica, na qual sua provável origem seja neurogenética (BARKLEY, 2004). É importante

que grupos como os educadores conheçam o caráter neurobiológico do TDAH para que possa compreender entre outros aspectos a ineficácia das penalidades (BROOK; GEVA, 2001).

Alguns sinais hiperativo-impulsivos que trazem prejuízo devem ter estado presentes antes dos sete anos, mas muitos indivíduos são diagnosticados posteriormente, após a presença dos sintomas por alguns anos. Algum prejuízo ou dano por causa dos sintomas deve estar presente em pelo menos dois contextos (por ex., em casa e na escola ou trabalho) (CABALLO, 1996).

Em adolescentes e adultos, os sinais de hiperatividade admitem a forma de sensações de agitação e dificuldade para envolver-se em atividades pacíficas e inativas. As manifestações comportamentais comumente aparecem em diversos contextos, incluindo a própria casa, a escola, o trabalho ou situações sociais. Os sinais da desordem podem ser menores ou desaparecerem quando o indivíduo se encontra sob um controle rígido, está em um contexto novo, está entrelaçado em atividades especialmente importantes, em uma circunstância a dois (por ex. no consultório do médico) ou enquanto ganha recompensas frequentes por uma conduta adequada (HOLMES, 1997).

Os pais de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade vivem uma batalha diária com os problemas para suportar com o filho inquieto, mais levado do que a média, e compreendem que a criança pode até ser marginalizada em seu ambiente de amigos (COSTA; KANAREK, 2006).

3.2 ETIOLOGIA

Atualmente, alguns estudos descobriram fortes evidências entre o TDAH e elementos hereditários (FARAONE et al,1996 ;ROMAN; ROHD; HUTZ, 2002). Contudo até hoje as pesquisas não identificaram um gene principal, mas sim, prováveis genes de defeito pequeno ou amenizado (WOHL et al, 2005).

Vários estudos utilizando técnicas de neuro-imagem mostram um comprometimento do lobo frontal e de estruturas subcorticais com ele relacionadas. Evidenciou-se em pacientes com TDAH uma assimetria do córtex pré-frontal. Normalmente o córtex pré-frontal direito é levemente maior que o esquerdo e nos pacientes em questão existiria uma redução do córtex pré-frontal direito. Acredita-se que os lobos frontais tenham uma função executiva, incluindo a capacidade de iniciar, manter, inibir e desviar a atenção. Gerenciar as informações

recebidas, associar a experiência atual com a anterior, monitorar o comportamento presente, impedir respostas impróprias, preparar e projetar a obtenção de metas porvindouras é tarefa dos lobos frontais. Assim é possível compreender muitas das manifestações de TDAH como consequência de uma insuficiência do desenvolvimento do processo inibitório normal, o que cumpre papel importante na função executiva do lobo frontal. Acredita-se também, que o TDAH é um distúrbio genético (BARKLEY, 1997).

Diversas evidências indicam que o TDAH é caracterizado por uma disfunção na transferência dopaminérgica nos lobos frontais e nos gânglios basais, designadamente no estriado (VAIDYA, 2005).

Estudos feitos através de modernas técnicas de neuroimagem evidenciaram que o cérebro das crianças com TDAH tem uma diminuição tanto do metabolismo "Click to search for citation by this author" (CARMICHAEL, 1997); como também do volume (MATARO et al, 1997; CASTELLANOS, 2002) das regiões estriadas, região cerebelar e frontal.

Portanto as causas do TDAH ainda não são conhecidas. Na maioria dos casos não se observa evidências de extensas lesões estruturais ou doenças no sistema nervoso central. Há uma série de suposições que se relacionam com este transtorno:

• *Defeitos orgânico-cerebrais:* Aqui se julga um distúrbio da função do cérebro na primeira infância gerada por uma lesão pré, peri ou pós-natal no Sistema Nervoso Central. Esta poderia consistir de problemas circulatórios, tóxicos, metabólicos etc., ou por stress e dificuldades físicas no cérebro no decorrer da primeira infância, ocasionados por infecção, inflamação e traumatismos. Muitas vezes são sinais bem sutis e subclínicos (FACION, 1991).

• *Fatores Neuroquímicos:* Por meio de conhecimentos clínicos com uso de estimulantes (anfetaminas, entre outros) ou drogas tricíclicas (como por ex., a desipramina), podem-se alcançar resultados terapêuticos evidentes em crianças hiperativas. Por isto, crer-se em uma ação desequilibrada dos centros excitatórios e inibidores do Sistema Nervoso Central, ocasionado por distúrbios no metabolismo de aminoácidos e dos neurotransmissores: noradrenalina, serotonina e dopamina. De fato, não existem evidências claras implicando um único neurotransmissor no desenvolvimento do TDAH. Muitos neurotransmissores podem estar envolvidos na ação (FACION, 1991).

• *Fatores genéticos:* Averiguações com familiares e gêmeos de crianças com TDAH sugeriram uma alta conexão hereditária das crianças acometidas (ROHDE, BENCZIK, 1999). Nas famílias com mais de um hiperativo, foram encontrados alcoolismo e distúrbios sociopatas nos pais e distúrbios nervosos nas mães. Em decorrência disto supõe-se aqui uma sucessão poligenética (FACION, 1991).

Diversos estudos também indicam que há uma predominância superior de Transtornos do Humor, e de Ansiedade, Transtorno da Aprendizagem, Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtorno da Personalidade antissocial nos componentes das famílias de indivíduos com o TDAH (BARKLEY, 1995).

• *Fatores alergênicos:* Estimulado por observações de casos clínicos recolhidos, há alguns anos, nos países anglo-americanos, discute-se que provavelmente este transtorno seja ocasionado por determinados elementos encontrados nos alimentos. Vários estudos referentes ocupam-se com os efeitos de salicítricos e de fosfatos na nutrição, dentre eles a Liga Antiphosfato, uma Organização não Governamental sediada em Hamburgo, na Alemanha. Esta organização faz experiências há muitos anos com crianças portadoras do TDAH utilizando a dieta livre de fosfato. De acordo com os relatos e materiais informativos (folders e boletins) anunciados pelos profissionais que nela atuam os efeitos, em vários casos, são bastante propícios (FACION, 1991).

3.3 QUADRO CLÍNICO

A maior parte das crianças com TDAH são diagnosticados na fase escolar onde os próprios educadores de forma a fazer a comparação com outras crianças normais da mesma idade, percebem a diferença entre as mesmas, evidenciando intranquilidade, desordem e dificuldade para arranjar amizade ou relacionar-se e incluir-se (BARBOSA, 2000).

Os primeiros sinais do TDAH são de desatenção, hiperatividade e impulsividade; e geralmente são facilmente reconhecidos (ROHDE; HALPERN, 2004). A tríade de sintomas clássicos da síndrome é caracterizada por desatenção, hiperatividade e impulsividade.

Independente do sistema de classificação utilizado, as crianças com TDAH são facilmente distinguidas em clínicas, em escolas e no próprio lar. A desatenção pode ser percebida pelos seguintes sintomas: dificuldade de prestar atenção a minudências ou errar por descuido em tarefas escolares e de trabalho; dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; parecer não ouvir quando lhe dirigem a palavra; não obedecer a instruções e não realizar até o fim as tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais; dificuldade em organizar tarefas e atividades; evitar, ou relutar, em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante; perder coisas necessárias para tarefas ou atividades; e ser

fluentemente distraído por estímulos alheios à tarefa e mostrar-se esquecido em atividades diárias (ROHDE et al, 2000).

Crianças com TDAH estão propensas ao fracasso escolar, problemas emotivos e de linguagem, mesmo com potencialidade mental adequada, apresentando em mais de 50% dos casos, comorbidades como os Transtornos de Aprendizagem (TA), entre tantos outros. O TA em portadores de TDAH pode ser explicado pelo processo de atenção ser indispensável e de grande relevância para uma boa aprendizagem na fase de aquisição e desenvolvimento de linguagem. No entanto, crianças com restrições antecipadas para se comunicarem encontram uma grande dificuldade de relacionamentos interpessoais e poderão apresentar risco para transtornos característicos de aprendizagem de leitura e escrita (BARBOSA, 2003; SCHEUER, 2003; VASCONCELOS, 2003).

A hiperatividade se distingue pela apresentação repetida das seguintes características: inquietação das mãos ou os pés ou se moverem frequentemente na cadeira; abandonar seu assento em sala de aula e em várias outras situações onde o esperado seria a permanência sentado; percorrer ou escalar em excesso, em momentos nos quais isto é inapropriado; pela dificuldade na prática de brincadeiras ou envolver-se silenciosamente em práticas de lazer; estar sempre “a mil” ou sempre agir como se estivesse “a todo o vapor”; e falar em excesso (ROHDE *et al*; 2000).

Segundo Travella, 2004, existem funções executivas cujas alterações se vinculam ao TDAH, sendo elas: - organização, hierarquização e ativação da informação: o sujeito requer pressão para começar e cumprir a tarefa em tempo (desorganização e procastinação); tem dificuldade para estabelecer prioridades na atividade; troca de tarefas continuamente, ou seja, tem necessidade de variar; Focalização e sustentação da atenção: a pessoa apresenta distração fácil por estímulos internos e externos; é incapaz de filtrar estímulos; perde o foco quando lê; necessita de lembretes para manter em sua tarefa habitual; apresenta inconstância e abandono precoce no que se envolve; Alerta e velocidade de processamento: o sujeito tem excessiva sonolência, falta de motivação e cansaço constante; esgotamento fácil do esforço; pouca velocidade de processamento; Manejo da frustração e modulação do afeto: o paciente apresenta baixa tolerância à frustração e baixa auto-estima; hipersensibilidade a críticas; irritabilidade; preocupações excessivas e perfeccionismo; Utilização e evocação da memória de trabalho: a pessoa apresenta esquecimento de responsabilidades e objetivos pessoais; tem dificuldade nos seguintes aspectos: conservação (a informação não é incorporada),

seguimento de seqüências, manutenção de dois ou mais elementos simultaneamente e para trazer do arquivo a informação armazenada.

3.4 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E FISIOTERAPÊUTICO

O tratamento do paciente com TDAH é complicado, multidisciplinar e condicionado por uma grande quantidade de fatores. Dentre eles, sobressaem-se a idade, o gênero, sinais clínicos predominantes, espaço familiar e escolar e nível socioeconômico (ROTTA; OHLWEILER; RIESGO, 2005).

Vários estudos realizados indicam que os estimulantes, alguns antidepressivos e a clonidina podem ser bastante úteis para portadores de TDAH (PURPER-OUAKIL, 2006; WEISS; HECHTMAN, 2006). Alguns estudos deixam evidentes que cerca de 70% das crianças e adolescentes com o distúrbio expõem melhoras bastante relevantes dos sintomas de desatenção, hiperatividade, impulsividade escolar, como também em seu próprio lar, através do uso correto de remédios (ROHDE; BENCZKIK, 1999).

A fisioterapia pode se valer-se de métodos que diminuem a ansiedade, o estresse, a tensão da musculatura e geram relaxamento como a massoterapia e exercícios respiratórios (SOARES; SUZUKI, 2005).

Entre as técnicas de relaxamento que podem ser desenvolvidas, citam-se técnicas de flutuação, com boias e Watsu que afeta o corpo em vários níveis físicos, psicológicos e emocionais (CAMPION, 2000).

O jogo, o brinquedo e a brincadeira são algumas formas terapêuticas importantes para o melhoramento das crianças com TDAH pelo fato de serem principais responsáveis na ampliação da criança. A Para Hernandez (1989), estudos recentes mostram que perante a complexidade desse transtorno e da deficiência em evidências cientificas sólidas que sustentem uma etimologia única e de base apenas biológica, faz-se necessário uma nova etimologia multidimensional.

Indicações de práticas na água do ponto de vista psicológico para o tratamento das doenças psíquicas. Incluindo em meta as atividades aquáticas para essas crianças a estabilização física e o ajuste intelectual. O relaxamento aquático tem função formidável nas crianças com deficiências mentaisatividade lúdica é uma das formas mais utilizadas para induzir o movimento á criança por exigir dela uma ação ativa, reflexiva, criativa e

socializadora, onde a mesma não só joga e brinca, mas especialmente aciona fatores fundamentais ao processo de desenvolvimento e aprendizado, e, portanto levando ao controle da respiração (SOARES; SUZUKI, 2005).

Furtado (1995), expõe a falta de trabalhos fisioterapêuticos na área de psiquiatria. Em alguns estudos realizados pelo próprio, ele conclui que técnicas de abordagem corporal têm muito a colaborar nos cuidados em saúde mental e salienta que a fisioterapia necessita ocupar seu lugar diante dos novos aspectos nos cuidados em saúde mental.

3.5 ATUAÇÃO DO EDUCADOR COM PORTADORES DE TDAH

Às vezes, os problemas das crianças com Transtorno e Déficit de Atenção/Hiperatividade só se tornam verdadeiramente visíveis no momento em que elas passam a frequentar o ambiente escolar. Isso ocorre porque as dificuldades podem vir à tona diante de um ambiente social e quando se espera das mesmas um trabalho com mais organização e concentração (JONES ,2000).

O educador tem papel de grande importância no processo de aprendizagem como também na saúde mental dos seus alunos (ROHDE; BENCZIK, 1999). O diagnóstico decisivo depende da credibilidade do relato de pais e professores bem como do conhecimento de médicos e psicólogos para decifrar e avaliar os relatos e a história do paciente. Da mesma forma o manejo bem sucedido de pacientes com TDAH depende do entendimento sobre a doença e da ajuda dos que o cercam, já que a adesão ao tratamento é complicada mesmo quando há evolução (KINIPP, 2006).

O mais importante para o avanço do processo educacional da criança com TDAH na escola é o educador, de tal forma que não é o nome do programa escolar em que a criança está, nem o local da escola, nem mesmo se a escola é pública ou particular, ou mesmo o tamanho da sala de aula. Antes de tudo, está o educador, individualmente a experiência do mesmo sobre o TDAH e a boa vontade para satisfazer esforços extras para compreender a criança para que ela tenha um ano escolar próspero (BARKLEY, 2002).

Ao passar uma atividade para casa, é importante que os professores lembrem-se de que o tempo que um aluno com TDAH gasta para fazer essa tarefa pode ser de três a quatro vezes maiores que seus colegas. É preciso que sejam feitas adequações para que o número de

atividades não exerça o limite da possibilidade. Lembrar sempre que a lição de casa tem como objetivo revisar e colocar em prática o que foi aprendido em sala de aula. (RIEF, 1993).

Os professores comumente respondem as dificuldades desafiadoras exibidas pelas crianças portadoras de TDAH, passando a serem mais controladores e arrogantes com elas.

Com o tempo o fato de passarem frustrações com tais crianças podem torná-los mais negativos em sua influência mútua (BARKLEY, 2002).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DA PESQUISA

O presente estudo, com relação aos procedimentos técnicos tratou-se de uma pesquisa de campo, de natureza aplicada, com abordagem qualiquantitativa e com objetivos exploratórios.

Os métodos qualitativos e quantitativos não se eliminam. Apesar de diferirem quanto à forma e à ênfase, os métodos qualitativos têm como ajuda ao trabalho de pesquisa uma mistura de métodos de cunho racional e intuitivo que podem contribuir para o melhor entendimento dos fenômenos. Pode-se distinguir o enfoque qualitativo, mas não seria certo assegurar que conservam relação de aversão (POPE; MAYS, 1995).

A expressão "pesquisa qualitativa" adquire distintos significados no campo das ciências sociais. Trata-se de um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que tendem a descrever e a interpretar os elementos de um sistema complexo de significados. Tem como objetivo traduzir e expressar o significado dos acontecimentos do mundo social; trata-se de diminuir a distância entre apontador e apontado, entre teoria e dados, entre contexto e ação (MAANEN, 1979).

Segundo Duffy (1987), combinar técnicas quantitativas e qualitativas torna uma pesquisa mais forte e reduz os problemas de adoção exclusiva de um desses grupos; por outro lado a omissão no emprego de métodos qualitativos, num estudo em que se faz possível e útil empregá-los, empobrece a visão do pesquisador quanto ao contexto em que ocorre o fenômeno.

A pesquisa exploratória é ampliada no sentido de proporcionar uma visão geral acerca de certo fato. Portando, esse tipo de pesquisa é efetivado, principalmente, quando o tema escolhido é menos explorado e torna-se difícil estabelecer hipóteses precisas e operacionalizáveis (GIL, 1999).

Ao se mencionar a pesquisa exploratória, ressaltam-se alguns desígnios primordiais, como: proporcionar maiores informações quanto o contexto que se vai pesquisar; facilitar a determinação do tema de pesquisa; orientar a definição dos objetivos e a formulação das hipóteses; ou encontrar um novo tipo de enfoque sobre o assunto (ANDRADE, 2002).

4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

Foram escolhidas como campos de pesquisa, quatro das principais escolas de ensino primário e fundamental, localizadas em uma cidade do alto sertão paraibano. Dentre elas, duas foram da rede pública de ensino e duas privadas. Os diretores das instituições privadas assinaram o Termo de Autorização Institucional (ANEXOS A e B), aceitando a realização da pesquisa em sua instituição, bem como a secretária de educação do município para a realização da pesquisa nas instituições pertencentes ao mesmo (ANEXO C). A coleta de dados foi realizada durante o segundo semestre de 2012, após aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída por uma estimativa de 2.017 professores das escolas do município. E a amostra composta por professores do ensino primário e fundamental, escolhidos aleatoriamente. Sendo selecionados dez professores de cada escola, somando ao total, uma amostra de quarenta professores.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para serem inclusos na pesquisa os professores deveriam obedecer aos seguintes critérios: ser professor do ensino primário ou fundamental das escolas estudadas; não se opor a participar da pesquisa; não ter realizado uma pesquisa prévia sobre o assunto abordado e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Os critérios de exclusão consistiram em professores que não se enquadrarem nos critérios acima citados.

4.5 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Os riscos oferecidos pela pesquisa constaram de desconforto ou constrangimento ao entrevistado. Quanto aos benefícios, além de aumentar o interesse dos educadores a aprofundar seu conhecimento sobre o assunto, enriqueceu a literatura quanto ao tema trabalhado.

4.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados da caracterização da amostra foram obtidos através de uma entrevista semi estruturada, com questões objetivas e subjetivas direcionadas aos objetivos do estudo (APÊNDICE B). Tendo questões como: Há quanto tempo você atua no magistério? ; defina o que é Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. ; você tem ou teve aluno Hiperativo? ; você sente dificuldade de trabalhar com um aluno TDAH? ; o hiperativo demonstra uma maior dificuldade no aprendizado escolar? ; você recebe ou recebeu orientação profissional sobre como lidar com alunos TDAH? ; quais os problemas mais evidentes quanto a inclusão de um aluno TDAH em uma sala de aula? ; como você se sente diante de um aluno com TDAH? ;qual a melhor forma de lidar com alunos portadores desse transtorno?

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados e discutidos entre a pesquisadora e a professora orientadora. Com base nos resultados obtidos, analisados de forma estrutural em uma abordagem apresentada por meio de tabelas e gráficos, estatisticamente relevantes à luz da literatura pertinente ao tema, com ajuda do Programa Microsoft Excel, versão 2010; como também foi realizada uma análise temática do conteúdo segundo Bardin (2004), adequada ao estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências. O objetivo dessa análise foi compreender, criticamente, o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente e as significações explícitas ou ocultas.

Na codificação dos dados, foram atribuídos um código, números e letras, cada um com um significado. Sendo “E” o código para entrevista seguido do número para codificar a questão respondida pela ordem e “F ou M” representando o gênero feminino ou masculino respectivamente, seguido do número que obedeceu a ordem dos entrevistados. Os depoimentos foram separados de acordo com as perguntas associadas TDAH, viabilizando a separação desses dados em categorias analíticas agrupando as temáticas extraídas dos discursos. A partir da frequência dos núcleos temáticos dentro das categorias, iniciou-se o processo de descrição e interpretação dos resultados, estabelecendo inferências e constatações.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Como a pesquisa de levantamento envolveu seres humanos, seu protocolo foi enviado ao Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos. Toda a pesquisa foi processada após o consentimento dos participantes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi preenchido antes das entrevistas em duas vias para cada rol de perguntas, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa e a outra arquivada pelos pesquisadores. O referido termo é a manifestação da anuência dos sujeitos em participar da pesquisa. Os pesquisadores deverão manter confidencialidade e imagem do entrevistado.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 40 professores, 05 do gênero masculino (12,5%) e 35 do gênero feminino (87,5%).



Figura 01 –Distribuição quanto a prevalência de acordo com o gênero dos educadores entrevistados.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Ao serem indagados com o seguinte questionamento, "Há quanto tempo você atua no magistério?", 2,5% (01), responderam que atuam há menos de dois anos, 20% (08), entre dois e cinco anos e 77,5% (31), acima de cinco anos.

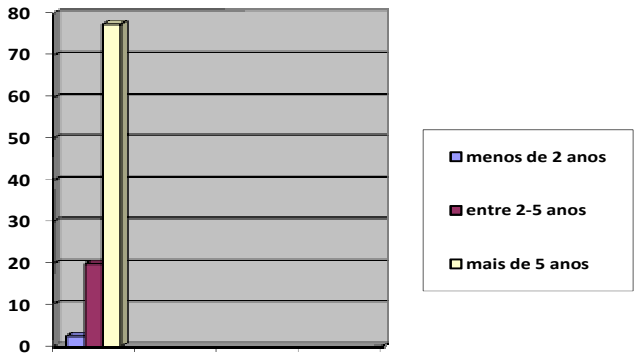


Figura 02 – Distribuição quanto o tempo de atuação do educador no magistério.
Fonte: Dados de Pesquisa 2012.

Dos quarenta professores entrevistados, quando questionados sobre o que entendia por Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, obteve-se os seguintes resultados (Tabela 01):

Quadro 01 – Caracterização da amostra, quanto ao conhecimento em resposta ao questionamento: "O que você entende por Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade?".

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Conhecimento sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade	"É uma transtorno que leva o aluno a agir hiperativamente." (E5, F1, 45 anos). "São alunos que não conseguem concentrar-se e prestar atenção no que está sendo explicado" (E5,F3, 24 anos). "Transtorno comportamental" (E5,F7, 52 anos). "Pessoas que não conseguem finalizar suas atividades" (E5, F8, 31 anos)."É um transtorno neurobiológico,caracterizando-se como uma síndrome de conduta tendo como sintomas sinais claros e repetitivos de desatenção, inquietude e impulsividade" (E5, F9, 49 anos). "Um distúrbio de comportamento, atenção e concentração" (E5,F11, 25 anos).

Analisando a tabela 01 observou-se que as opiniões foram bastante diversificadas, onde alguns professores souberam expor de forma clara os sinais que compõe o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, enquanto outros utilizaram de expressões bastante resumidas e restritas quanto ao seu conhecimento com relação ao mesmo, porém alguns não mostraram entender do que realmente se trata, exibindo sua resposta de forma confusa, não respondendo de maneira clara o que lhe foi perguntado, podemos observar também diante das respostas que alguns utilizaram apenas do conhecimento dos sintomas para expor sua informação quanto ao TDAH e ainda houveram os que não conseguiram se expressar, logo foram expostas opiniões bastante distintas.

Segundo Rita Nelson (2002), existe dificuldade em definir ou conceituar o TDAH, uma vez que se trata de uma entidade clínica de natureza aparentemente muito variada, o que justifica o fato de não se saber exatamente o que pertence a essa categoria, havendo maior consenso sobre os sintomas do que sobre as causas. Alguns professores também citaram alguns sintomas que não são conhecidos diante do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, concordando com Davison (2001) que adverte que as incongruências na descrição da natureza do transtorno podem ajudar a explicar a tendência da sociedade a identificar precipitadamente comportamentos disruptivos como sintomas de TDAH.

O TDAH é entendido atualmente como um transtorno de base neurobiológica, sendo sua suscetibilidade definida por vários genes de pequeno efeito (CASTELLANOS, TANNOK, 2002).

O TDAH trata-se de uma excitação neurobiológica inata transmitida em grande parte geneticamente que afeta de forma variável e constante a vida dos que o apresentam (SCANDAR, 2009). A literatura oferece uma grande variedade de definições teóricas, cada uma representando uma linha de estudo e uma concepção sobre o quadro e levando as diferentes formas de avaliação, intervenção e tratamento (CONDEMARÍN, 2006).

Segundo Benczik (2000a, P. 49), os professores são considerados desinformados e desatualizados, "poucos professores têm conhecimento sobre o TDAH". Em sua maioria, "eles têm uma percepção errada sobre a natureza, as causas, as manifestações dos sintomas e o que devem fazer", na maioria das vezes, não estão preparados para lidar com o problema e agem equivocadamente.

Ao serem questionados da seguinte maneira, "Você tem ou teve aluno com TDAH?", dos 40 educadores entrevistados, 33 afirmaram ter alunos com TDAH ,o que corresponde a 82,5% (33) da amostra, onde pode-se observar uma incidência relativamente significativa na quantidade de alunos TDAH.

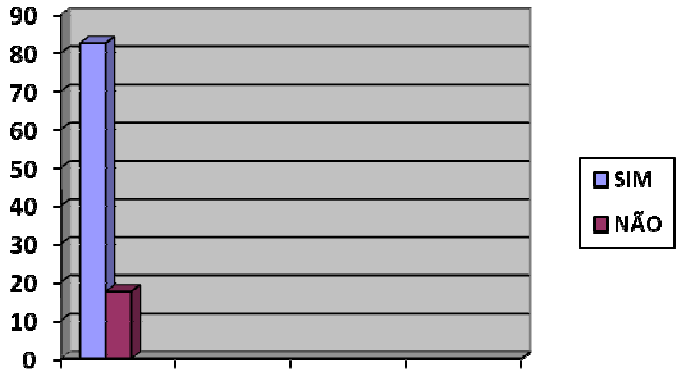


Figura 03 – Distribuição quanto aos professores que tiveram ou tem alunos TDAH.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2012

O TDAH acomete de 3% a 6% das crianças em idade escolar (American Psychiatry Association, 1994; ROHDE;COLS, 1999).

Dos 33 professores que afirmaram ter alunos TDAH apenas 08 asseguraram que o aluno possuía diagnóstico, o que corresponde a 24,2% (08) da amostra, como representado na Figura 04.



Figura 04 – Distribuição quanto a prevalência de alunos com diagnóstico de TDAH segundo os professores
Fonte: Dados da Pesquisa, 2012

Diante desse resultado fica claro um número bastante pequeno de alunos diagnosticados. Determinados estudos confirmaram que relatos de pais e professores podem exibir considerável descordo (WOLRAICH et al, 2004; SAYAL e TAYLOR, 2005; BIEDERMAN et al, 2004; MITSIS et al, 2000), destacando a precisão de julgamento clínico para a determinação diagnóstica. O diagnóstico não pode ser estabilizado por uma única via de investigação, dessa forma, os testes psicológicos vem a ser elementos assistenciais, de serventia quando se pesquisam distúrbios de aprendizado ou de deterioração mental para terminações de diagnóstico diferencial ou comorbidade (NADEAU, 1995). Os educadores tem problemas para identificar indícios de TDAH face a alunos que "são apenas inquietos, indisciplinados.

Segundo Foucault (1975, p. 71) "a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal". Muitos asseguram (GOLDSTEIN ; GOLDSTEIN, 1996; HALLOWELL ; RATEY, 1999; NELSON, 2002) a dificuldade e a complicação do diagnóstico, por não haverem medições ou testes específicos.

Ao serem indagados quanto a dificuldade de trabalhar com o aluno TDAH, através do questionamento, "Sente dificuldade de trabalhar com um aluno TDAH?", 77,5% (31) responderam que sim, já 22,5% (09) responderam que não.

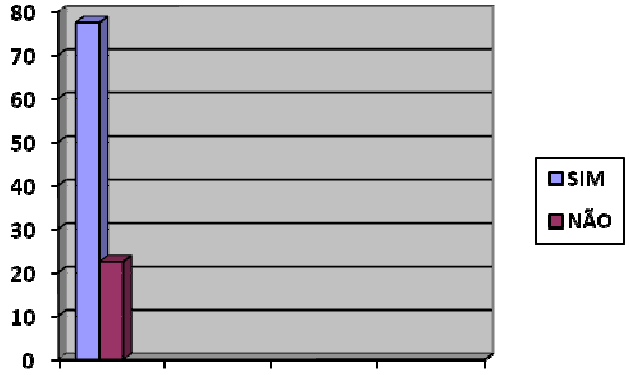


Figura 05 – Distribuição quanto a dificuldade de trabalhar com alunos TDAH conforme os professores entrevistados.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2012

Lewcowicz (2005), entende que não existe uma natureza humana dada; as subjetividades são produzidas mediante distintas práticas. As queixas dos professores sobre as dificuldades de os alunos aprenderem a ler, a escrever e a se comportarem de forma disciplinada e participativa em classe seria,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.

Conforme Borges (1997, p. 47), o comportamento, agitado da criança que antes era tolerado pela família passa a ser surpreendente quando ela inicia a escolarização, por ser a escola o primeiro espaço estruturado e com regras de comportamento. O professor tem um caráter ativo de facilitador na relação ensino-aprendizagem (VASCONCELLOS, 1994), tendo, porém a desordem como uma dificuldade e "uma fonte de estresse nas relações interpessoais" (GARCIA, 1999, p. 101).

Ao serem questionados quanto a dificuldade de aprendizado do aluno com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, com a seguinte pergunta, "O hiperativo demonstra uma maior dificuldade no aprendizado escolar?", 77,5% (31) afirmaram que sim, enquanto 22,5% (09) afirmaram que não, como representa a Figura 06.

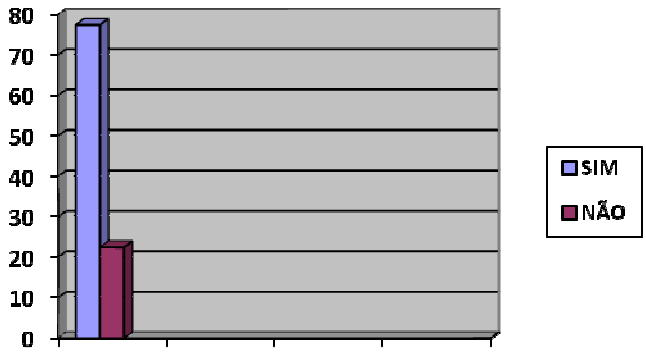


Figura 06 – Distribuição quanto a dificuldade do hiperativo no aprendizado escolar segundo os educadores
Fonte: Dados da Pesquisa, 2012

Diante do exposto, podemos observar grande significância de afirmações nas várias opiniões dos educadores entrevistados. Em relação as dificuldades de aprendizagem, José e Coelho (1999, p. 17) falam que o educador e a escola devem saber o que é normal, problemático e patológico no comportamento de uma criança. Para que o professor avalie um problema de aprendizagem corretamente, ele precisa conhecer o comportamento infantil em cada faixa etária. Avaliando o comportamento de 140 crianças com TDAH, Faraone et al (1993), observaram que mais de 50% necessitou de aulas particulares e cerca de 30% foi alocada em turmas especiais ou foi reprovada. O desempenho dos portadores de TDAH foi significativamente pior em testes de aritmética e leitura, quando comparados ao de não-portadores.

Segundo Sam Goldstein, (2006) o TDAH é com frequência apresentado, erroneamente, como um tipo específico de problema de aprendizagem.

Em seguida os educadores entrevistados depararam-se com a seguinte indagação, “Você recebe ou recebeu orientação profissional sobre como lidar com alunos TDAH?”, sendo que 12,5% (05) responderam que sim e 87,5% (35) responderam que não, como expõe a Figura 07.

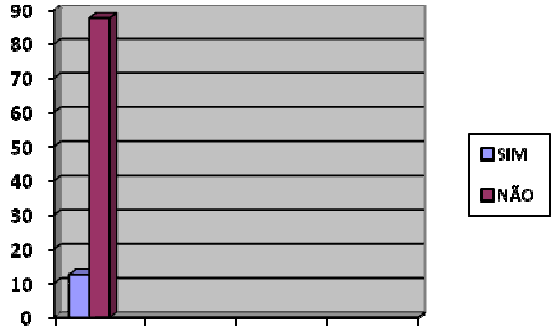


Figura 07 – Distribuição quanto a orientação profissional dos educadores sobre como lidar com alunos TDAH.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2012

Perante o gráfico, pode-se observar que maior parte dos educadores expuseram respostas negativas ao que se diz respeito a orientação profissional sobre o TDAH. A partir da premissa de que "o conhecimento por parte dos professores em relação à hiperatividade, as condutas típicas e as melhores abordagens são essenciais se a escola pretende desenvolver um trabalho pedagógico adequado" (GASPARETTO; INUMARU; SALGUEIRO, 2007, p. 1). Afirma-se que "é preciso conscientizar o profissional da educação no que diz respeito ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade TDAH" (DINIZ; GEROLIN, 2000, p.3). Ferreira e Leite (2004) asseguram "conhecer os sintomas e aprender a lidar com esse problema é uma obrigação de qualquer professor que não queira causar danos a seus alunos". O domínio da desobediência está diretamente relacionado ao melhor ou pior preparo dos docentes para tal (OLIVEIRA, 2002; CORSI, 2005).

Ao serem questionados da seguinte forma, "Quais os problemas mais evidentes quanto a inclusão de um aluno TDAH em uma sala de aula?", foram expostas as seguintes opiniões descritas na Tabela 04.

Quadro 02 – Caracterização da amostra quanto ao conhecimento em resposta ao questionamento: “Quais os problemas mais evidentes quanto a inclusão de um aluno TDAH em uma sala de aula?”.

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Problemas mais evidentes quanto a inclusão do aluno TDAH em sala de aula	“Os demais alunos o aceitarem” (E11,F3, 24 anos). “Falta de preparação principalmente dos professores” (E11,F8, 31 anos). “A falta dos familiares como emocional e social, para com seu filho” (E11,F15, 33 anos). “Falta de preparo dos docentes para lidar com a turma fazendo-os interagir com o aluno portador do transtorno” (E11,F17, 35 anos). “A falta de orientação devida ao professor que irá receber esse aluno, pois o professor necessita ter conhecimento para saber lidar com o mesmo” (E11,F18, 38 anos).

Pode-se observar na Tabela 04 que sobressaíram-se duas queixas no decorrer das respostas, que foram quanto a deficiência de intervenção familiar, no sentido de dar suporte ao profissional para que possa lidar de uma melhor forma com o aluno TDAH e também com relação a rejeição por parte dos colegas de sala.

Essas crianças são, comumente, classificadas na zona de rejeição e, dificilmente, apontadas com influência mútua positiva pelos seus pares (BRASWELL, 1991). Wang, Wang e Ren (2003) descobriram alterações da estabilidade, integração sensorial anormal e déficits da função vestibular em crianças comTDAH, quando confrontadas a crianças sem TDAH.

Para Goldstein e Goldstein (2000), é importante entender que a criança hiperativa apresenta as dificuldades mais comuns da infância, porém de forma mais exagerada. A orientação familiar assim como as modalidades de mudanças de comportamento são sempre imprescindíveis. A estruturação do lugar, a organização do ciclo circadiano e a educação com limites podem auxiliar a diminuir o nível de ansiedade e desordem da pessoa com TDAH. Sendo assim, os pais, professores e profissionais da saúde mental devem constituir uma estrutura de relacionamento organizada, previsível de recompensas e punições (CABALLO, 1996).

Os educadores entrevistados foram indagados com o seguinte questionamento, “Como você se sente diante de um aluno com TDAH?”, assim sendo, expuseram suas opiniões da seguinte forma. (Tabela 05).

Quadro 03 – Caracterização da amostra quanto ao conhecimento em resposta ao questionamento: "Como você se sente diante de um aluno com TDAH?".

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Como o educador se sente diante de um aluno com TDAH	"Me sinto leiga" (E12,F2, 33 anos). "Sinto que nada sei, e que preciso estudar frequentemente esse caso, para que possa desempenhar meu papel como professora de maneira coerente e correta" (E12,F4, 31 anos). "Apreensiva, pois na maioria dos casos não fomos preparados para lidar com tal transtorno, o que prejudica o nosso desempenho e assim o aprendizado dos alunos, uma vez que somos mediadores na transmissão do conhecimento" (E12,F6, 33 anos). "Despreparada para avaliar o aluno e dificuldade em adaptar práticas pedagógicas" (E12,F7, 52 anos). "Com dificuldades como tentar dar atenção, quando nos deparamos com uma turma enorme" (E12,F8, 31 anos).

É bem evidente nas afirmações descritas a falta de preparação do profissional diante do aluno TDAH, é nítida a deficiência de informações e do conhecimento quanto ao assunto e as dificuldades que isso leva a existirem, , como também a falta de apoio profissional específico de pessoas capacitadas a orientar e auxiliar essa relação. É de grande relevância para uma boa relação entre o educador e o aluno TDAH ,o conhecimento, a preparação, o saber como agir e que decisões tomar diante dos problemas enfrentados no decorrer do seu desempenho escolar. Ficou bem clara também a insegurança de maior parte dos educadores diante desses alunos, o que sem dúvidas interfere em seu planejamento de ensino. Segundo Barkley (2002, p. 98) os professores geralmente respondem aos problemas desafiadores exibidos pelas crianças portadoras de TDAH, passando a ser mais controladores e autoritários com elas. Com o tempo suas frustrações com tais crianças podem torná-los ainda mais negativos em suas interações.

Ao serem indagados, "Qual a melhor forma de lidar com alunos portadores desse transtorno?", os professores entrevistados manifestaram as opiniões expostas na Tabela 06.

Tabela 04 – Caracterização da amostra quanto ao conhecimento em resposta ao questionamento: "Qual a melhor forma de lidar com alunos portadores desse transtorno?".

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Melhor forma de lidar com alunos portadores de TDAH	"Procurar ajuda na família e depois um atendimento coletivo (família, escola e psicólogo)" (F13,F5, 58 anos). "Sinceramente não sei" (E13,F6, 33 anos). "Ainda estou procurando um método para lidar corretamente com esse aluno" (E13,F11, 25 anos). "Com profissionais capacitados que possam mudar o quadro destas crianças" (E13,F12, 40 anos). "Através da ajuda dos familiares e profissionais da área médica e do apoio pedagógico escolar" (E13,F14, 43 anos).

Ficou claro diante das opiniões esplanadas que na visão dos próprios educadores é necessário um suporte tanto familiar como também de um profissional capacitado para que possam de forma interdisciplinar colaborarem para uma melhor relação do aluno TDAH tanto em seu ambiente escolar, como também em ambiente social. Observou-se também a necessidade de orientações para um maior conhecimento dos professores quanto ao TDAH, para que os mesmos possam saber a forma correta de como lidar com seus alunos portadores do transtorno. Acordando com Pfiffner (2002) que explana sobre a "melhor escola" e o "melhor professor" para tais crianças, adotando, como fatores diferenciais, a informação e a atitude dos educadores em relação ao TDAH. Para ela, é imprescindível que estes educadores já tenham passado por treinamentos e que estejam bem informados sobre a patologia. Devem receber auxílio adequado, de um especialista ou profissional da saúde mental, para lidarem cada vez melhor com o TDAH.

Antunes, (2003, p. 36) diz: Nunca demonstrar pena ou compaixão e em seu nome fazer apelos para que outros o aceitem, ou fazer "vistas grossas" para suas ações agressivas, mas intervir sempre de maneira positiva de forma a ajudar seus eventuais amigos a observar suas qualidades, perceber suas intenções.

Segundo os psiquiatras Mônica Duchesne e Ênio Roberto de Andrade (2002, p. 27), podem ser usados métodos didáticos alternativos para melhoria do desempenho e desenvolvimento pedagógico da criança hiperativa: Trabalhar com pequenos grupos, sem isolar as crianças hiperativas; dar tarefas curtas ou intercaladas, para que elas possam concluí-las antes de se dispersarem; elogiar sempre os resultados; usar jogos e desafios para motivá-los; valorizar a rotina, pois ela deixa a criança mais segura, mantendo sempre o estímulo, através de novidades no material pedagógico; permitir que elas consertem os erros, pedindo desculpas quando ofender algum colega ou animarem a bagunça da classe; repetir individualmente todo comando que for dado ao grupo e fazendo-o de forma breve e usando sentenças claras para entenderem.

5. CONSIDERAÇOES FINAIS

O presente estudo foi de grande importância para um levantamento quanto a percepção dos educadores e a sua preparação diante do aluno portador do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, levando em consideração que o mentor tem influência mútua no dia-a-dia dos mesmos, estando presente em grande parte do seu cotidiano e sendo peça fundamental para a identificação de suas maiores necessidades, mas sobretudo por ser o transmissor do conhecimento e o responsável por moldar o seu caráter intelectual, ético e social.

Com esta pesquisa pode-se observar uma insuficiência significativa de informação dos profissionais educadores quanto ao TDAH, visto que grande parte dos mesmos demonstrou insegurança e despreparo, bem como a necessidade de um maior respaldo para um bom andamento escolar e um melhor relacionamento entre aluno, família e escola. Deixando clara a carência de um trabalho multidisciplinar com suporte para um melhor desenvolvimento tanto acadêmico, quanto social de um aluno TDAH.

Ao identificar-se essa necessidade de uma maior informação quanto a patologia, recomenda-se novos estudos com amostra maior, bem como trabalhos de conscientização, como palestras e panfletagens com uma linguagem clara, com o intuito de fornecer o conhecimento ausente principalmente por parte dos que convivem com um TDAH e tem a necessidade de saber o que fazer e como agir da forma correta perante o mesmo.

Portanto conclui-se que há uma precisão de noção profissional no que se diz respeito ao TDAH por parte dos docentes, bem como uma falha expressiva em relação a existência do trabalho em equipe, o que dificulta o bom andamento do aluno e o seu convívio social e escolar de forma igualitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE M.M. de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas.** 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

AMEN, D.G, CARMICHAEL, B.D (1997**). High-resolution brain SPECT imaging in ADHD**. **Annals of Clinical Psychiatry**, v. 9, n. 2, p 81-86.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION- **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4º edition (DSM IV), American Psychiatry Association, Washington, DC, 1994.

ANDRADE, E. R. de. **Indisciplinado ou Hiperativo**. Nova Escola, São Paulo, nº132, maio 2002.

ANTUNES, C. **Miopia da Atenção – Problemas de atenção e Hiperatividade em Sala de Aula.** 2.ed. São Paulo: Salesiana,2003.

ARAUJO, M.; SILVA, S. A. P. S. **Comportamentos indicativos do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças: alerta para pais e professores. Revista digital, Buenos Aires**, V. 9, n. 62, 2003.

BARBOSA G., BARBOSA A.A.G. **Síndrome hipercinética: sintomas e diagnóstico.** Pediatr Mod. 2000;36(8):544:548-546-550.BARKLEY, A R. **Taking charge of ADHD.** The complete, authoitative guide for parents. Nova York: The Guilford Press, 1995.

BARBOSA G.A. **Transtornos hipercinéticos.** Infanto, 1995.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições; 2004.

BARKLEY, A. R. **Taking charge of ADHD.** The complete, authoitative guide for parents. Nova York: The Guilford Press, 1995.

BARKLEY, R. A. (1997). **ADHD and the nature of self-control**. New York, NY: The Guilford Press.

BARKLEY, R.A. **Adolescents with attention-deficit/hyperatcitivy disorders: an overview of empirically based treatments. J. Psychiatr. Pract**, 10:39-56, 2004.

BARKLEY, R. A. (1997). **ADHD and the nature of self-control**. New York, NY: The Guilford Press.

BARKLEY, R.A. **Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade: TDAH.** Trad. Luiz Sérgio Roizman – Porto Alegre: Artmed, 2002.

BENCZIK, E.B.P, (2000a). **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica.** São Paulo: Casa do Psicólogo.

BIEDERMAN, J.; FARAONE, SV.; MONUTEAUX, MC.; GROSSBARD, JR. - **How informative are parent reports of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms for assessing outcome in clinical trials of long-acting treatments? A pooled analysis of parents' and teachers' reports**. Pediatrics 113(6): 1667-1671, 2004.

BIEDERMAM, J.; SPENCER, T. et al. **Patterns of psychiatriccomorbidity: cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit disorder. Am. J. Psychiatr** 1991.

BRASWELL, L., BLOOMQUISTl, M. (1991).**Cognitive-Behavioral Therapy with ADHD Children: Child, Family and school interventions**. London:The Guilford Press.

BROOK U., GEVA D**. Knowledge and attitudes of high school pupils towards peers' attention deficit and learning disabilities**. Patient. Educ. Couns, 43:31-6, 2001.

CABALLO, V. **Manual de Técnicas de Terapias e Modificação do Comportamento.** São Paulo: Ed. Santos, 1996.

CASTELLANOS, F. X, LEE, P. P, SHARP, W., JEFFRIES, N.O, GREENSTEIN, D. K, CLASEN, L. S, et al. **Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder**. **Journal, of American Medical Association**, *288*(14),1740-1748, 2002.

CASTELLANOS, F.X; TANNOK, R. – **Neuroscienceoff Attention-deficit/Hiperactivity Disorder: the Search for Endophenotypes**. Nat Rev Neursoci 3: 617-28, 2002.

CAMPION, M. R.; **Hidroterapia: princípios e prática.** São Paulo: Manole, 2000.

CONDEMARÍN et al. **Transtorno do Défiicit de Atenção: Estratégias para o diagnóstico e a intervenção psicoeducativa**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2006.

CORSI, A.M. **Professoras iniciantes: situações difíceis enfrentadas no início da prática docente.** In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 28., 2005, Caxambu. Anais... Caxambu: ANPED, 2005.

COSTA, A.; KANAREK, D. **Hiperativo ou mal-educado?** Crescer, São Paulo, n.º 152, p. 31-33, jul. 2006.

CUNHA, M.V da. **500 de educação no Brasil**.2.ed.Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

DALEY, K. C. (2004). **Update on attention-deficit/hyperactivity disorder. Current Opinion in Pediatrics**, *16*(2), 217-226.

DAVISON, J. (2001). **Attention deficit/hyperactivity disorder: Perspectives of participants in the identification and treatment process**. Journal of Educational Thought, 35(3), 227-247.

DEBROITNER, R.; HART, A. **Moving beyond ADD/A DHD – The book**, 2001.

DINIZ, M.S; GEROLIN, B.C.R. **Desenvolvimento e Hiperativismo: a discussão dessa relação com a educação**. [S.l.]: [S.n.], 2000.

DUFFY, M.E**., Methodological triangulation: a vehicle for merging quantitative and qualitative research methods, In. Journal of Nursing Scholarship**, (3), 1987.

FACION, J.R. **Síndrome de Hipercinese: Uma revisão bibliográfica.** In: *Psicologia Argumento*, Ano IV, No. X, PUC Paraná, 1991.

FARAONE, S.; BIEDERMAN, J.; KRIFCHER LEHMAN, B. et al. - **Intellectual performance and school failure in children with attention deficit hyperactivity disorder and their siblings.** J Abnorm Psychol 102:616-23, 1993.

FARAONE, S.U; SERGEANT, G.C; BIERDERMAN, J. – **The Woridwide Prevalence of Adhd: Is it an American Condition?** World Psychianty 2, 2003.

FERREIRA, J.P; LEITE, N.T.C. **Hiperatividade X Indisciplina: contribuições para o cotidiano escolar. 2004**. Disponível em: <http://www.profala.com/arthiper7.htm>. Acesso em: 09 jun. 2009.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FURTADO J.P. **A fisioterapia na saúde mental**. Fisioter MOV. 1995.

GARCIA, J. **Indisciplina na escola: uma reflexão sobre a dimensão preventiva**. Revista Paranaense de Desenvolvimento, Curitiba, p. 101-108, jan./abr. 1999.

GASPARETTO, C.R.; INUMARU, N.H; SALGUEIRO, A.O. **Conhecimento do professor sobre TDAH e suas relação com o desempenho escolar do aluno hiperativo**. [S.l.]: [S.n.], 2007.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDSTEIN, S.; GOLDSTEIN, M. **Hiperatividade: como desenvolvimento ver a capacidade de atenção da criança.** Campinas, SP: Papirus, 2000.

GOLDSTEIN, S.; GOLDSTEIN, M. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. Tradução Maria Celeste Marcondes. 2.ed. Campinas: Papirus, 1996.

GOLDSTEIN, S. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. São Paulo: Papirus, 1998. 246 p.

HALLOWELL, E. M; RATEY, J. J. **Tendência à distração: identificação e gerência do distúrbio de déficit de atenção da infância à vida adulta**. Tradução: André Carvalho. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

HERNANDES M.. **Evolucion del ninô hipercinetico**. Anales Espanôl de Pedriatria, 1, 1989.

HOLMES, D.S. **Transtornos da primeira infância e da adolescência. Em: Psicologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

JENSEN, P.S.;HINSHAW, S.P.;KRAEMER, H.C.;LENORA, N.; NEWCORN, J.H.; ABIKOFF, H.B.; MARCH,J.S.; ARNOLD, E.; CANTWELL, D.P.; CONNERS, C.K.; ELLIOTT, G.R.; GREENHILL, L.L.; HECHTMAN, L.; HOZA, B.; PELHAM, W.E.; SEVERE, J.B.; SWANSON, J.M.; WELLS, K.C.; WIGAL, T.; VITIELLO, B. – **ADHD Comorbidity Findings***, 1997.*

JONES, M. **Hiperatividade: Como Ajudar Seu Filho**. São Paulo: Plexus, 2004.

KNIPP D.K. **Teens' perceptions about attention déficit/hyperactivity disorder and medications. J. Sch. Nurs**. 22:120-5,2006.

KULJIS, R. O. (1999). **Evaluación neurológica de los transtornos del aprendizaje**. *Revista de Neurologia, 29*(4), 326-331.

LEWKOWICZ, I (2005). **Escuela y ciudadanía. Em C. Corea & I. Lewcowicz (Orgs.), Pedagogía del aburrido: Escuelas destituídas, famílias perplejas** (pp. 19-40). Buenos Aires: Paidós.

LIMA, F. F. T de. **Reflexões sobre a hiperatividade dos alunos.** Disponível em:<http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/index.asp> Acesso em: 02 mar. 2012.

MAANEN, J. V. **Reclaiming qualitative methods for organizational research: a preface, In Administrative Science Quarterly**, vol. 24, no. 4, December 1979.

MATARO, et al. J. **Magnetic Resonance Imaging Measurement of the Caudate Nucleus in Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and its Relationship With Neuropsychological and Behavioral Measures. Archieves of Neurology**, *54*(8), 963-968, 1997.

MATTOS P. et al. **Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em adultos.** Ver Psiquatr RS, 28:50-60, 2006.

MILBERGER, et al. J. **New Phenotype Definition of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Inrelatives for Genetic Analyses**. **American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatry Genetics)**, *67*(4), 369-377,1996.

MITSIS, E.M; MCKAY, K.E; SCHULZ, K.P; NEWCORN, J.H; HALPERIN, J.M. -**Parent-teacher concordance for DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in a clinic-referred sample**. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39(3): 308-313, 2000.

NADEAU, K.G (1995). **A comprehensive guide Attention déficit disorder in adults, research, diagnosis and treatment**. New York, NY: Brunner- Mazel.

NELSON, R. H. Gomes. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: panorama visto de longe e um caso visto de perto**. 2002. 65f. Monografia (Curso de Especialização em Neurociência e Comportamento) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

OLIVEIRA, M.I **. Indisciplina escolar: representação social de professores que atuam no ensino fundamental na cidade de Cáceres-MT**. 2002. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

PETRIBÚ K. VALENÇA, A.M., OLIVEIRA, I.R. (1999). **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em adultos: considerações sobre diagnóstico e o Tratamento**. *Neurobiologia, 62*(1), 53-60.

PFIFFNER, L. J. **Rumo à Escola com o pé direito: administrando a educação de seu filho**. In: BARKIEY, R. **A. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH): guia completo e autorizado para pais, professores e profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2002. Cap.15, p. 235-248.

POETA L.S, ROSA-NETO F. **Estudo epidemiológico dos sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópoles usando a EDAH. Ver. Bras. Psiquatr**, 26:150-5,2004.

POPE, C. ; MAYS, N., **Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health service research**, **In British Medical Journal**, nº 311, 1995.

PURPER-OUAKIL, D. **Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder**. **Revue du Praticien**, 56(4), 381-388,2006.

REED, U.C (2007). **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.** Em: LUCIA, M.C e MIOTTO, E. **Neuropsicologia e as interfaces com a Neurociência** (pp. 143-147). São Paulo: Casa do psicólogo.

ROHDE L.A; BARBOSA G.; TRAMONTINA S.; POLANCZYK G. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Ver. Bras. Psiquiatr**. 2000.

ROHDE, L.A.P.; BENCZIK, E.B.P. **Transtorno Déficit de Atenção - O que é? Como ajudar?**. Porto Alegre. RS: Artes Médicas, 1999.

ROHDE, L.A, BIEDERMAN, J., BUSNELLO, E.A, ZIMMERMANN, H., SCHMITZ, M. e COLS (1999). **ADHD in a school sample of brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments**. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38(6), 716-722.

ROHDE L.A, HALPERN R. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização**. J Pediatr,80(2 suppl):S61-70, 2004.

ROMAN, T., ROHDE, L. A., & HUTZ, M. H. **Genes de suscetibilidade no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Revista Brasileira de Psiquiatria**, *24*(4), 196-2001, 2002.

ROSA NETO, F.; POETA, L.S; COQUEREL, P.R.S; SILVA, J.C. **Avaliação motora em escolares com problemas na aprendizagem escolar – Programa de motricidade infantil "perfil motor em crianças avaliadas em um programa de psicomotricidade"**. **Temas sobre desenvolvimento,** v. 13, n.74, p. 19-24, 2004.

ROTTA, N.T, OHLWEILER, L., RIESGO, R . **Rotinas em Neuropediatria**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SAYAL, K.; TAYLOR, E. - **Parent ratings of school behaviour in children at risk of attention deficit/hyperactivity disorder**. Acta Psychiatr Scand 111:460-465, 2005.

SCANDAR, R.O. **Inquieto, distraído, diferente? Orientação e aconselhamento para pais e professores de crianças com déficit de atenção e hiperatividade**. EDIBA, 2009.

SILVA, A.B.B. **Mentes Inquietas**. Entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas. São Paulo: Editora Gente, 2003.

SILVA, C.T. da. **Hiperatividade: o processo da leitura do aluno portador de TDAH. Sugestões para sala de aula**. Monografia apresentada ao curso de Licenciatura Plena em Letras, com Habilitação em Português e Inglês, da Faculdade Sete de Setembro – FASETE. Paulo Afonso, BA: 2009.

SOARES, A.V; SUZUKI, S.; GUGEL M.I.M, M.R.G**. O equilíbrio estático em crianças em idade escolar com Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade**. **Ver. Fisiot. Mov.** 2005.

TRAVELLA, J. (2004). **Sindrome da Atención Dispersa, Hiperactividad en pacientes adultos (ADHD)**. Disponível no site: http://www.adhd.com.ar.

VAIDYA, C. J., BUNGE, S. A., DUDOKOVIC, N. M., ZALECKI,C. A., ELLIOTT, G. R., & GABRIELI, D. E. **Altered Neural Substrates of Cognitive Control Inchildhood ADHD: Evidences From Functional Magnetic Resonance Imaging**. **American Journal of Psychiatry**, *162*(9), 1605-1613, 2005.

VASCONCELLOS, C.S**. Disciplina: construção da disciplina consciente e interativa em sala de aula e na escola.** São Paulo: Libertad, 1994.

VASCONCELOS M.M, WERNER JUNIOR J. MALHEIROS, A.F.A, LIMA D.F.N, SANTOS, I.S.S.O, BARBOSA J.B. **Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Numa Escola Pública Primária. Ver. Arq. Neuro-Psiquiatr.** 2003.

VEIGA. E.S. **Revista de Educação.** Vol. 13, Nº 15, 2010.

VOELLER, K. K. **Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Journal Child Neurology**, *19*(10), 798-814, 2004.

WANG J., WANG, Y., REN, Y. **A case-control study on ce function of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) children**. Beijing Da Xue Xue Bao 2003; 35(3): 280-3.

WOHL, M., PURPER-OUAKIL, D., MOUREN, M., ADÉS, J., & GORWOOD, P**. Meta-analysis of candidate genes in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.** Encephale, *31*(4), 437-447, 2005

WOLRAICH, M.L; LAMBERT, E.W; BICKMAN, L.; SIMMONS, T.; DOFFING, M.A;WORLEY, K.A - **Assessing the impact of parent and teacher agreement on diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder**. Developmental and Behavioral Pediatrics 25(1): 41-47, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Nome da Pesquisa: ”PERCEPÇÃO DOS EDUCADORES DE UMA CIDADE DO ALTO SERTÃO PARAIBANO SOBRE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE”.

Pesquisadores responsáveis: Talita Rufino Lino, Manuela Carla de Souza Daltro.

Informações sobre a pesquisa: Trata-se de uma pesquisa onde se pretende verificar a percepção dos educadores de uma cidade do alto sertão paraibano sobre Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, observando-se se há uma interferência no rendimento escolar dos alunos que possuem o mesmo. Que terá como beneficios um melhor esclarecimento sobre a percepção, bem como o conhecimento que esses educadores tem sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e ainda contribuirá para enriquecer a literatura pertinente, uma vez que é escassa.

_____

Pesquisador **RESPONSÁVEL**

Eu,_____,
portador de RG:_____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que estarei de acordo com a resolução 196/96 Cap. IV inciso IV. 1 todos os meus direitos abaixo relacionados:

-A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurado absoluto sigilo das informações obtidas. – A segurança plena de que não serei identificado mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurado que a pesquisa poderá causar um risco mínimo (desconforto, constrangimento) ao entrevistado durante a coleta de dados, caso isso aconteça, o mesmo será atenuado através de esclarecimentos sobre a pesquisa, procurando resolver da melhor forma possível. - A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa bem como, esta pesquisa poderá causar risco mínimo (desconforto, constrangimento) ao entrevistado durante a coleta de dados. – A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita. - Risco e benefícios:- A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa

Patos, _____ de_____ de_____

Contato com o pesquisador (a) responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com (a) pesquisador (a): Manuela Carla de Souza Daltro.

Através do endereço (setor de trabalho): Rua: Horácio Nóbrega S/N - Patos - PB.

Telefone residencial: Celular : (83) 99858585

Atenciosamente,

Assinatura do pesquisador (a)

APÊNDICE B

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por meio deste termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa "**PERCEPÇÃO DOS EDUCADORES DE UMA CIDADE DO ALTO SERTÃO PARAIBANO SOBRE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE"**, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, outorgada pelo Decreto nº 98,833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CEP/FIP (Comitê de Ética em Pesquisa/Faculdades Integradas de Patos), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/FIP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Patos, ____ de _____ de 2011.

_____

Autor da Pesquisa

_____

Orientando

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO

1. Iniciais do Nome: _____

2. Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino

3. Idade: _____

4. Há quanto tempo você atua no magistério?

( ) Menos de 2 anos
( ) Entre 2-5 anos
( ) Acima de 5 anos

5. Oque você entende por Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)?

_____
_____
_____

6. Você tem ou teve aluno com TDAH?

( ) SIM ( ) NÃO

Se sim, o aluno tem diagnóstico médico?

( ) SIM ( ) NÃO

7. Sente dificuldade de trabalhar com um aluno TDAH?

( ) SIM ( ) NÃO

8. O Hiperativo demonstra uma maior dificuldade no aprendizado escolar?

( ) SIM ( ) NÃO

9. Você recebe ou recebeu orientação profissional sobre como lidar com alunos TDAH?

( ) SIM ( ) NÃO

10. Quais os problemas mais evidentes quanto a inclusão de um aluno TDAH em uma sala de aula?

_____

_____

_____

11. Como você se sente diante de um aluno com TDAH?

_____

_____

_____

12. Qual a melhor forma de lidar com alunos portadores desse transtorno?

_____

_____

_____

Obrigada por sua colaboração!

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **Valnice Paulino Henriques Barros** , coordenadora da instituição de ensino **Instituto Educacional Branca de Neve**, venho por meio deste, autorizar o desenvolvimento na referida instituição da pesquisa intitulada **"PERCEPÇÃO DOS EDUCADORES DE UMA CIDADE DO ALTO SERTÃO PARAIBANO SOBRE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE"**, sob responsabilidade da acadêmica **Talita Rufino Lino** e orientadora **Prof. Esp. Manuela Carla de Souza Daltro**, como requisito para a conclusão do curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

Atenciosamente,

Patos - PB, 21 de maio de 2012.

Valnice Paulino Henriques Barros

Valnice Paulino H. Barros
– Diretora –

ANEXO B

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **Maria de Fátima Vieira de Sousa,** coordenadora da instituição de ensino **Gente Inocente Colégio e Curso Evolução** , venho por meio deste, autorizar o desenvolvimento na referida instituição da pesquisa intitulada **"PERCEPÇÃO DOS EDUCADORES DE UMA CIDADE DO ALTO SERTÃO PARAIBANO SOBRE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE"**, sob responsabilidade da acadêmica **Talita Rufino Lino** e orientadora **Prof. Esp. Manuela Carla de Souza Daltro**, como requisito para a conclusão do curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

Atenciosamente,

Patos - PB, 21 de maio de 2012.

Mª de Fátima V. de Sousa

Maria de Fátima Vieira de Sousa
Coordenadora Pedagógica

ANEXO C

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **Adalmira Marques da Silva Cajuaz**, secretária de educação da cidade de Patos-PB,venho por meio deste, autorizar o desenvolvimento da pesquisa intitulada **"PERCEPÇÃO DOS EDUCADORES DE UMA CIDADE DO ALTO SERTÃO PARAIBANO SOBRE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE"**, nas instituições municipais de ensino, **EMEF Prof. Manoel Oliveira e EMEF Instituto Dr. Dionísio da Costa** sob responsabilidade da acadêmica **Talita Rufino Lino** e orientadora **Prof. Esp. Manuela Carla de Souza Daltro**, como requisito para a conclusão do curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

Atenciosamente,

Patos - PB, 21 de maio de 2012.

Adalmira Marques da Silva Caju.
Secretaria de Educação

ANEXO D

CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

CERTIDÃO

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, em sua sessão realizada em 01 de junho de 2012, após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado, **Percepção dos Educadores de uma Cidade do Alto Sertão Paraibano sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.** Protocolo número: **171/2012** da pesquisadora: **Manuela Carla de Souza Daltro.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

Patos, 20 de junho de 2012.

FLAUBERT CIRILO JERÔNIMO DE PAIVA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FIP

Flaubert Cirilo Jerônimo de Paiva
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa CEP/FIP

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
Rua Horácio Nóbrega, S/N - Bairro Belo Horizonte - Patos-PB - CEP 58704-000 - Tel.: (83) 3421.7300