

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO**

SUZI MARIA NUNES CORDEIRO

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFESSORES DO ENSINO
FUNDAMENTAL SOBRE TDAH E MEDICALIZAÇÃO**

SUZI MARIA NUNES CORDEIRO

**MARINGÁ
2016**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO**

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFESSORES DO ENSINO
FUNDAMENTAL SOBRE TDAH E MEDICALIZAÇÃO**

SUZI MARIA NUNES CORDEIRO

**MARINGÁ
2016**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO**

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFESSORES DO ENSINO
FUNDAMENTAL SOBRE TDAH E MEDICALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada por Suzi Maria Nunes Cordeiro, ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual de Maringá, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Área de Concentração: EDUCAÇÃO.

Orientador(a):

Prof^(a). Dr(a).: Solange Franci Raimundo Yaegashi.

MARINGÁ
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

C268r Cordeiro, Suzi Maria Nunes
As representações sociais de professores do ensino fundamental sobre TDAH e medicalização / Suzi Maria Nunes Cordeiro. -- Maringá, 2016.
130 f. : il. color., grafs., quadros

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Solange Franci Raimundo Yaegashi.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2016.

1. Representações sociais - Professor - Ensino fundamental. 2. Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) - Medicalização. 3. Prática pedagógica - Ensino fundamental. I. Yaegashi, Solange Franci Raimundo, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Educação. III. Título.

CDD 21.ed. 372.011

AMMA-003087

SUZI MARIA NUNES CORDEIRO

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFESSORES DO ENSINO
FUNDAMENTAL SOBRE TDAH E MEDICALIZAÇÃO**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Solange Franci Raimundo Yaegashi (Orientadora) – UEM

Prof^a. Dr^a. Luciane Guimarães Batistella Bianchini – UNOPAR –
Londrina

Prof^a. Dr^a. Regina Lúcia Mesti – UEM

Prof. Dr. Carlos Toscano – UEL – Londrina – suplente externo

Prof^a. Dr^a. Erica Piovam de Ulhôa Cintra – UEM – suplente interno

Maringá, 23 de fevereiro de 2016.

Dedico este trabalho a todas as crianças que possuem TDAH, bem como suas famílias, seus professores, profissionais clínicos e amigos que vos acompanham nesta estrada cheia de estímulos, muitas vezes mal compreendida.

AGRADECIMENTOS

Em vários momentos de nossa vida somos agraciados com a presença de seres queridos que nos ajudam, que nos acolhem, que nos compreendem e que nos amam. Por diversos motivos, sendo um deles o costume de os termos ao nosso lado, esquecemo-nos de agradecer pelo simples fato de estarem conosco. O ser humano não foi criado para viver sozinho, termos alguém para conviver é uma graça, portanto, aproveito para agradecer as pessoas que estiveram ao meu lado nesta conquista:

Primeiramente a Deus pelo dom da vida, pelas conquistas que me concede, por todos os presentes e pelos momentos ao meu lado.

À minha mãe Maria Helena N. Cordeiro, que me deu a base da educação e dos valores necessários para as minhas conquistas.

Ao meu noivo Izaias G. da Silva Júnior, que me incentivou e compreendeu minhas horas de estudo.

À minha orientadora Solange F. R. Yaegashi que desde a graduação me guia nos trabalhos acadêmicos.

Aos professores e colaboradores do Mestrado em Educação da UEM que contribuíram em minha formação, em especial as professoras Tânia S. A. da Silva, Olinda T. Kajihara, Fátima M. Neves, ao professor Célio J. Costa e aos colaboradores Hugo A. da Silva e Marcia Galvão que estiveram dispostos a ajudar. Também à professora Helaine P. Ferreira e ao professor Eraldo S. Silva por compartilharem seus conhecimentos acadêmicos.

À banca examinadora que realizou as observações necessárias para que este trabalho ficasse melhor.

Aos meus amigos e amigas que contribuíram de alguma forma para a construção deste trabalho.

Às professoras que aceitaram participar dessa pesquisa, bem como às diretoras e pedagogas que permitiram a realização das entrevistas.

E, em especial, gostaria de agradecer a você leitor.

“TENHO ANDADO DISTRAÍDO
IMPACIENTE E INDECISO
E AINDA ESTOU CONFUSO
SÓ QUE AGORA É DIFERENTE
ESTOU TÃO TRANQUILO E TÃO CONTENTE”
(LEGIÃO URBANA)

CORDEIRO, Suzi Maria Nunes. **As representações sociais de professores do Ensino Fundamental sobre TDAH e medicalização**. 2016. 130 f Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Solange Franci Raimundo Yaegashi. Maringá, 2016.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo caracterizar as representações sociais dos professores do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental da cidade de Maringá-PR sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), bem como sobre o processo de medicalização do referido transtorno. O estudo justifica-se pela necessidade de se compreender como o TDAH é concebido pelos professores, no intuito de contribuir com os docentes e demais profissionais da Educação, ampliando seus conhecimentos sobre o transtorno em discussão e os estimular à pesquisa, a fim de que escrevam sobre o tema, desenvolvendo um olhar crítico sobre o que se passa na sala de aula. Como suporte teórico-metodológico, adotamos a Teoria das Representações Sociais. Essa teoria investiga como se formam e como funcionam os sistemas de referência que utilizamos para classificar pessoas e grupos, além de interpretar os acontecimentos da realidade cotidiana. Por suas relações com a linguagem, com a ideologia, com o imaginário social e, especialmente, por seu papel na orientação de condutas e das práticas sociais, as representações sociais compõem elementos essenciais à análise dos mecanismos que intervêm na eficácia do processo educativo. Participaram do estudo 14 professoras que atuavam no Ensino Fundamental da cidade de Maringá-PR. A problemática investigada foi: quais são as representações sociais que os professores do Ensino Fundamental têm sobre o TDAH e o processo de medicalização? Para a realização do estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos: a) Questionário sociodemográfico; b) Teste de Associação Livre de Palavras (TALP); c) Roteiro de Entrevista Semiestruturada e d) Roteiro de observação do cotidiano escolar. A pesquisa é de natureza quali-quantitativa e descritiva. Os resultados revelam que as representações sociais da maioria das professoras entrevistadas, sobre o TDAH, são de que este é visto como um transtorno que afeta a aprendizagem. Sendo assim, a escola e os professores, a princípio, deveriam ter responsabilidades sobre os alunos com TDAH, promovendo uma prática pedagógica condizente com as necessidades dos alunos. No entanto, os participantes da pesquisa consideram que a melhor forma de tratamento para esses casos é a medicalização. Esse discurso contraditório precisa ser debatido, uma vez que ela apresenta riscos à saúde física e mental das crianças, devido aos efeitos colaterais a médio e longo prazo. Todavia, essa forma de ver o aluno com TDAH está ancorada no “discurso científico”, restando pouco a fazer no ambiente escolar além da prática do encaminhamento e da medicalização. Chegamos à conclusão de que os professores precisam assumir um papel mais crítico perante os casos de alunos com TDAH, por meio de intervenções pedagógicas que os ajudem a superar as dificuldades e potencializar as habilidades, sem depender, “quase que exclusivamente”, de um medicamento que silencie seus alunos, para que não causem tumulto em sala. Os demais integrantes da equipe pedagógica têm a função de ajudar esses professores de forma teórica e prática a fim de subsidiar um bom trabalho em sala de aula.

Palavras-chave: Representações Sociais. TDAH. Medicalização. Prática pedagógica.

CORDEIRO, Suzi Maria Nunes. **Primary teachers' social representations on ADHD and medicalization**. 2016. 130 p. Dissertation (Master in Education) – State University of Maringá. Supervisor: Solange Franci Raimundo Yaegashi. Maringá, 2016.

ABSTRACT

Current analysis identifies and investigates meanings attributed to the Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) and medicalization, by Primary School Teachers (1 - 5 Year) in Maringá PR Brazil. It also endeavors to analyze the school context which ADHD students and their teachers share. The study is motivated by the need to understand how ADHD is evaluated by teachers to help teachers and other Educational professionals by enlarging their knowledge on the disorder and to stimulate research so that they could publish on the theme and thus develop a critique on occurrences in the classroom. The Theory of Social Representations is employed as a theoretical and methodological basis since it investigates how reference systems are formed and work. In fact, they are used to classify people and groups and interpret day-to-day events. Due to their relationships with language, ideology, social imaginary and principally due to their role in the orientation of behavior and social practices, social representations contain factors essential to the analysis of mechanisms that interfere in the efficiency of the educational process. Fourteen Primary School teachers from Maringá PR Brazil, participated in current research. The investigated feature was: Which are the social representations that Primary School teachers have on ADHD and on the medicalization process? The following tools were employed: a) A socio-demographic questionnaire; b) Free Word Association Test (FWAT); c) Semi-structured Interview and d) Observation of Day-to-day school events. Results of the qualitative-quantitative and descriptive research reveal that the social representations of most teachers on ADHD comprise the disorder as affecting learning. The school and teachers are accountable, as a rule, for ADHD students and should trigger a pedagogical practice which meets their needs. However, the participants of the research show that the best treatment is medicalization. Such contradictory discourse should be discussed since it represents risks to the children's physical and mental health due to side effects, in the long run. On the other hand, the above method to analyze the ADHD students is foregrounded on 'scientific discourse', with little to do within the school environment besides the practice of orientation and medicalization. Results show that teachers should have a more critical role with regard to ADHD students through pedagogical interventions that would help them to overcome the difficulties and empower their capacities without depending 'almost exclusively', on drugs that silence their students and keep them quiet in the classroom. Other participants in the pedagogical team should help teachers theoretically and practically so that success may be obtained in the classroom.

Key words: Social representations. ADHD. Medicalization. Pedagogical practice.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Opinião da população, dos psicólogos, dos médicos e dos educadores quanto aos atributos do TDAH.....	51
Quadro 2:	Relação de autores e suas definições sobre TDAH, as prevalências apresentadas e suas fontes.....	65
Quadro 3:	Escola, professora entrevistada, ano em que leciona e o número de aluno(s) com TDAH.....	78
Quadro 4:	Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa.....	82
Quadro 5:	Representações sociais de professores por meio do Teste de Associação Livre de Palavras.....	90

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Quantidade de artigos, dissertações e teses por área de formação dos autores.....	64
Gráfico 2:	Formas de tratamento e medicamentos utilizados para TDAH em uma amostra das escolas de Maringá.....	99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFP	-	Conselho Federal de Psicologia
COPEP	-	Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CID	-	Classificação Internacional de Doenças
DA	-	Déficit de Atenção
DA/H	-	Déficit de Atenção/Hiperatividade
DDC	-	Distúrbio do Desenvolvimento de Coordenação
DSM	-	Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais
EaD	-	Educação a Distância
EUA	-	Estados Unidos da América
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MDMA	-	Metilenedioximetanfetamina
O	-	Organismo
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PR	-	Paraná
PUC	-	Pontifícia Universidade Católica
RS	-	Representações Sociais
SEDUC	-	Secretaria de Educação
SNC	-	Sistema Nervoso Central
SP	-	São Paulo
S-O-R	-	Estímulo-Organismo-Resposta
S-R	-	Estímulo-Resposta
TALP	-	Teste de Associação Livre de Palavras
TC	-	Transtorno de Conduta
TCC	-	Trabalho de Conclusão de Curso
TDAH	-	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TDO	-	Transtorno Desafiador e de Oposição
TOD	-	Transtorno do Opositor-Desafiante
TRS	-	Teoria das Representações Sociais
UECE	-	Universidade Estadual do Ceará
UEM	-	Universidade Estadual de Maringá
UERJ	-	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA	-	Universidade Federal da Bahia
UFPA	-	Universidade Federal do Pará
UFSC	-	Universidade Federal de Santa Catarina
UNISAL	-	Centro Universitário Salesiano de São Paulo
WISC	-	Wechsler Intelligence Scale for Children

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	O QUE DIZEM OS ESTUDOS SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE?	19
2.1	A DEFINIÇÃO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.....	20
2.2	O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E OUTRAS COMORBIDADES.....	23
2.3	DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.....	25
2.3.1	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM): Diagnosticando o comportamento	30
2.4	AS FORMAS DE TRATAMENTO MAIS UTILIZADAS ATUALMENTE PARA O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.....	33
2.4.1	A medicalização como forma de tratamento para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: doce ou veneno?	34
2.4.2	A Psicoterapia no tratamento de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	39
2.4.3	Atendimento Psicopedagógico nos casos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	42
2.4.4	Orientações aos professores e aos pais sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	44
2.5	TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E A RELAÇÃO COM O FRACASSO ESCOLAR.....	48
2.6	O CONHECIMENTO DA EQUIPE PEDAGÓGICA SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.....	50
2.7	AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFESSORES SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.....	60
2.8	PANORAMA DO LEVANTAMENTO DE PUBLICAÇÕES <i>ONLINE</i> SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.....	64
3	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	67
3.1	UM BREVE HISTÓRICO DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS...	67
3.2	AFINAL, O QUE SÃO REPRESENTAÇÕES SOCIAIS?.....	72
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	75
4.1	PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS.....	76

4.2	CAMPO DE PESQUISA.....	77
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	78
4.4	INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS.....	78
4.5	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS.....	80
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	82
5.1	PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	82
5.2	ANÁLISE DAS OBSERVAÇÕES.....	84
5.3	ANÁLISE DO TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS.....	90
5.4	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS.....	93
5.4.1	Conhecimento sobre o TDAH.....	93
5.4.1.1	O que é TDAH.....	94
5.4.1.2	O comportamento do aluno com TDAH.....	95
5.4.1.3	A aprendizagem do aluno com TDAH.....	96
5.4.2	O diagnóstico de TDAH.....	97
5.4.3	As formas de tratamento para o TDAH.....	98
5.4.3.1	Todos os tratamentos são necessários/adequados/positivos.....	101
5.4.3.2	O tratamento medicamentoso é bom.....	101
5.4.3.3	A defesa do tratamento medicamentoso.....	102
5.4.3.4	O tratamento medicamentoso deve ter acompanhamento do tratamento psicoterápico.....	102
5.4.4	As práticas pedagógicas adotadas para utilizar com o aluno com TDAH....	103
5.4.4.1	Mudanças na relação professor-aluno.....	103
5.4.4.2	Mudanças nas atividades escolares.....	104
5.4.4.3	Planejamento flexível.....	105
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
	REFERÊNCIAS.....	109
	APÊNDICES.....	122

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido objeto de estudo de profissionais de diferentes áreas, tais como Mattos (2005), da área de Psiquiatria, Moysés e Collares (2010) respectivamente das áreas da Medicina e da Educação, dentre outros. As diversas pesquisas sobre essa temática enfocam diferentes aspectos, por exemplo, os métodos de avaliação para o diagnóstico, os possíveis tratamentos e os medicamentos utilizados. Em relação a quem escreve sobre o assunto existe uma variedade de especialistas como neurologistas, psicólogos, pedagogos dentre outros, porém, grande parte das pesquisas sobre o TDAH está relacionada ao campo da Saúde. O número de pesquisadores relacionados ao campo da Educação que escrevem sobre o tema ainda é restrito.

Os resultados de muitos estudos revelam que o número de crianças encaminhadas com queixas de desatenção e inquietação às clínicas de Psicopedagogia, por exemplo, aumentou de forma significativa, e os responsáveis por esses encaminhamentos, na maioria das vezes, são educadores (diretores, supervisores, orientadores e professores). Em muitos casos, são os próprios pais que buscam, junto aos especialistas, esclarecimentos para as dificuldades escolares dos filhos (BRAY; LEONARDO, 2011).

É importante ressaltar que nos Estados Unidos (EUA), as pesquisas sobre o TDAH ocorrem em larga escala. Em março de 2012 a revista “Veja” publicou uma matéria sobre um estudo norte-americano que constatou o aumento de 66% no número de crianças com o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade nos últimos dez anos. Da mesma forma, o jornal “O Globo” publicou em abril de 2013, uma matéria sobre o mesmo tema, mostrando que em uma década, nos EUA, o diagnóstico de TDAH aumentou em 50%, isso significa que aproximadamente 6,4 milhões de crianças entre 4 e 17 anos já receberam diagnóstico do referido transtorno.

De acordo com o professor de Pediatria Craig Garfield, que coordenou o estudo apresentado pela revista “Veja”, esse aumento exorbitante nos diagnósticos está relacionado com “[...] uma maior consciência das pessoas em relação ao transtorno, o que pode ter levado os médicos a reconhecer mais facilmente os sintomas do problema” (GARFIELD, 2012 *apud* REVISTA VEJA, 2012). Em contrapartida, o neurologista pediátrico norte-americano William Graf (*apud* JORNAL O GLOBO, 2013), disse ao “New York Times” que estão diagnosticando sintomas leves de crianças saudáveis como transtornos que merecem medicalização. No Brasil, as discussões acerca do tema surgiram a partir de 1990, época em que os debates (iniciados no final da década de 1980 nos EUA), eclodiram e ganharam o mundo com o intuito de explicar e divulgar o TDAH.

Levando em consideração essas questões, pensamos ser pertinente a pesquisa sobre TDAH partindo de um autor do campo da Educação a fim de atingir o público desta área, sobretudo os que estão atuando diretamente na escola, visando contribuir para uma melhor compreensão do assunto. Desde 2009 temos realizado estudos sobre este transtorno. O primeiro trabalho foi um artigo de conclusão de curso que apresentava um panorama do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Em 2013 escrevemos uma monografia apresentada no final do Curso de Especialização em Psicopedagogia, ofertado pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), cujo tema abordava os possíveis equívocos realizados nos diagnósticos de TDAH.

Durante esse último estudo, constatamos que algumas pesquisas atuais, como a de Benczik (2010), com base em estudos internacionais, revelam que apenas 3% das crianças na faixa etária de 6 a 12 anos possuem de fato o referido transtorno. Todavia, em diferentes regiões do Brasil, os índices de crianças encaminhadas e diagnosticadas com TDAH são alarmantes e muito superiores aos apontados pelo estudo da autora supracitada. Tais contradições despertaram inúmeras inquietações, gerando a necessidade de entendermos os motivos que levam os professores a encaminharem seus alunos para “a confirmação” do diagnóstico de TDAH.

Nesse sentido, os resultados de nossos estudos e também de outros autores, assim como as dúvidas vivenciadas em nossa prática como professora de Educação Infantil e Ensino Fundamental a respeito de como lidar com as crianças que apresentam dificuldades no processo de escolarização e, mais especificamente, com aquelas que supostamente apresentam TDAH despertaram o desejo de desenvolver esta pesquisa.

Assim, temos a intenção de responder com a presente pesquisa a seguinte pergunta: quais são as representações sociais que os professores do Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) têm sobre o TDAH e o processo de medicalização?

Atualmente, encontramos diferentes especialistas discutindo o TDAH, os quais buscam esclarecer o que é o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, como ele interfere no processo de aprendizagem, dentre outros aspectos. Em muitos estudos sobre o referido transtorno, encontramos definições com base em comportamentos, grande parte seguindo o modelo que os Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM) apresentam. Existem ainda outras explicações provenientes da área de Neuropsicologia, dentre as quais podemos citar os estudos de Aleksander Romanovich Luria (*1902-1977†).

Luria (1981) não escreveu sobre o transtorno em questão, no entanto, realizou pesquisas sobre as unidades cerebrais que apresentam o funcionamento do cérebro humano, o

que nos permite encontrar as possíveis causas do TDAH, visto que, sabendo sobre o funcionamento do cérebro também podemos compreender as consequências do não funcionamento de determinadas áreas.

Foi com estudos como esses que, a partir de 1930, Luria deu notoriedade à Neuropsicologia. Segundo Luria, Vygotsky e Leontiev (2001), a Neuropsicologia envolve o estudo das relações existentes entre o cérebro e as manifestações do comportamento. Tem por objetivo a relação entre as funções cognitivas, como a atenção, a memória, a percepção, a praxia e a linguagem. Em suma, Luria (1981) investigou o cérebro agindo com as funções psicológicas superiores, sendo uma delas a atenção. Seus estudos são importantes para nossa pesquisa, colaborando para o entendimento do funcionamento do cérebro de quem possui TDAH e para a compreensão de suas possíveis causas.

Em Luria (1981), entendemos que o cérebro humano possui três unidades funcionais as quais têm diferentes áreas, cada uma com suas especificidades. Em relação ao TDAH, as unidades que mais nos interessam são a primeira, localizada na face medial do cérebro, que é responsável por dois tipos de atenção: atenção seletiva e estado de alerta; e a terceira unidade funcional, localizada no lobo frontal, que é responsável por regular o comportamento, a atenção voluntária, a antecipação ativa, dentre outras funções.

Como podemos observar, as unidades citadas são responsáveis por diferentes tipos de atenção; uma disfunção ou lesão em algumas dessas partes pode fazer com que o indivíduo tenha um déficit de atenção (DA), podendo, ainda, acarretar outros problemas. A maior dificuldade enfrentada por quem tem DA é a de entrar e manter-se em estado de alerta (concentrado), sendo assim, todos os estímulos que chegam até este sujeito são considerados por ele principais, sem diferenciação com os secundários. Por esse motivo ele se perde durante as atividades, prestando atenção em vários aspectos sem se focalizar e resolver um de cada vez.

Luria (1981) esclarece ainda que o lobo frontal (terceira unidade) exerce uma função de caráter inibitório (capacidade de se conter). O autor ressalta que é por meio desta que o sujeito realiza, dentre outras funções, o planejamento de suas ações, por exemplo, o controle dos impulsos, a velocidade das atividades físicas e mentais; que é justamente o que falha no cérebro da pessoa com TDAH, pois esse controle cede lugar ao impulso, uma vez que o filtro perde a eficácia reguladora, o que pode explicar os comportamentos hiperativos.

Podemos observar que Luria não era pedagogo e nem escreveu sobre TDAH, mas sua contribuição para a compreensão do funcionamento do cérebro foi de suma importância (CORDEIRO; YAEGASHI, 2014). Muitos autores escrevem sobre o transtorno em questão, ajudando a compreendê-lo pelo viés da Saúde e/ou outros campos. Todavia, são poucos os

trabalhos que têm como objeto identificar as representações sociais de professores sobre o TDAH.

Nesta perspectiva, o presente estudo tem como objetivo geral caracterizar as representações sociais dos professores do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, bem como sobre o processo de medicalização do referido transtorno.

Como objetivos específicos, pretendemos: identificar os elementos que constituem os sistemas central e periférico das representações sociais entre as professoras entrevistadas; verificar qual a principal matriz conceitual acerca de TDAH e de medicalização que prevalece no grupo desses profissionais e; por fim, constatar as práticas pedagógicas realizadas com os alunos com TDAH pelas professoras participantes da pesquisa.

Consideramos o trabalho dos professores como questão essencial nas discussões sobre educação escolar, especialmente devido ao seu importante papel na mudança ou manutenção de determinado modo de organização do sistema educacional e escolar. Por isso, as representações que esses professores têm, consciente ou inconsciente, sobre um determinado conceito, no caso específico desta pesquisa, do conceito de TDAH e de medicalização, influenciam sobremaneira na forma como o professor conduzirá seu trabalho pedagógico. Assim, se o professor atribui somente à criança o problema da falta de atenção e não se vê como elemento de autoridade no processo de aprendizagem e desenvolvimento, isso pode ser algo preocupante, uma vez que encaminhar a criança para especialistas e solicitar a medicalização dos problemas de atenção e impulsividade acaba sendo a saída encontrada para tratar questões que são de ordem pedagógica.

Como bem argumenta Alves-Mazzotti (2008), é comum os professores atribuírem o fracasso escolar às condições sociopsicológicas do aluno e de sua família, não identificando a participação do trabalho pedagógico e as condições de aprendizagem como responsáveis por esse fracasso.

Tendo em vista tais pressupostos, a presente pesquisa adotará como suporte teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS). Essa teoria investiga como se formam e como funcionam os sistemas de referência que utilizamos para classificar pessoas e grupos e para interpretar os acontecimentos da realidade cotidiana. Por suas relações com a linguagem, com a ideologia, com o imaginário social e, especialmente, por seu papel na orientação de condutas e das práticas sociais, as representações sociais compõem elementos essenciais à análise dos mecanismos que intervêm na eficácia do processo educativo (ALVES-MAZZOTTI, 2008).

Para Moscovici (1978), as representações sociais não são apenas “opiniões sobre” ou “imagens de”, mas teorias coletivas sobre o real, sistemas que têm uma lógica e uma linguagem particulares, que envolvem valores e conceitos e que determinam o campo das comunicações possíveis, dos valores ou das ideias compartilhadas pelos grupos e influenciam, conseqüentemente, as condutas desejáveis ou admitidas. Segundo o autor, as proposições, reações e avaliações que fazem parte da representação se organizam de forma distinta em diferentes classes sociais, culturas e grupos, constituindo diferentes universos de opinião.

A Teoria das Representações Sociais possibilita a compreensão dos sistemas simbólicos que, atuando nos níveis grupal e macrosocial, interferem nas interações cotidianas na escola, contribuindo para a produção do “fracasso escolar” e de inúmeras formas de marginalização social. Além disso, essa teoria oferece um instrumental teórico-metodológico de grande utilidade para o estudo da atuação do imaginário social sobre o pensamento e as condutas de pessoas e grupos (MOSCOVICI, 1978).

É importante ressaltar que, no campo da pesquisa em Representações Sociais (RS), observa-se o uso de diferentes metodologias de coleta de dados que dependem do interesse explicativo do pesquisador. Dessa forma, no que se refere ao delineamento da pesquisa, são comuns pesquisas qualitativas envolvendo estudos de casos, estudos comparativos, experimentos, observação participante etc. Para a obtenção dos dados podem ser utilizadas entrevistas semiestruturadas individuais, técnica de associação livre ou evocação livre, questionários, grupos focais, observação, coleta de documentos, dentre outros. Para o estudo dos dados são utilizadas análises estruturais (análise de conteúdo, indexação, análise semiótica, análise da retórica e análise do discurso), além de modelos estatísticos, ou ainda, a combinação de ambos (REIS; BELLINI, 2011).

No caso específico da presente pesquisa, de caráter qualiquantitativo e descritivo, utilizamos como instrumento de coleta de dados um Teste de Associação Livre de Palavras, uma entrevista semiestruturada e um questionário sociodemográfico, a fim de investigarmos as características da amostra. Participaram da pesquisa 14 professoras do 1º ao 5º ano de seis escolas da rede municipal de ensino de Maringá-PR. Para a análise dos dados, utilizamos categorias de análise, segundo a proposta de Bardin (1977). Além das entrevistas com as professoras, foram realizadas observações das práticas pedagógicas desenvolvidas em sala de aula dos professores com alunos com TDAH.

Para a realização da pesquisa solicitamos a anuência da Secretaria Municipal de Educação de Maringá e, em seguida, submetemos o trabalho ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá. Uma vez aprovada a pesquisa, realizamos uma visita à Secretaria Municipal de Educação, a fim de

obtermos o levantamento do número de alunos com TDAH e quais os medicamentos utilizados em seus tratamentos. As escolas nas quais desenvolvemos a pesquisa foram selecionadas aleatoriamente, mas tínhamos como critério que estas mesmas tivessem alunos matriculados com diagnóstico de TDAH.

O estudo justifica-se pela necessidade de se compreender como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é concebido pelos professores, no intuito de contribuir com os docentes e demais profissionais da Educação, de modo a ampliar seus conhecimentos sobre o transtorno em discussão e os estimular à pesquisa, com o propósito de que escrevam sobre o tema, desenvolvendo um olhar crítico sobre o que se passa na sala de aula. Também gostaríamos de poder contribuir com a Secretaria Municipal de Educação de Maringá no controle de encaminhamentos de crianças às clínicas de apoio de Psicopedagogia, Neurologia, dentre outras; sobretudo com queixas de caráter comportamental.

A presente pesquisa está estruturada da seguinte forma: na primeira seção, apresentamos a introdução, que se ocupa de uma breve discussão sobre o tema estudado, os objetivos geral e específico, o problema de pesquisa, a delimitação da pesquisa, os sujeitos que fizeram amostra, o tipo de pesquisa e a justificativa para a realização desta.

Na seção dois, apresentamos uma revisão bibliográfica sobre o TDAH considerando o início das discussões sobre o referido transtorno, década de 1990 até 2014. Discutimos ainda sobre a dificuldade no diagnóstico do TDAH, sobretudo com base apenas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) utilizado pela maioria dos clínicos. Destacamos as fragilidades desse método de diagnóstico e os possíveis equívocos no tratamento desse transtorno.

Na seção três, abordamos a Teoria das Representações Sociais, buscando como referencial Moscovici (1981, 2001, 2015), Jodelet (1989), Jovchelovitch (1998, 2001), Abric (2000), dentre outros. A escolha dessa abordagem deve-se ao fato de a Teoria das Representações Sociais ser, na atualidade, uma ferramenta apropriada para a elucidação de diversos aspectos que envolvem não só Educação, mas também outras áreas.

A seção quatro é dedicada à apresentação dos procedimentos metodológicos utilizados para realizar o estudo de campo.

Na seção cinco, foram apresentados os resultados e as discussões dos dados coletados.

Por fim, nas considerações finais, tecemos reflexões sobre os dados encontrados, bem como sobre as limitações da pesquisa e implicações educacionais, a fim de sistematizar as contribuições desse estudo.

2 O QUE DIZEM OS ESTUDOS SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE?

Nesta seção, é apresentado um levantamento de artigos, dissertações e teses por meio da *internet* e que abordam algumas temáticas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), com a finalidade de obter um panorama geral das publicações *online* em nosso país no período de 1990 a 2014. Para tanto, o levantamento foi realizado por meio da base de dados Scielo, nos dias 15 de abril, 27 e 28 de setembro de 2014. Também utilizamos o buscador do Google para encontrar dissertações e teses sobre o assunto. Com a seleção desses materiais, pudemos realizar uma revisão bibliográfica sobre TDAH e verificar a quais áreas pertencem a maior parte de publicações (Educação, Saúde, entre outras); além de constatar os conceitos que os especialistas têm sobre TDAH e de onde são as fontes que retiram as informações (nacionais ou internacionais).

Com relação aos artigos, encontramos aproximadamente 120 publicações; no entanto, para a análise, selecionamos 13 estudos, cujos critérios foram: a abordagem sobre a definição de TDAH; TDAH e as comorbidades; TDAH e as formas de tratamento (incluindo a medicalização); TDAH e o fracasso escolar; o conhecimento da equipe pedagógica sobre o referido transtorno; e, por fim, as representações sociais de professores do Ensino Fundamental, visto que são pertinentes às questões que esta dissertação discorre. Dos artigos que constavam avaliações escolares e estudos relacionados a algum dos critérios mencionados, foram selecionados para análise apenas os que envolviam especificamente crianças na faixa de 6 a 12 anos, pois essa é a faixa etária das crianças com diagnóstico de TDAH que foram observadas em nosso estudo e para as quais as professoras que entrevistamos lecionavam; com exceção da última temática, pois há poucas publicações sobre as representações sociais de professores sobre o transtorno em questão.

Apesar de os critérios serem os mesmos para as dissertações e as teses selecionadas, o número encontrado foi menor em comparação com os artigos, sendo selecionadas cinco dissertações das 29 encontradas e duas teses das sete encontradas. Dividimos os resultados de nossa busca por temáticas, a fim de aprofundá-las e discuti-las, conforme pode ser visto nas próximas subseções.

2.1 A DEFINIÇÃO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Para termos uma base sobre como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é compreendido na literatura acadêmica, procuramos artigos, dissertações e teses publicados na *internet* que tivessem como objetivo explicar o que é esse transtorno, contudo, encontramos apenas um artigo, o de Rohde *et al.* (2000). Há, porém, outras obras nas quais os autores se dedicaram a realizar essa difícil tarefa de definição do transtorno.

Ao longo de sua curta história, esse transtorno já mudou de nome várias vezes, conforme aponta os psiquiatras Rohde *et al.* (2000) por meio de um breve histórico do TDAH. Nesse artigo, os autores ressaltaram a diferença da nomenclatura utilizada pelo DSM-IV (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Transtornos Hiperclínicos). Na década de 1940, o TDAH foi nominado como “lesão cerebral mínima” e, 22 anos depois, mudou para “disfunção cerebral mínima”.

Mas afinal, o que é TDAH? Rohde *et al.* (2000) o define como uma síndrome psiquiátrica de alta prevalência em crianças e adolescentes que apresentam desatenção, impulsividade e hiperatividade, segundo suas fontes nacionais (ROHDE *et al.*, 1998) e internacionais (autores não citados), que também revelam uma prevalência de 3% a 6%. Esses dados são interessantes, pois apresentam o percentual de crianças que possuem o TDAH; no entanto, os números podem variar de uma pesquisa para outra, pois sofrem influências do método utilizado para a coleta e análise de dados.

Com base nos estudos de Luria (1981), citados na introdução, acreditamos que o TDAH seja uma disfunção neurobiológica que acarreta a instabilidade de atenção e/ou a hiperatividade, visto que uma lesão ou alteração biológica ocorrida na formação de determinadas partes do cérebro, responsáveis pela atenção e concentração, podem causar prejuízos no indivíduo em relação a sua capacidade de se atentar por longos períodos a algo que deveria, bem como lesões em áreas responsáveis pelo planejamento e controle de impulsos, provocando, por exemplo, a hiperatividade. Considerando essa teoria, dependendo da lesão, o sujeito pode ter, ou não, um déficit de atenção e/ou uma hiperatividade mais moderada ou mais agressiva, o que varia de pessoa para pessoa, podendo sofrer influência, também, da natureza de cada sujeito e de seu meio. Sendo assim, não são todas as crianças com TDAH que perdem seus pertences, que são desorganizadas e que “vivem no mundo da lua”.

A fim de apresentar ao leitor sobre o TDAH, Rohde *et al.* (2000) também explicou sobre os tipos mais comuns de manifestação do transtorno: TDAH predominante desatento, predominante hiperativo/impulsivo e TDAH combinado, que são consideradas por alguns autores, bases de definição do transtorno, chamadas de tríade sintomatológica (desatenção, impulsividade e hiperatividade), como poderão constatar em análises posteriores.

Além da definição sobre TDAH, que varia de autor para autor, existem mais aspectos que causam discussões polêmicas sobre TDAH. Conforme vemos com Rohde *et al.* (2000), esse transtorno já teve muitas hipóteses e “certezas” de suas causas, no entanto, muitas dúvidas e incertezas ainda cercam o TDAH; uma delas é a dificuldade em identificá-lo e diagnosticá-lo. Desde a sua descoberta, existem controvérsias que causam desconfiança sobre sua existência, por exemplo, as causas desse transtorno, os “sintomas” e as avaliações diagnósticas.

Moysés e Collares (2010) também apresentaram em seu livro, de forma breve, a história do TDAH, destacando as controvérsias. Segundo as autoras, no início dos estudos, houve dificuldades em relação ao que poderia ser o transtorno. A princípio, consideravam-no como uma lesão, porém, ao realizarem testes durante certo tempo, não identificaram nenhuma lesão nos cérebros analisados. Moysés e Collares (2010) comentaram que, diante desse fato, o TDAH não existia; contudo, os especialistas da época insistiram na pesquisa, considerando-o uma disfunção.

Outros fatos foram questionados por Moysés e Collares (2010), como a certeza da existência do TDAH a partir da neuroimagem, o que para as autoras constituiu sentido de que antes realizavam estudos sobre algo do qual não tinham certeza que existia, além de fatos como a origem do transtorno, que primeiro era lesional e posteriormente passou a ser genético. Em consequência dessas informações discrepantes sobre o TDAH, Moysés e Collares (2010) contestam a realidade do transtorno em questão. Embora aceitemos o ponto de vista das autoras, consideramos que o TDAH exista, pois há crianças que possuem um grau elevado de instabilidade de atenção e, principalmente, com hiperatividade que prejudica sua vida em aspectos pessoais, acadêmicos e profissionais.

É comum e válido que, ao nos depararmos com algo desconhecido, nos coloquemos a duvidar do que é afirmado; isso nos ajuda a refletir e considerar outras ideias sobre o assunto, antes de tirarmos conclusões a respeito do fato. Sendo assim, o TDAH, que antes era desconhecido, passou a fazer parte das discussões de médicos, de professores e de outros especialistas que, ao longo dos anos, com suas pesquisas, realizaram e continuam realizando

descobertas que ajudam a entender e definir o transtorno, assim como acontece com qualquer outro assunto que seja de interesse da comunidade científica.

Podemos nos deparar, ainda, com autores como Freud (2014), que tentam comprovar que o TDAH não passa de uma doença fictícia para favorecer a indústria farmacêutica. No caso do autor supracitado, não encontramos argumentos científicos que amparem sua teoria. Segundo Freud (2014, p. 54)

[...] esse transtorno não existe. O que existem são crianças muito agitadas. E é verdade que há mais crianças agitadas do que antes, mas a primeira coisa que se faz, hoje, é diagnosticá-las de um jeito não válido, com um “déficit de vida”, pelo qual são medicadas, na tentativa de modificar a sua conduta.

Apesar de não comprovar a inexistência do TDAH, o que Freud (2014) ressaltou nesse trecho sobre o diagnóstico não está desamparado pelas pesquisas, pois as avaliações sobre TDAH realizadas nas clínicas não são totalmente confiáveis, devido aos critérios utilizados pelos profissionais que, de acordo com o referido autor, não levam em consideração a sociedade em que vivemos.

Em nossa “Era digital”, as informações são disseminadas rapidamente e tentamos realizar as atividades o mais depressa possível, pois perder tempo é intolerável. Como as crianças reagem a esse meio? É certo que nos adaptamos ao ritmo que devemos seguir e as crianças também. Sendo assim, em uma casa em que todos são acelerados, as crianças aprendem a fazer tudo rapidamente. Levando em consideração essa sociedade, qual criança terá tempo de ficar sentada escutando a professora que está explicando um conteúdo por um tempo prolongado? Quem irá esperar a hora de brincar, se isso faz com que “se perca o tempo da brincadeira”? Se para o adulto está difícil esperar, muito mais difícil está para uma criança. Elas estão cada vez mais agitadas porque nós estamos educando-as desta forma (CORDEIRO; SILVA, 2013).

No entanto, o fato de, atualmente, as crianças serem naturalmente mais agitadas que outrora, não anula a possibilidade de algumas nascerem com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. O que deve ser levado em consideração é que o especialista clínico deverá se atentar a todas as hipóteses e investigar cada detalhe antes de fechar um diagnóstico, além de considerar as falas de familiares e professores das crianças que possam vir a ser diagnosticadas com TDAH. Porém, a responsabilidade não está apenas nas mãos dos profissionais clínicos, pois a família também deve assumir o papel de educar essa criança, bem como todas as demais, considerando suas especificidades, mas sem privá-las de limites e outros aspectos importantes para sua formação moral e cidadã. Da mesma forma, na escola, os

alunos com TDAH têm o direito à educação escolar de qualidade, assim como os demais, portanto, o professor também deve assumir suas responsabilidades, preparando-se em termos teóricos e práticos para lidar com essas crianças.

Conforme já foi citado anteriormente, por meio de estudos da Neuropsicologia é possível compreender o funcionamento do cérebro, inclusive do sujeito com TDAH. Especificamente com as pesquisas de Luria (1981), entendemos os aspectos biológicos que causam o TDAH. A primeira e a terceira unidade funcional, ao sofrerem uma lesão ou disfunção, podem acarretar em instabilidades na atenção e/ou impulsividade, dentre outros problemas que possuem como consequência a dificuldade de aprendizagem, pelo fato de o aluno não se concentrar devidamente nos conteúdos.

2.2 O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E OUTRAS COMORBIDADES

As comorbidades são outros transtornos ou distúrbios que o sujeito possui junto ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Em alguns casos, é difícil saber se a comorbidade é consequência do próprio TDAH ou se é uma dificuldade além do transtorno em questão. Phelan (2005b) acredita que, até a adolescência 50% dos jovens com diagnóstico de TDAH terão outros distúrbios associados. É relevante para o clínico saber se há comorbidades com o TDAH, pois isso implica na terapia e no prognóstico a ser realizado; já para o professor, em sala de aula, ajuda saber quais dificuldades esse sujeito possui e por que, a fim de realizar as práticas de ensino que o ajude a superar as limitações e potencializar suas habilidades.

De acordo com Phelan (2005b), podemos encontrar Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade com Distúrbio de Conduta ou Distúrbio de Oposição Desafiante (em crianças), com Distúrbio do Desenvolvimento de Coordenação, com Depressão, com Ansiedade, com Distúrbios de Aprendizagem, com Agitação ou Mania, com Estímulos Fortes, com Características de Personalidade Limítrofe e/ou com Abuso de Substâncias.

Considerando o exposto, procuramos artigos, dissertações e teses que tivessem como objetivo explicar sobre as comorbidades associadas ao TDAH, ou seja, estudos com crianças com TDAH, entre 6 e 12 anos de idade, com transtornos associados. Foram selecionados dois artigos: Pereira, Araújo e Mattos (2005) e Possa, Spanemberg e Guardiola (2005). Não encontramos dissertações e teses que possuíssem o objetivo supracitado, seguindo os critérios estabelecidos para seleção e análise.

No estudo bibliográfico dos médicos Pereira, Araújo e Mattos¹ (2005) os autores tinham como objetivo verificar as comorbidades associadas ao TDAH, enfatizando o Distúrbio do Desenvolvimento de Coordenação (DDC). Os autores definem o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade como uma síndrome cujo comportamento é incoerente à idade e à inteligência do sujeito que o possui, implicando prejuízos no desenvolvimento de crianças. A prevalência apresentada pelos autores é de 5% a 15% em crianças em idade escolar, chegando a ser três vezes mais em meninos, segundo fonte internacional: Cunningham e Barkley (1978).

Pereira, Araújo e Mattos (2005) consideram que, aproximadamente, 30% a 50% dos sujeitos com TDAH possuem comorbidades com outros transtornos psiquiátricos. Ao levantar dados sobre alguns transtornos e distúrbios associados ao TDAH, os autores verificaram que 40% a 60% das crianças que possuem esse diagnóstico também têm Transtorno do Opositor-Desafiante (TOD), o que pode ser uma pré-disposição ao Transtorno de Conduta (TC), agravando ainda mais o caso. Os distúrbios de humor, de ansiedade e a depressão estão entre 20% a 40% dos sujeitos com TDAH, sendo considerados menos impactantes no prognóstico, quando comparados à influência que o TOD causa. A prevalência de Transtornos de Aprendizagem associados ao TDAH é de 20% a 80%; os autores justificam essa diferença de porcentagem devido às variações metodológicas utilizadas nas pesquisas. Por fim, a prevalência entre TDAH e DDC aceita pelos autores é de 50% em crianças.

Sendo assim, as crianças que apresentam DDC possuem uma incapacidade de planejar e executar ações motoras (sequência, tempo e força de movimentos). Todavia, crianças com TDAH também possuem algumas dessas características, ficando difícil saber se a característica se deve a uma comorbidade ou se já existia.

As crianças com TDAH não apresentam todas as características descritas em manuais e pesquisas, por isso, algumas são mais atrapalhadas do que outras ou ainda, não possuem dificuldades em movimentos e ações que exigem coordenação motora.

Precisamos levar em consideração, também, o fato de que elas estão em fase de desenvolvimento dessas habilidades e que dependem do estímulo que recebem da família e da escola. Não é justo cobrarmos que uma criança de oito anos de idade saiba amarrar um cadarço se ela não foi ensinada e/ou se os seus responsáveis são quem sempre amarra seus tênis, por exemplo. Diante disso, não podemos classificá-la como possuindo dificuldades motoras, muito menos com DDC, tendo ela TDAH ou não.

¹ Pereira é pediatra, Araújo é neuropediatra e Mattos é psiquiatra.

Considerando o fato de que as ações de uma criança com TDAH sofrem influências de sua capacidade de planejamento e de sua instabilidade de atenção, torna-se difícil identificar se é de sua natureza as dificuldades de movimentos ou se são mais graves, tendo um DDC associado. Portanto, cabe ao clínico estar atento aos diagnósticos e ao professor estimular o desenvolvimento das habilidades motoras, independentemente de ser uma dificuldade da própria idade, do TDAH ou um DDC, visto que essa responsabilidade já é da escola desde a Educação Infantil e deve perdurar ao longo do Ensino Fundamental e Médio.

Outro artigo encontrado sobre as comorbidades associadas ao TDAH, selecionado para análise, pertence aos psicólogos Possa, Spanemberg e Guardiola (2005). Com base no DSM-IV, eles definiram o TDAH como um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, com prevalência em torno de 3,5% a 8% no Brasil, segundo fontes nacionais (GUARDIOLA, 1994; ROHDE *et al.*, 1999; GUARDIOLA; FUCHS; ROTTA, 2000).

Possa, Spanemberg e Guardiola (2005) avaliaram 35 crianças entre 7 e 11 anos com TDAH, a fim de verificar possíveis comorbidades com outros transtornos psiquiátricos. Os respectivos professores receberam um questionário com base no DSM-IV para ser respondido, para ajudar na classificação das crianças com transtornos associados. Foram constatadas as seguintes comorbidades: 40,0% (nº 14) das 35 crianças apresentaram Transtorno Compulsivo (TC); 8,5% (nº 3) apresentaram Transtorno do Desafiante-Opositor (TDO); 77,1% (nº 27) tinham dificuldades de alfabetização; 17,1% (nº 6) apresentaram lateralidade mal estabelecida; e 5,7 (nº 2) dislalia. Os autores concluíram a necessidade de os especialistas clínicos verificarem as possíveis comorbidades em crianças com TDAH, com o objetivo de indicar os tratamentos apropriados para cada caso.

Uma criança com déficit de atenção e/ou hiperatividade dificilmente não terá outros problemas que impliquem em seu rendimento escolar. O fato de ter uma instabilidade de atenção já indica que a apreensão do conteúdo não será comparável ao de uma criança sem TDAH. Sendo assim, nem sempre a dificuldade de aprendizagem significa um Transtorno de Aprendizagem, mas sim uma decorrência do próprio transtorno. Isso significa que há uma linha tênue entre o que é comorbidade e o que é natural do TDAH.

2.3 DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

O processo diagnóstico é delicado e complicado. Há uma larga discussão sobre as responsabilidades que o envolve: quem deve realizá-lo? Como realizá-lo? Como podemos

confiar nele? Ao falar em diagnóstico, nos vem à mente a imagem de um médico como a figura que realiza essa ação; no entanto, há muitos envolvidos nesse processo – ou, pelo menos, deveria haver. Apenas um especialista clínico devidamente capacitado e habilitado pode realizar um diagnóstico, mas ele não o faz sozinho; especificamente no caso de crianças com TDAH, pais, professores e demais responsáveis por elas ajudam a compor os elementos que darão subsídio para o clínico fechar o diagnóstico.

Procuramos por artigos, dissertações e teses que tivessem como objetivo discutir sobre o diagnóstico. Existem diversos trabalhos que propõem testes para avaliar e diagnosticar crianças com (suspeita de) TDAH, sobretudo com estudos de caso. Todavia, como não se encaixavam em nossos critérios, selecionamos um artigo que apenas aborda, brevemente, sobre o diagnóstico desse transtorno: Graeff e Vaz (2008).

Graeff e Vaz (2008), ambos psicólogos, apresentaram as formas de avaliações para o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Os autores se pautam no conceito de TDAH descrito por Barkley (2002), considerando-o como um transtorno no desenvolvimento do autocontrole. Também o descreveram como uma patologia caracterizada pela dificuldade em manter a atenção, justificada pela inquietação (hiperatividade e impulsividade), ou seja, consideraram a hiperatividade a causadora da desatenção.

Em seguida, descreveram separadamente a tríade que compõe o TDAH. Sobre a desatenção, apresentaram sua descrição feita no DSM-II, em 1968, que era denominada Distúrbio de Reação Hiperkinética da Criança, posteriormente, no DSM-III, em 1980, recebeu a nomenclatura Distúrbio de Déficit de Atenção, cujos responsáveis foram Virgínia Douglas juntamente com seus alunos da Universidade McGill, do Canadá. Nesta versão do manual, os sintomas poderiam ou não ser acompanhados de hiperatividade (GRAEFF; VAZ, 2008).

Ao descreverem os “sintomas” da desatenção, Graeff e Vaz (2008) salientaram manifestações como dificuldade de atentar-se a detalhes e de manter a atenção em atividades lúdicas ou tarefas em geral, dentre outras baseadas nos estudos de Rohde *et al.* (1998). Com relação à Hiperatividade, classificaram-na como inquietação motora e agressiva, de acordo com Phelan (2005a); mas salientaram que, em um diagnóstico, essa inquietude pode ceder para a timidez, devido ao lugar desconhecido que é a clínica e à presença de pessoas que não fazem parte do convívio da criança, o que pode comprometer a avaliação. A impulsividade, por sua vez, também baseada em Phelan (2005a), foi considerada pelos autores como uma ação sem o controle racional, o que pode ser muito perigoso para a criança que possui TDAH.

Sobre o processo diagnóstico, Graeff e Vaz (2008) salientaram que, primeiramente, a frequência dos sintomas deve ser analisada, persistindo por um tempo considerável e em

locais diferentes. Segundo os autores, os sintomas só são percebidos quando a criança ingressa na escola, sobretudo no Ensino Fundamental. Em seguida, os autores apresentaram os critérios de diagnóstico contidos no DSM-IV TR e as possíveis comorbidades as quais o profissional deve levar em consideração. Os procedimentos para o diagnóstico foram descritos na sequência: entrevista com os familiares e com o sujeito que será diagnosticado; entrevista com a instituição de ensino que o sujeito frequenta; utilização de escalas/questionários para pais e professores e testes psicológicos.

A entrevista com os pais seria a *anamnese*, em que os responsáveis pela criança ou adolescente respondem questões sobre a história de vida do filho desde o nascimento (problemas antes, durante ou depois do parto, idade em que começou a andar, tipo de alimentação, dentre outras) até o momento. A entrevista com a criança ou adolescente seria o primeiro contato com o profissional, para que observassem as características gerais do sujeito analisado. A entrevista com a escola é importante para que o profissional colete dados atuais e passados sobre a vida acadêmica do sujeito em avaliação diagnóstica, a fim de verificar seu comportamento em diferentes ambientes.

As escalas ou questionários para pais e professores consistem em coletar informações específicas sobre os “sintomas” do sujeito; um exemplo de escala utilizada é a de Conners. Os testes psicológicos foram considerados por Graeff e Vaz (2008) como não decisivos, apesar de ajudarem os profissionais. A dificuldade de serem instrumentos confiáveis reside no fato de que algumas crianças obtêm resultados que não revelam suas dificuldades. Os autores salientaram a importância de utilizar testes neuropsicológicos nas avaliações diagnósticas e citaram o trabalho de Amaral e Guerreiro (2001) como um dos que demonstram a relevância desses testes (GRAEFF; VAZ, 2008).

O artigo apresentou uma forma de processo diagnóstico pelo qual os alunos encaminhados são submetidos. Assim, é importante que os educadores conheçam os procedimentos e como se chega ao diagnóstico, a fim de que possam confiar no trabalho realizado nas clínicas, ou não, e compreender os resultados para que possam discuti-los.

Conforme vimos na seção 2.1, a tríade sintomatológica é considerada por alguns autores como o “trio base” no TDAH. Contudo, concordamos com Silva (2003) ao afirmar que a base é a disfunção neurobiológica; uma vez que esse trio seria a composição das repercussões mais comuns, ou seja, não é o fato de a criança ser hiperativa que a faz ter o diagnóstico de TDAH, mas, sim, o déficit no sistema inibitório que acarreta em ações “hiperativas” e até impulsivas em determinados casos (SILVA, 2003).

O mesmo ocorre em relação à “desatenção”; concordamos com Silva (2003) quando diz que esse termo é inadequado; a autora esclarece que a criança com TDAH pode não estar atenta ao que você diz, mas há outro estímulo ao qual ela está atenta; isso ocorre porque, o fato de ter uma dificuldade de entrar e manter-se em estado de alerta, não significa que ela seja alheia a tudo. Ou, até mesmo, ora o aluno focaliza a atenção em determinada atividade, ora se distrai com seus pensamentos e, em dado momento, novamente volta a atenção para a atividade; trata-se, portanto, de uma instabilidade de atenção, diferentemente de desatenção, que sugere a ausência da mesma.

Alguns alunos com TDAH possuem a habilidade de hiperfoco, o que pode ser inacreditável para algumas pessoas, mas possível mesmo com o déficit de atenção, isso porque a dificuldade pode estar ligada a determinado estímulo, por exemplo, o auditivo, a criança não consegue se manter atenta à explicação oral da professora, no entanto, uma aula com estímulos visuais a mantém com atenção por um tempo prolongado. Nesse caso, a criança possui déficit de atenção auditivo, mas possui uma boa atenção visual (SILVA, 2003).

De acordo com Assumpção Júnior (2005), desde o berço as crianças com TDAH mostram-se irritadiças, com muito choro e acordando várias vezes à noite. As agitações psicomotoras iniciam logo no primeiro ano de vida, com desinteresse rápido em brinquedos e brincadeiras. O autor ainda salienta que principalmente os meninos apresentam prejuízos no desenvolvimento da fala, o que pode comprometer futuramente a alfabetização, visto que apresentam ao longo da infância, trocas, omissões e distorções fonêmicas, além da taquilalia, um ritmo mais acelerado na fala (ASSUMPÇÃO JÚNIOR, 2005). Segundo Silva (2003), crianças com TDAH são mais propensas a desenvolverem distúrbios sociais, emocionais e comportamentais, além de manifestarem mais problemas escolares do que as que não o possuem.

Goldstein e Goldstein (1996) dizem que ao dirigirmos a palavra a essas crianças, elas parecem não ouvir; perdem materiais, atividades, livros, dentre outros objetos; esquecem as tarefas e atividades diárias e se distraem com estímulos externos. Algumas dessas características estão presentes em crianças que não têm uma rotina em casa, assim como limites e responsabilidades; por isso, o especialista que recebe um aluno com tais queixas deve levar em consideração todas as possibilidades e realizar as atividades necessárias para que encaminhe a um diagnóstico correto e, assim, faça as intervenções necessárias para ajudar na aprendizagem deste.

Pelo fato de serem comportamentos comuns entre crianças sem uma rotina e crianças com TDAH, podem ser facilmente confundidos se não forem analisados por profissionais que

dominam o assunto, bem como casos de crianças sem limites serem taxadas como hiperativas e vice-versa. A esse respeito, Zagury (2010, p.12) salienta que, com frequência,

[...] essas crianças são confundidas com as que têm a síndrome da hiperatividade verdadeira, porque, de fato, iniciam um processo que pode assemelhar-se a esse distúrbio neurológico. Na verdade, tudo na atitude da criança pode levar a esse diagnóstico, muito embora, no caso em questão, seja muito mais provável tratar-se da hiperatividade situacional. Quer dizer, de tanto poder fazer tudo, de tanto ampliar seu espaço e sem aprender a reconhecer o outro como um ser humano com necessidades e direitos tal como ela, essa criança tende a desenvolver características de irritabilidade, instabilidade emocional, redução da capacidade de concentração e atenção, derivadas, como vimos, da falta de limite, da incapacidade crescente de tolerar frustrações e contrariedades.

Os profissionais responsáveis por diagnosticar o aluno com TDAH devem saber diferenciar essas crianças e não se basearem apenas em comportamentos. Quando o processo de avaliação diagnóstica não é bem realizado, pode resultar em erros sérios e em encaminhamentos equivocados. Como exemplo, temos crianças que possuem miopia e que são diagnosticadas com TDAH. Isso ocorre quando o profissional se pauta nas características do transtorno, pois a criança com esse problema na visão também fica inquieta, levantando várias vezes da carteira sempre que precisa realizar atividades visuais. Se ela não consegue enxergar as escritas e/ou imagens, a sua atenção não se mantém por muito tempo e logo outros estímulos a chamam para além da atividade. No entanto, a criança com miopia deve ser tratada e utilizar recursos diferentes de uma com TDAH. Equívocos dessa natureza não são raros, uma vez que na literatura já existem relatos de casos em que crianças míopes estavam recebendo tratamento psicoterápico e/ou medicamentoso (MAIO; YAEGASHI, 2015). Além de não resolver o seu problema, uma criança que recebe um tratamento equivocado pode ter a saúde prejudicada e passar anos com esta intervenção que não resolverá o “transtorno” diagnosticado pelo “especialista”.

Infelizmente, muitos profissionais ficam restritos ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais para realizarem as avaliações de crianças com suspeitas de TDAH. O próprio coordenador do DSM-IV, Allen Frances, realiza críticas ao manual pelos diversos equívocos conceituais que há nas versões, sobretudo no mais recente DSM-V. Frances (2013) após ler o DSM-V, escreveu um parecer sobre o manual e expôs seu arrependimento sobre a mudança que realizou em algumas palavras no DSM-IV, palavras que, segundo o próprio autor, parecem tão pequenas, mas que podem causar grandes impactos nos diagnósticos. Esses erros, dentre outros nas diferentes edições do DSM, comprometem um diagnóstico

eficaz e confiável, principalmente por parte dos clínicos que confiam unicamente nesse material para suas práticas diagnósticas.

O TDAH não é uma doença, não possui sintomas e seus comportamentos são facilmente confundidos com os de crianças da nossa sociedade do imediato, ou que estão passando por alguma dificuldade emocional que interfere em seu comportamento, ou ainda, que possuem alguma dificuldade física que interfira na atenção e/ou no controle dos impulsos. Trata-se de uma disfunção neurobiológica sendo assim, deve haver encaminhamentos que identifiquem esse transtorno por meio de exames.

Ainda sobre o DSM-V, Frances (2013) salienta que, se não passar por uma revisão imediatamente, os rios de os profissionais clínicos aumentarem o número de diagnósticos de TDAH, que já são excessivos, podem ser ainda maiores. É pela fragilidade de parâmetros diagnósticos descritos no DSM que não consideramos esse recurso seguro. Concordamos com Figueiredo e Tenório (2002) quando salientam que não podemos confiar em um manual que conduz um especialista a diagnosticar alguém por meio de observações de comportamentos. Esses pesquisadores realizaram um estudo de caso clínico após questionarem a eficácia do DSM-IV no diagnóstico psiquiátrico. Eles compararam os dados coletados dos pacientes por meio da *anamnese* e de uma entrevista psicanalítica. Verificaram que houve uma discrepância nos diagnósticos realizados, o que pode influenciar até no tratamento dos pacientes.

Veremos, a seguir, uma crítica ao DSM, considerando os equívocos citados por Frances (2013) e a fragilidade no diagnóstico de TDAH.

2.3.1 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM): Diagnosticando o comportamento

De acordo com Rohde *et al.* (2000) o diagnóstico de um TDAH só pode ser feito por profissionais da saúde com especialidade na área, tais como psicopedagogos, psicólogos e neuropediatras. Burkle (2009) revela que muitos especialistas clínicos utilizam o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) para nortear os procedimentos de avaliação, o que revela, segundo Figueiredo e Tenório (2002), uma fragilidade no processo diagnóstico. Apresentaremos alguns “sintomas” descritos pelo DSM-V (2014) que orientam os profissionais a diagnosticarem os sujeitos que apresentam seis ou mais das nove características de Desatenção e/ou seis ou mais das nove características de Hiperatividade/Impulsividade:

1. **Desatenção** [...] a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso). b. Frequentemente tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas). c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia). [...] 2. **Hiperatividade e Impulsividade** [...] a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se recontorce na cadeira. b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do lugar em sala de aula, no escritório, ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exigem que se permaneça em um mesmo lugar). c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude). [...] (DSM-V, 2014, p. 59-60).

Como salienta Caliman (2008), todos somos, em certa medida, desatentos e impulsivos. Levando em consideração as características apresentadas pelo DSM, qual criança não tem dificuldade em manter a atenção em atividades por um tempo prolongado? Ou que não remexe os pés na cadeira? Quem conhece alguma criança que passa no mínimo duas horas na cadeira sem se levantar ou virar para conversar com um amigo? E, afinal, tudo isso não se aplica apenas às crianças; se para nós, adultos, já é difícil mantermos a atenção por um determinado tempo e controlar os impulsos, o que se dirá de uma criança, sobretudo com menos de sete anos de idade? Podemos observar que em cada item do DSM em relação ao transtorno em questão, há uma resposta que não tem necessariamente uma ligação com o TDAH, exemplo: “[...] Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se recontorce na cadeira”. Se uma criança de sete anos de idade senta em uma cadeira na sala de aula que é alta e não adequada para sua altura, provavelmente remexerá os pés frequentemente.

Todas as características descritas no DSM para identificar o TDAH não são sintomas, mas, sim, comportamentos; diferentemente de quando estamos com gripe e apresentamos sintomas como febre alta, dores de cabeça, dentre outros sintomas e temos o comportamento de ficarmos deitados. Ao sermos avaliados pelo médico, ele observará esses e outros sintomas para chegar ao diagnóstico de gripe. Imaginem como seria se ele avaliasse o comportamento que temos diante desse possível quadro. Em quantos casos temos o comportamento de ficarmos deitados? É essa fragilidade no DSM que nos preocupa, pois várias crianças com comportamentos comuns podem receber um diagnóstico de TDAH por engano. Acreditamos que seja necessário rever os critérios de diagnóstico para que não haja mais equívocos nas clínicas. Assim como vimos no item anterior, Frances (2013) salienta a necessidade, quase

que urgente, de uma revisão no DSM-V, para que não haja mais equívocos nos diagnósticos, a partir dos erros conceituais, dentre outros, presentes nesse manual.

Frances (2013) aponta em sua crítica ao DSM-V, alguns erros que encontrou sobre a conceituação e classificação de alguns distúrbios e transtornos mentais, dentre os quais mencionou o TDAH. Segundo o referido autor, nesta nova edição, o DSM exige a presença de alguns “sintomas” apenas antes dos 12 anos de idade e adverte que as crianças nessa faixa etária demonstram impulsividade, desatenção e hiperatividade como parte de seu desenvolvimento natural, ou seja, toda criança possui, em parte, essas características que são normais da infância, mas que o DSM-V insiste em categorizar de forma superficial, causando aumento no diagnóstico.

Com base nos comportamentos, o especialista muitas vezes acaba fazendo um questionário para a família e elencando os itens que o sujeito possui, sem levar em consideração outros aspectos importantes para um diagnóstico (como o meio social e outros fatores). Se o trabalho não for bem realizado, pode comprometer a fidelidade do diagnóstico, que já não tem uma base muito sólida, uma vez que as características apresentadas são frágeis e de caráter comportamental.

No caso dos professores de alunos com TDAH, apesar de não terem a função de diagnosticar, eles podem identificar o problema, conforme nos lembra Silva (2003), pois independente do transtorno ou da dificuldade que a criança possua, esta aparecerá nas atividades escolares, caso contrário, não há com o que a escola se preocupar. A instituição escolar deve saber que o mais importante é a questão da aprendizagem.

Se os educadores se atentarem mais para a aprendizagem e meios de fazer com que suas mediações sejam eficazes e ajudem seus alunos a alcançarem os conhecimentos científicos, o número de crianças que frequentam especialistas clínicos poderá diminuir; assim como a quantidade de diagnósticos com TDAH, sobretudo os equivocados e com prescrições de cloridrato de metilfenidato. Podemos observar sinais que aparecem nas atividades escolares de crianças com TDAH. É muito importante que o professor observe os erros e os acertos dos alunos e realize uma análise das atividades escolares (CORDEIRO; YAEGASHI, 2014).

Caso realmente haja a necessidade de encaminhar a criança para um especialista clínico, o professor pode entregar um relatório constando todo o seu trabalho de análise neuropsicológica das atividades escolares, ou seja, pontuações dos erros mais comuns nas atividades que exijam atenção e concentração, por exemplo. Assim, o especialista terá mais um instrumento que o ajude no diagnóstico, não se pautando apenas no DSM. Ele poderá ler o

relatório do professor, fazer as avaliações e as investigações necessárias, contando com a ajuda da instituição e realizando um trabalho conjunto com a escola e a família da criança com suspeita de TDAH, possibilitando, assim, um diagnóstico com menos erros e cada vez mais justo (CORDEIRO; YAEGASHI, 2014).

É preciso mais estudos que apontem a necessidade de os profissionais clínicos realizarem um diagnóstico em parceria com as escolas e com as famílias de crianças com (suspeitas de) TDAH, a fim de demonstrar formas mais confiáveis e eficazes de diagnósticos, que não se pautem apenas em manuais comportamentais. Segundo Araújo e Lotufo Neto (2014), atualmente, está crescendo o número de especialistas que não aceitam o DSM como uma cartilha a ser seguida, bem como pesquisadores que se dedicam a explicitar as fragilidades desse manual, tais como Figueiredo e Tenório (2002) e Frances (2013) que vimos acima, além de outros como Moreira (2010) que apontou alguns casos de equívocos em diagnósticos a partir de edições do DSM que causaram confusões em tribunais, bem como as sentenças atribuídas aos diagnosticados. Podemos ver que as consequências de um diagnóstico mal feito podem ser severas.

2.4 AS FORMAS DE TRATAMENTO MAIS UTILIZADAS ATUALMENTE PARA O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Atualmente, encontramos diversas formas de tratamento para o TDAH, as mais utilizadas são a medicamentosa, a Psicoterapia e o atendimento psicopedagógico. Para os e familiares e docentes de crianças com TDAH também há na literatura orientações sobre como ajudar o filho/aluno.

Para discorrer sobre a categoria TDAH e suas formas de tratamento, procuramos trabalhos que explicitassem diferentes possibilidades de tratamento utilizadas atualmente, sem o uso de medicamentos. Na base de dados Scielo encontramos poucos trabalhos que abordassem profundamente sobre, por exemplo, a Psicoterapia no tratamento de crianças com TDAH ou outras formas de intervenções, tanto pedagógica quanto psicológica e psicopedagógica. Porém, encontramos quatro artigos que abordam brevemente sobre algumas intervenções que os professores podem realizar em sala de aula e que os clínicos podem usar nos consultórios, além de um estudo de caso realizado com uma aluna com TDAH e a utilização da Psicoterapia: Argollo (2003), Rohde *et al.* (2004) e Pereira e Silva (2011). O

artigo de Stroh (2010) aborda sobre a Psicopedagogia nos casos de TDAH. Encontramos, ainda, uma dissertação (NOBRE, 2011) que propõe a musicalização como forma de terapia ao TDAH.

Veremos em cada subitem, um pouco sobre algumas formas de tratamento: tratamento medicamentoso, Psicoterapia, atendimento psicopedagógico, orientações aos professores e orientação aos pais.

2.4.1 A medicalização como forma de tratamento para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: doce ou veneno?

Atualmente, existem diversos tipos de medicamento para o TDAH, no entanto, os psicoestimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC) são os mais utilizados (CAMARGOS JÚNIOR, 2005). Trata-se de uma droga que, segundo Mattos (2005), aumenta os níveis de atividades motoras e cognitivas, agindo no tronco cerebral. Segundo Camargos Júnior (2005), o psicoestimulante utilizado no Brasil para o tratamento de TDAH é o metilfenidato. De acordo com o Ministério da Justiça do nosso país, esse medicamento pertence a um grupo de substâncias chamado anfetamina, ou seja, uma droga sintética que estimula as atividades mentais por meio de adrenalina e noradrenalina² no cérebro (BRASIL, 2007).

Camargos Júnior (2005) explica que o metilfenidato inibe seletivamente a recepção de dopamina, além de bloquear receptores pré-sinápticos de recaptção da dopamina³, ou seja, no caso de TDAH, acredita-se que ele ajudar, por exemplo, a inibir movimentos impulsivos. Os estudos relacionados ao TDAH que mais crescem no mundo são os referentes aos medicamentos (MATTOS, 2005). Existem professores e clínicos que são totalmente contra o uso de psicoestimulantes do SNC e os motivos são diversos, sendo um deles o possível vício em drogas (tanto em dependência do próprio remédio quanto em drogas ilícitas), por exemplo, em êxtase⁴, que segundo o Ministério da Justiça Brasileira, também pertence ao grupo das anfetaminas, porém, não sob a forma de medicamento.

² Adrenalina e Noradrenalina são neurotransmissores que influenciam no comportamento motor, no humor, na ansiedade, no sono, na alimentação dentre outras funções da formação reticular, que faz parte da primeira unidade cerebral descrita por Luría (1981).

³ Neurotransmissor que ajuda a controlar os movimentos, a aprendizagem, o humor, as emoções, a cognição, o sono e a memória.

⁴ Metilenodioximetanfetamina (MDMA) (BRASIL, 2007).

Phelan (2005b) e Silva (2003) destacam que o uso de psicoestimulantes, se feito de maneira correta, oferece, em alguns casos, apenas um pequeno ganho de peso ou outros efeitos colaterais discretos, uma vez que se trabalhe com doses baixas. A questão segundo Goldstein e Goldstein (1996) é saber a dosagem que difere o “antídoto” do “veneno”. No entanto, Camargos Júnior (2005) apresenta alguns efeitos que o metilfenidato pode causar, sendo, um deles, o potencial para uso de drogas, além da perda de apetite, dentre outros. O autor também descreve sintomas hipomaníacos e maníacos como perturbação do sono, interferência no crescimento, tiques, dentre outros, que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2012) reconhece como eventos adversos.

Para constatar o que há de publicações na *internet* sobre o assunto, procuramos artigos, dissertações e teses que tivessem como objetivo explicar sobre o uso do medicamento em crianças com TDAH e que apresentassem o consumo dos medicamentos em casos de TDAH no Brasil. Diante do exposto, selecionamos três artigos: Carlini *et al.* (2003), Caliman e Domitrovic (2013) e Itaborahy e Ortega (2013).

O artigo de Carlini *et al.* (2003) foi um dos selecionados por realizar entrevistas com 463 neurologistas e 411 psiquiatras sobre o medicamento no tratamento do TDAH. Apesar de os autores não apresentarem uma definição de TDAH, mostraram uma prevalência de 3% a 6% em crianças e adolescentes, tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos, cujas referências são nacionais (ROHDE *et al.*, 1998; 2000) e internacionais (GOLDMAN *et al.*, 1998; BROWN *et al.*, 2001; SCHACHTER *et al.*, 2001).

Os autores apresentam um estudo sobre a opinião dos especialistas clínicos sobre o medicamento, principalmente do metilfenidato que foi mencionado como substância “antidependente”, sendo esse um dos “benefícios” que o remédio oferece (CARLINI *et al.*, 2003). Todavia, outras literaturas demonstram que esse medicamento traz muitos malefícios a médio e longo prazo, como vimos nos parágrafos acima com Camargos Júnior (2005).

Tais controvérsias nos levam ao seguinte questionamento: considerando que a maior parte das receitas de metilfenidato é destinada às crianças, não seria um pré-requisito uma medicação que não causasse dependência?

Podemos ver com essa constatação um dos motivos pelos quais muitos discursos contra a medicalização infantil para TDAH estão sendo realizados, pois o metilfenidato é, como Carlini *et al.* (2003) bem expressa em seu título, um medicamento de receita A (cor amarela). De acordo com a ANVISA, Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, incluem-se nas receitas amarelas, os medicamentos com entorpecentes e psicotrópicos, ambas

substâncias que podem causar dependência física ou psíquica e que, por isso, só podem ser vendidas mediante apresentação e retenção da receita.

Mesmo diante desse fato, Carlini *et al.* (2003) constataram que 60,1% (nº 247) dos 411 psiquiatras entrevistados prescrevem o metilfenidato e 78,8% (nº 365) dos 463 neurologistas também. Com relação ao benefício do mesmo medicamento, 99% (nº 605) dos médicos citados que o prescrevem o consideram útil e 25,2% (nº 153) receitaram o metilfenidato para 10 pacientes em apenas um ano. Na questão referente a reações adversas, não foram constatadas, pelos médicos, reações sérias, apenas dores de cabeça, emagrecimento, inapetência, hiperexcitabilidade, náuseas, taquicardia e parada de crescimento. Dos 612 médicos que receitaram o metilfenidato, 83,2% (nº 509) afirmaram que este não traz dependências, no entanto, 6,7% (nº 41) confirmaram que sim. Apenas 17,8% (nº 279) dos médicos entrevistados responderam que utilizam outro tipo de tratamento.

Por fim, os autores salientaram que não é a abolição desse tipo de medicamento que visam, mas sim, a diminuição da distribuição (CARLINI *et al.*, 2003). Esse estudo pode ser entendido como um panorama de como os especialistas clínicos veem o medicamento no tratamento de TDAH e, também, faz com que nós – clínicos, educadores e/ou familiares de crianças com TDAH – reflitamos sobre o que estamos oferecendo às nossas crianças, que ainda estão em formação física, psíquica e cognitiva. Será que é saudável a ingestão de medicamentos tão fortes já na infância? Não são doces que provocam um pequeno problema de fácil reparação, são drogas pesadas que podem causar efeitos colaterais a longo prazo.

O artigo de Caliman e Domitrovic (2013), também aborda sobre o metilfenidato, as psicólogas pesquisaram sobre a dispensa pública desse medicamento, sobretudo no Espírito Santo, entre os anos de 2009 e 2011. As definições de TDAH apresentadas possuem como fonte tanto autores nacionais (ROHDE *et al.*, 2004) quanto internacionais (BARKLEY, 1998; FARAONE *et al.*, 2003) e, ainda, o DSM-IV, caracterizando o transtorno por sua tríade sintomatológica (desatenção, hiperatividade e impulsividade). As autoras salientam a divergência entre os dados de prevalência do TDAH nas pesquisas que variam de 1% a 20%, de acordo com suas fontes; Faraone *et al.* (2003) e Genro (2008), brasileiras.

Segundo Caliman e Domitrovic (2013) a maioria das crianças diagnosticadas até 2000 recebia tratamento farmacológico com liberação imediata, apenas no período escolar e com duração de um ou dois anos. Atualmente, vemos muitas crianças que usam a medicação por tempo prolongado, sob efeito durante e depois das aulas e com anos de tratamento; além disso, as crianças estão ingerindo esses medicamentos cada vez mais cedo, o que reflete no aumento do consumo mundial de metilfenidato. As autoras apresentaram dados da

Organização das Nações Unidas (ONU) de 2011 que mostraram o aumento significativo no consumo e na produção dos psicoestimulantes desde 1990 em todo o mundo, sendo o metilfenidato o mais utilizado. No início da década, a produção mundial de psicoestimulantes era de 2,8 toneladas. Após dez anos, atingiu a marca de 16 toneladas. Em 2010 a estatística estimou a produção de 43 toneladas.

No que se refere ao Brasil, a comercialização do metilfenidato foi aprovada em 1998. O consumo nacional em 2000, era de 23 kg; seis anos depois, já se fabricava 226 kg e importava outros 91 kg. As vendas desse medicamento chegaram a 413 kg em 2011. No estado do Espírito Santo, compreendem que, com o crescimento da demanda do metilfenidato, houve um aumento nos gastos com esse medicamento, pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (CALIMAN; DOMITROVIC, 2013).

A pesquisa de Caliman e Domitrovic (2013) é interessante para refletirmos o que está levando a população a consumir tanto esse medicamento. Os profissionais da Saúde devem atentar-se ao número de diagnósticos de TDAH e, principalmente, de receitas prescritas de psicoestimulantes. O tratamento medicamentoso não é a única opção em casos de TDAH; o fato de tantas crianças estarem consumindo o medicamento é preocupante pelos efeitos que esse medicamento pode causar, muitas vezes a longo prazo. Os educadores devem saber os motivos para tantos tratamentos farmacológicos e questionar se são realmente necessários, quais medicamentos os alunos estão tomando e com qual finalidade, além de dialogar com os profissionais que atendem essas crianças em consultórios, para contribuir nos diagnósticos e saberem como lidar com esses alunos.

Os neurologistas Itaborahy e Ortega (2013) realizaram um levantamento de artigos e reportagens publicadas em jornais e revistas nacionais que escreveram sobre o metilfenidato, abordando os seguintes aspectos: benefícios desse medicamento; efeitos que causa e excesso de prescrição no Brasil. Os autores buscaram os artigos na base Scielo e nas reportagens em revistas e jornais com mais tiragem em nosso país. O objetivo foi constatar o que é dito sobre o metilfenidato no Brasil. Consideraram o período de 1998 até o final de novembro de 2008. Selecionaram 31 artigos e 72 reportagens. Apesar de não apresentarem uma definição de TDAH, os autores encontraram em um dos artigos analisados, um dado de prevalência (3% a 6%), sendo a fonte nacional: Carlini *et al.* (2003)⁵, que apresentamos em parágrafos anteriores.

⁵ Carlini *et al.* (2003) utilizaram fontes nacionais e internacionais, sendo assim, Itaborahy e Ortega (2013) também usaram, de modo indireto.

De acordo com os autores, 74% (nº 23) dos 31 artigos selecionados, apresentaram benefícios do uso de metilfenidato, dos quais 21,7% (nº 5) referiram-se ao uso do medicamento para o tratamento do TDAH. Em relação às 72 reportagens, 40% (nº 29) apresentaram benefícios, sendo a maioria relacionada à redução de “sintomas” do referido transtorno. Sobre os efeitos diversos, 41% (nº 13) dos artigos e 83,3% (nº 60) das reportagens apresentaram efeitos colaterais do metilfenidato. Por fim, 9,6% (nº 3) dos artigos e 48,6% das reportagens abordaram sobre o excesso de prescrição do medicamento em questão (ITABORAHY; ORTEGA, 2013). Esses dados nos levam a refletir sobre o excesso de prescrições, os efeitos e os interesses da indústria farmacêutica na venda desses medicamentos.

Há dúvidas entre médicos, professores e pais sobre o uso do medicamento, uma vez que a sua venda é altamente lucrativa, atendendo apenas aos interesses da indústria farmacêutica. Diante de reportagens como a exibida no dia 2 de julho de 2008, na série “Receita Marcada”, pelo Jornal da Band, realmente fica difícil aceitar o tratamento medicamentoso como um auxílio em casos específicos. De acordo com a série de reportagens, o Brasil faturou, na época, R\$ 28 bilhões com o arrecadamento da indústria farmacêutica, generosamente distribuídos ao *marketing* que oferece brindes e eventos gratuitos aos médicos que mais prescrevem os medicamentos da indústria supracitada, facilmente monitorados por meio de cópias das receitas médicas da farmácia.

Por outro lado, Mattos (2005) defende que o uso de medicamentos para o TDAH é consenso entre especialistas e pesquisadores, sendo em alguns casos, necessário para o tratamento; no entanto, isso não significa que não haja um interesse capitalista por trás das vendas.

Caliman e Domitrovic (2013) mostram que as crianças diagnosticadas com TDAH até o ano 2000 recebiam tratamento medicamentoso com liberação imediata, apenas no período escolar durante um ou dois anos. O que encontramos, atualmente, são crianças com uso prolongado de metilfenidato, durante e depois do horário de aula, até quando “necessário”. Além disso, está cada vez mais precoce o uso desses psicoestimulantes, o que é preocupante, pois de acordo com Silva (2003), as avaliações diagnósticas só devem ser realizadas após os seis anos de idade, visto que algumas habilidades ainda não estão desenvolvidas antes desse tempo, podendo causar a falsa sensação de que possuem TDAH; assim, a criança corre o risco de ter um falso diagnóstico e utilizar medicamentos que não condizem com suas necessidades, cujo efeito pode ser drástico.

Assim como todo medicamento, o psicoestimulante utilizado no tratamento do TDAH só pode ser receitado por profissionais da saúde devidamente qualificados e autorizados. Eis a grande responsabilidade nas mãos desses profissionais. Caso o medicamento seja utilizado em crianças que não possuem TDAH ou usado com altas dosagens, os efeitos podem ser de crianças em estados deploráveis, vegetando e, muitas vezes, dormindo em sala de aula (CORDEIRO; YAEGASHI, 2012).

Segundo a ANVISA (2012), o primeiro psicoestimulante para uso em tratamento de TDAH foi aprovado no ano de 1998; desde então, considerado “faixa preta”, cuja venda deve ser feita sob prescrição médica. As vendas desse medicamento, no ano 2000, eram de 23 kg; nove anos depois já subiram para cerca de 156 kg; em 2010, foram cerca de 266 kg e, 2011, cerca de 413 kg. Devemos refletir sobre os motivos desse aumento nas vendas e procurar outras formas de tratamento mais saudáveis e eficazes.

Com base no exposto, sobretudo a respeito dos malefícios da medicação em crianças com TDAH, devemos considerar outras formas de tratamento para essas crianças, formas essas que não utilizem medicamentos fortes e com efeitos colaterais tão severos e mascarados. Os tratamentos para esses sujeitos precisam ser voltados às suas necessidades, tais como a necessidade de aprender, de se controlar e de se concentrar. Veremos, nos próximos itens, exemplos de tratamentos mais saudáveis que ajudam a criança a conviver com seu transtorno, controlá-lo e superá-lo, bem como norteiam a família e a equipe pedagógica, de modo a fazer com que saibam lidar com essa criança e, também, auxiliá-la.

2.4.2 A Psicoterapia no tratamento de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

De acordo com a Resolução CFP nº 010/00, a Psicoterapia consiste em compreender, analisar e intervir; a prática é realizada de modo científico, por meio de aplicações sistematizadas e controladas de métodos e técnicas psicológicas, a fim de promover a saúde mental – seja de um sujeito ou de um grupo – proporcionando o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos psíquicos. Destacaremos, neste item, alguns trabalhos que utilizaram a psicoterapia no tratamento de crianças com TDAH.

Começaremos pela neurologista Argollo (2003), que utilizou fontes internacionais (MANNUZZA *et al.*, 1993) para definir o TDAH como uma forma extrema de tipos de comportamentos comuns, sendo mais que uma doença. Com base em Rohde *et al.* (2000)

apresentou, em seu artigo, que a prevalência do TDAH em crianças, nos estudos nacionais e internacionais, varia de 1,7% a 17,8%; no entanto, como apresentamos na análise realizada na categoria “definição de TDAH”, Rohde *et al.* (2000) apresentou um percentual de 3% a 6%.

A autora escreveu sobre os tratamentos para TDAH e citou as Psicoterapias e os fármacos. Fez referência à intervenção psicossocial e mencionou algumas recomendações para pais e professores melhorarem as relações com a criança, o ambiente e o ensino-aprendizagem:

A intervenção psicossocial se inicia com a educação dos pais sobre o transtorno e treinamento de estratégias comportamentais para lidarem com os seus filhos; também os professores devem receber orientações sobre como organizar uma sala de aula para crianças com TDAH, com poucos alunos, rotinas diárias e previsíveis irão ajudar no controle emocional da criança. Tarefas curtas, com explicações divididas para cada parte da atividade, intercaladas com atividades físicas, estar sempre na primeira fila, longe da janela e da porta (ARGOLLO, 2003, p. 199).

Por ensinar pais, professores e, principalmente, as próprias crianças a lidarem com as especificidades do TDAH é que a Psicoterapia pode ser vista como um tratamento eficaz com o sujeito que possui esse transtorno. Outras ações também foram citadas pela autora, como deixar que o aluno com TDAH seja o ajudante da turma, a fim de desenvolver habilidades que o ajudem a controlar alguns impulsos devido ao transtorno e, até mesmo, a utilização de *feedback* para ajudar na apreensão de conteúdos por parte do aluno com TDAH, pois considerando sua instabilidade de atenção, essa criança não retém muitas informações passadas ao longo da aula, sendo assim, a retomada de conteúdo é interessante e válida para auxiliar o aluno a se situar nos temas discutidos. Esse artigo traz algumas contribuições para os professores realizarem no cotidiano da sala de aula que ajudam a lidar com o comportamento e, também, a melhorar o processo de ensino e de aprendizado do aluno com TDAH.

No artigo de Rohde *et al.* (2004), verificamos que os psiquiatras realizaram uma revisão sobre os dilemas das terapias para TDAH. Segundo os autores, esse transtorno é entendido como possuidor de base neurológica, com características de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Considerando estudos internacionais (FARAONE *et al.*, 2003), Rohde *et al.* (2004) mostraram uma estatística de 3% a 6% de crianças que possuem TDAH em idade escolar. Eles apresentaram um estudo de Levy *et al.* (1997) que demonstrou que o TDAH é “o extremo de um comportamento que varia geneticamente”, o que dificulta para os psiquiatras conseguirem separar a “normalidade” do “excesso”.

Rohde *et al.* (2004) apresentaram, portanto, algumas orientações para os profissionais clínicos acerca do diagnóstico e tratamento do TDAH. As primeiras seriam examinar a frequência dos sintomas, que devem persistir por um longo tempo e a duração dos mesmos, como o tempo de duração da desatenção do sujeito, que deve ser analisado em diferentes locais (escola, clínica, casa...). Em seguida, os autores apontam que os sistemas classificatórios apresentados pelo DSM-IV ajudam a definir um número mínimo de sintomas necessário para o diagnóstico. Avaliar o prejuízo funcional na vida dos sujeitos também é importante para identificar o TDAH. Dependendo do caso, os autores indicam a Psicoterapia como forma de tratamento.

É necessário refletirmos sobre as diferentes formas de tratamento que existem, além da medicamentosa; os clínicos devem estar atualizados quanto às novidades e possibilidades de tratamento, para que não receitem sempre o mesmo (o medicamento), afinal, existem formas mais saudáveis (reforço escolar, atendimento psicopedagógico, Psicoterapia etc.) de ajudar o aluno com TDAH a lidar com suas dificuldades e potencializar suas habilidades.

O artigo das psicólogas Pereira e Silva (2011) apresentou um estudo de caso realizado com uma menina de seis anos de idade, previamente diagnosticada com TDAH, com a finalidade de discutir sobre a condução e manejo da Psicoterapia na perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural, que considera o TDAH, segundo as autoras, um fenômeno complexo e multideterminado. A criança tinha como queixa escolar a indisciplina e a agressividade. As autoras relataram que para realizar o estudo foram feitas 25 sessões de, aproximadamente, 50 minutos com a criança, totalizando 19 encontros semanais durante nove meses. Os pais também participaram; foram realizados, com eles, dois encontros com eles e mais dois com as professoras (atual e anterior) da criança.

Os primeiros encontros tiveram o objetivo de avaliar e observar o funcionamento integral da criança, além de construir um vínculo entre terapeuta-paciente, a fim de esclarecer o papel de cada um e da própria Psicoterapia. Na etapa de avaliação foram constatados aspectos como: presença de conflitos verbais no ambiente escolar, envolvendo agressões físicas e verbais por parte da criança em relação aos colegas; sentimentos de hostilidade e medo da figura paterna, associando-o a punições físicas e verbais, dentre outros aspectos. Durante as atividades, a criança não manifestou grandes inquietações, além de ter demonstrado concentração nas atividades realizadas. Com base nesses tipos de dados, foi levantada a hipótese de que a falta de limite e a agressividade (queixa apresentada pela escola) poderiam ter como resposta o modelo transmitido por seus pais, além de ter causado certas dúvidas em relação ao diagnóstico de TDAH (PEREIRA; SILVA, 2011).

Em encontros posteriores, buscou-se estimular, na criança, a busca por posturas empáticas e a conscientização de seus atos (agressivos). Para tanto, aspectos como expressão de sentimentos, relação com pais, familiares, professores e colegas foram trabalhados por meio de dramatização com fantoches e brinquedos, histórias, desenhos e outras técnicas de inversão de papéis, dentre outras. Já a questão da indisciplina foi trabalhada por meio de um “quadro de rotina” com atividades diárias que deveria ser preenchido pelos pais semanalmente e levado às sessões. Em cada tarefa cumprida de modo satisfatório a criança recebia uma “carinha feliz”, se não, uma “carinha triste”. Os bons resultados eram recompensados (PEREIRA; SILVA, 2011).

Na intervenção psicoterapêutica a criança demonstrou dificuldade de concentração em atividades com mais de 30 minutos, indisciplina e baixa tolerância a frustrações, dentre outros aspectos. No entanto, ao longo dos encontros, a paciente foi demonstrando afeto, gratidão em casos de ajuda concedida, empatia, concentração em atividades prolongadas, dentre outras características. As queixas na escola foram diminuindo e nas últimas sessões foi apresentado para a criança um *feedback* com suas evoluções (PEREIRA; SILVA, 2011).

De acordo com Pereira e Silva (2011), houve uma melhora no comportamento da criança com a utilização da Psicoterapia. Apesar de ela ser medicada, as autoras afirmam que o medicamento não influenciou no desempenho das atividades. Como havia a suspeita de que a criança não possuía TDAH, pelo fato de não apresentar as características típicas (desatenção, hiperatividade e impulsividade), foi solicitado um novo laudo médico, cujo resultado foi negativo para TDAH, confirmando a hipótese das autoras.

Com esse estudo podemos conhecer um pouco sobre a Psicoterapia. É preciso mais estudos sobre os benefícios desse tratamento e de outros que não utilizem medicamentos, para que sua cientificidade e eficácia sejam convincentes à população de modo geral, exigindo dos clínicos a indicação de tais tratamentos.

2.4.3 Atendimento Psicopedagógico aos casos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Outro tratamento bastante recorrente nos casos de TDAH e que merece destaque pela eficácia é o atendimento Psicopedagógico. Em seu artigo, a psicóloga Stroh (2010) aborda sobre a relação entre Psicopedagogia e TDAH. Como definição do transtorno, a autora utiliza o conceito “transtorno neurobiológico”, cuja fonte não foi possível identificar; porém, ao longo do trabalho apresenta autores nacionais e internacionais que também defendem essa

definição, tais como Barkley (2002) e Cypel (2007). A autora não apresentou estudos de prevalência do transtorno.

Stroh (2010) esclarece que, para que um tratamento psicopedagógico seja bem-sucedido, é preciso a contribuição de pais e de professores. O objetivo principal da intervenção psicopedagógica é ajudar a criança a focar no que está fazendo. O psicopedagogo deve intervir com o método cognitivo, ajudando o sujeito a compreender que é capaz de desenvolver bons trabalhos acadêmicos/intelectuais. O trabalho psicopedagógico também ajuda no desenvolvimento de habilidades como saber ouvir, iniciar uma conversa, fazer perguntas e dar respostas apropriadas, saber esperar sua vez, dar atenção às outras pessoas, dentre outras qualidades citadas pela autora.

Como um recurso da Psicopedagogia, Stroh (2010) apresenta a Arteterapia para ser utilizada nos casos de TDAH. Por meio dela, a criança pode expressar o que sente e demonstrar seus pensamentos por meio da arte. Assim, a Arteterapia proporciona a autodescoberta, pois ao expressar sua arte por meio de desenhos e outras atividades lúdicas, a criança está expressando a si. A autora salienta que utilizando a Arteterapia e a Psicopedagogia, a criança tem melhoras em sua autoestima, adquire autoconhecimento, identificando suas habilidades, potencializando-as e suas dificuldades, encontrando maneiras de superá-las.

A Arteterapia é apenas um dos diversos métodos que o psicopedagogo pode adotar, como nos apresenta Trevenzoli (2011), também pode ser utilizada a Psicopedagogia Comportamental, que utiliza a Análise do Comportamento aplicada à área da Educação. Nesse contexto, o papel do psicopedagogo é analisar as causas da dificuldade de aprendizagem e ajudar o indivíduo com TDAH a superá-la. A partir da análise das contingências que expliquem tais dificuldades, o psicopedagogo planeja sua intervenção.

No caso da intervenção psicopedagógica comportamental, há quatro fases, que Trevenzoli (2011) ressalta: avaliação; seleção de metas/objetivos; planejamento de técnicas e procedimentos para intervenção e; por fim, a intervenção. A autora também nos lembra da importância de educar os alunos, os pais e os professores envolvidos no caso, sobre o TDAH; essa é uma parte essencial dos programas cognitivo-comportamentais em geral, pois ajuda a compreender as causas e os prejuízos do referido transtorno, o que acaba com rótulos e pré-julgamentos que muitas vezes ferem o emocional da criança com TDAH.

Nesse sentido, Hallowell e Ratey (1999) explicam que, em muitos casos, o sujeito com TDAH é visto como o “bode expiatório” da família ou, até mesmo, visto como o aluno preguiçoso e/ou sem educação da sala. Todas essas considerações sobre a criança com TDAH são passadas para ela, ainda que de modo indireto e causam fortes impactos emocionais. No

entanto, as intervenções psicoeducativas, segundo Trevenzoli (2011), também são importantes para melhorar a autoestima dessas crianças e os pais e professores precisam participar desse tratamento para mudar suas ações referentes à criança.

Esses são apenas alguns exemplos utilizados na Psicopedagogia para casos de TDAH. Benczik (2010) nos lembra que as crianças com o referido transtorno muitas vezes estão atrasadas em termos de conteúdo escolar, se comparadas às outras crianças, visto que a desatenção impede que retenham a mesma quantidade de informações que as demais crianças sem o déficit. Como a Psicopedagogia também atua sobre as dificuldades escolares, pode ser um bom tratamento, sobretudo nos casos que apresentem defasagem escolar.

Em suma, os métodos mais utilizados na Psicopedagogia são os jogos de exercícios sensório-motores (amarelinha, brincadeiras com bolas, dentre outros que envolvam o corpo) e os jogos que tenham combinações intelectuais (xadrez, quebra-cabeça, jogo da memória, dentre outros que envolvam percepção e raciocínio lógico, por exemplo). De acordo com Benczik (2010), esses jogos com regras permitem o desenvolvimento de aspectos sociais e cognitivos, além de propiciar a criança a ver seus erros, os motivos que a levaram a errar e a forma de não cometê-los novamente, dentre outros aspectos. Além da utilização dos jogos, o psicopedagogo também trabalha com as dificuldades específicas de aprendizagem dos alunos, ajudando-os na apreensão dos conteúdos escolares.

2.4.4 Orientações aos professores e aos pais sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Como podemos observar nos tratamentos psicológicos e psicopedagógicos, os aspectos emocionais da criança devem ser trabalhados, pois ela também sofre com o transtorno que possui e, muitas vezes, é mal compreendida. Sendo assim, as formas de tratamento oferecidas devem visar seu bem-estar psicológico e cognitivo. As pessoas ao seu redor também precisam de apoio, pois lidar com esse transtorno não é fácil, sobretudo sem os conhecimentos necessários. Nesse sentido, apontaremos alguns estudos sobre orientações para pais e professores de crianças com TDAH.

Nobre (2011) realizou um estudo sobre TDAH e a Educação Musical para obter o título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará (UFPA). O autor se fundamentou nos estudos de Barkley e Murphy (2008) para apresentar sua definição sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, que segundo Nobre (2011), é a denominação de um distúrbio específico do

desenvolvimento, com prejuízos na inibição comportamental, na atenção, na resistência à distração e na regulação do nível de atividade com excesso de comportamento motor inadequado. Posteriormente, escreveu sobre a incidência de TDAH, que atinge de 5% a 8% das crianças em idade escolar no mundo, baseando-se nos mesmos autores internacionais.

Acreditando em uma proposta de Educação Musical com objetivos terapêuticos, Nobre (2011) citou alguns estudos realizados com música como intervenção em crianças e adolescentes com TDAH que resultaram em melhor desempenho de atividades rotineiras desses escolares. Com base nesses trabalhos, Nobre (2011) realizou uma pesquisa a fim de verificar as mudanças no comportamento de crianças com TDAH após intervenções da Educação Musical. Para isso, selecionou 320 alunos da cidade do Belém do Pará, de ambos os gêneros, com idade de 9 a 14 anos, que possuíam características de risco para TDAH ou desenvolvimento típico com base na Escala de avaliação de TDAH (versão para professores); também não possuíam um histórico de aprendizado musical, eram isentos de qualquer forma de terapia para o transtorno e frequentavam o ensino regular. A pesquisa foi realizada entre alunos de quatro instituições públicas e duas privadas. Seus responsáveis e professores da escola regular também participaram do estudo.

Os instrumentos utilizados foram: Escala de avaliação de TDAH (versão para professores); Bateria Barkley para TDAH; *Anamnese-Barkley*; *Checklist* de avaliação de Barkley para TDAH; Escala de avaliação do Comportamento Disruptivo – formulário para pais; Escala de Inteligência *Wechsler* para Crianças (WISC-III); Escala de Avaliação do Aprendizado Musical; e Protocolo de observação do comportamento no contexto de aula de música (NOBRE, 2011).

Nobre (2011) iniciou pelo rastreamento de características de risco para TDAH. Usou como instrumento a Escala de avaliação do TDAH (versão para professores) com os 30 educadores das crianças. Considerando os 320 alunos, 52,18% apresentaram características de risco para TDAH. Esses alunos foram encaminhados ao curso de música. Posteriormente, Nobre (2011) selecionou sete crianças e adolescentes com características de risco para TDAH e mais 15 escolares sem transtornos crônicos, considerados com desenvolvimento típico (grupo controle). Todos participaram do curso de música. O autor, além de considerar o resultado da Escala de avaliação do TDAH, também aplicou, seis vezes, o Protocolo de observação do comportamento no contexto de aula de música, que foi dividido em dois grupos para análises: Comportamentos adequados para o contexto de Educação Musical e comportamentos inadequados ao contexto de Educação Musical. O autor descreveu todas as categorias de análise, depois fez uma ficha de observação constando a frequência de cada

comportamento. Assim, foi possível analisar as alterações no curso entre os meses em que os alunos foram expostos às aulas de música.

O aprendizado musical que os participantes obtiveram durante o curso também foi avaliado por meio da Escala de avaliação do Aprendizado Musical, que pode servir para avaliar individualmente estudantes de música, para avaliar habilidades que favoreçam o aprendizado musical, bem como características que possam dificultar o aprendizado (NOBRE, 2011).

No resultado da primeira aplicação do Protocolo de observação do comportamento, os dois grupos (com características de risco para TDAH e com desenvolvimento típico) apresentaram média inicial elevada de comportamentos adequados; na segunda avaliação, essa frequência diminuiu e, a partir da terceira, aumentou gradativamente. Na quinta e na sexta avaliação, o grupo de características de risco para TDAH superou a média dos participantes com desenvolvimento típico (NOBRE, 2011).

Em relação à Avaliação do aprendizado Musical, Nobre (2011) observou que os alunos com características de risco para TDAH tiveram resultados semelhantes ao grupo do desenvolvimento típico. Segundo o autor, a tríade que acompanha o transtorno não parece determinante no aprendizado musical.

O autor salientou que um dado relevante de sua pesquisa é a média geral maior para o grupo de alunos com características de risco para TDAH. Esse dado pode estar relacionado ao fato de esse grupo ter apresentado menor frequência de comportamentos inadequados do que o grupo de alunos com desenvolvimento típico. A presença de um repertório de comportamentos adequados maior, influencia diretamente na apreensão do conteúdo oferecido (NOBRE, 2011). A partir desses resultados, Nobre (2011) concluiu que o desempenho do grupo com características de risco para TDAH foi satisfatório, além de considerar que a Educação Musical pode ter proporcionado a diminuição de comportamentos inadequados.

Por fim, Nobre (2011) apresentou o estudo de caso que realizou com um menino de 10 anos de idade, de escola pública e com histórico de repetência escolar, que apresentava características compatíveis com o TDAH. Após a criança ter sido avaliada por meio dos testes citados anteriormente, o participante teve aulas de música com ensino prático do violoncelo, as quais foram observadas, avaliadas e analisadas. Para o autor, os resultados foram favoráveis à Educação Musical para a redução dos comportamentos inadequados e à ampliação dos comportamentos adequados também desse aluno. Além disso, os resultados se justificam pelo estabelecimento de regras, um espaço estruturado, professor e monitores

instruídos sobre as dificuldades dos alunos (com TDAH), que propiciando um ambiente acolhedor à criança, pelo fato de não exporem estímulos aversivos, proporcionaram sua participação durante as aulas, juntamente com avaliações que puderam mostrar o que, de fato, o aluno aprendeu, focalizando seu crescimento nas aulas de música.

Essa dissertação é um exemplo de como o aluno deve ser avaliado, independentemente de ter ou não TDAH, ou seja, os professores não devem estabelecer uma quantidade de acertos para atribuir nota aos alunos, mas sim, identificar os aprendizados que tiveram e avaliar a ampliação de seus conhecimentos. O que não foi apreendido não é para ser julgado, mas reforçado com outras técnicas, estímulos e práticas pedagógicas. Os alunos não podem ser avaliados em comparação com outros, principalmente os que possuem transtornos; como vamos comparar a aprendizagem de um estudante com TDAH a uma criança que não o possui e, ainda, atribuir nota? A avaliação deve ser individual, pois todos são singulares.

Cabe, aqui, um apelo para que estudos sobre a prática pedagógica com crianças com TDAH sejam realizados, a fim de nortear os professores em sala, contribuindo para seu processo de ensino e de aprendizagem. Os próprios professores podem elaborar textos que exponham suas angústias e dificuldades em sala de aula na relação com seu aluno com TDAH na questão da aprendizagem, além de expor quais trabalhos já são realizados no ambiente escolar. Com essas ações poderemos refletir e elaborar ações pedagógicas, com o intuito de ajudar o aluno com TDAH dentro da própria escola, sem o uso de medicamentos. Não queremos dizer que a escola deve assumir mais um papel da área da Saúde (diagnosticar ou tratar de transtornos), e sim que deve cumprir com o papel de educar, pois se o TDAH causa dificuldade de aprendizagem, o que, nesses casos, deve ser a maior preocupação, quem melhor para ajudar a criança a superar essa dificuldade e aprender, do que a própria escola, que lida com o ensino e a aprendizagem? Se a criança está aprendendo, não há motivos para queixas e encaminhamentos.

Segundo Benczik (2010) é importante que o professor tenha os conhecimentos básicos sobre o TDAH, essas informações podem ser conquistadas com o profissional clínico que atende seu aluno, assim, poderá descobrir as causas de determinadas dificuldades que ele possui em sala de aula e até refletir sobre estratégias que melhorem a ação docente, a fim de atingir a aprendizagem dessa criança. O professor sabe em que aspecto seu aluno tem mais dificuldade (em Matemática, em Português, em questões sociais...), mas precisa saber as causas (desatenção, problema de audição, de visão...) para que possa planejar as ações pedagógicas e adotar estratégias que facilitem o seu processo de aprendizagem de seu aluno. O profissional clínico que acompanha o aluno em tratamentos psicológicos ou

psicopedagógicos pode auxiliar informando quais aspectos precisam de mais estímulos para serem desenvolvidos (a atenção, a percepção, a expressão...), assim, fica mais fácil para o docente elaborar as práticas pedagógicas e realizar as devidas intervenções.

Com relação à família, Desidério e Miyazaki (2007) apresentam algumas orientações sobre como lidar com criança com TDAH, considerando o aconselhamento familiar necessário para sua saúde, visto que a influência da família sobre a criança é inegável. As autoras explicitam que a qualidade na interação do terapeuta com a família tem um impacto positivo no resultado do tratamento com a criança.

Quando a criança com TDAH demonstra problemas emocionais e comportamentais (depressão, agressividade, dentre outros), o envolvimento da família no tratamento é indispensável, pois os sintomas de problemas emocionais, por exemplo, são sinais de que o ambiente social do sujeito não está bem e precisa de intervenção (DESIDÉRIO; MIYAZAKI, 2007).

As autoras salientam que o uso de terapia para TDAH, com participação da família está crescendo cada vez mais. As intervenções realizadas na família são consideradas eficientes. Assim, além de trabalhar questões emocionais e sociais, a terapia envolvendo a família da criança com TDAH propicia o entendimento de ambas as partes sobre o transtorno e auxilia a família a ajudar o sujeito com o referido transtorno.

Podemos notar que nos tratamentos apresentados para a criança com TDAH o trabalho interdisciplinar é fundamental. Quando os profissionais clínicos (psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos etc.), os professores e a família trabalham de forma colaborativa as chances de sucesso no tratamento é muito maior.

2.5 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E A RELAÇÃO COM O FRACASSO ESCOLAR

O TDAH causa dificuldades de aprendizagem devido à instabilidade de atenção que as crianças possuem, acarretando a não apreensão de conteúdo. Muitas vezes essa dificuldade acaba fadando o sujeito ao fracasso escolar, não pelo fato de não ter capacidade de aprender, mas pelo descaso que ocorre no processo de ensino e de aprendizagem desses sujeitos. Ao atribuir ao TDAH uma definição de doença, por exemplo, muitos educadores veem o aluno com esse diagnóstico, como alguém que precisa de cuidados médicos, de modo que não há motivos para insistir em sua educação, uma vez que não atingirá a aprendizagem esperada.

Com essas ações, o sujeito, de fato, não aprende e entra na estatística de fracasso escolar. Sendo assim, para essa categoria, procuramos artigos, dissertações e teses que tivessem como objetivo discutir a relação entre o fracasso escolar e o TDAH. Seguindo os critérios de seleção, encontramos apenas uma dissertação, a de Fiore (2007).

Fiore (2007) realizou uma dissertação a fim de obter o título de Mestre em Educação pelo Centro Universitário Salesiano de São Paulo (UNISAL). Podemos encontrar, em seu trabalho, a definição de TDAH, embasada em autores brasileiros, por exemplo, Silva (2003), que o caracteriza como uma alteração mental. Os dados apresentados sobre a prevalência do transtorno com comorbidades em crianças e adolescentes têm origem nacional, sendo encontrado em 5% das crianças e adolescentes de todo o mundo.

A dissertação apresentou aspectos científicos, familiares e até pessoais, como a própria autora ressaltou. Seu objetivo foi apresentar as implicações do TDAH na vida do sujeito e fazer relação com o fracasso escolar. A autora classifica esse fracasso como uma comorbidade pedagógica e explica que ele só ocorre em instituições que julgam seus alunos; portanto, as explicações sobre o fracasso escolar devem acontecer mediante as reflexões sobre como a própria instituição entende, explica e age com as desigualdades (FIORE, 2007).

O diferencial dessa dissertação é a exposição que Fiore (2007) fez sobre as mudanças na Educação para o século XXI e a defasagem que ainda temos no ensino público, sobretudo com a utilização de novas tecnologias. A respeito de determinados instrumentos tecnológicos, a autora salienta que a mídia televisiva consome muito o tempo das crianças, inclusive das que possuem TDAH. Isso contribui para um processo rápido de desconstrução do que a escola constrói com muito esforço. Todavia, ela também acredita que, com as tecnologias, seria possível lutar contra o fracasso escolar, visto que os jogos e outras atividades lúdicas da informática direcionam o foco atento para a aprendizagem.

O trabalho de Fiore (2007) pode ser lido por diferentes profissionais que lidam com TDAH e pelos pais, a caráter de curiosidade, pois aborda diferentes aspectos do transtorno em questão, da Educação, da sociedade, entre outros. Salienta-se, também, que a criança com TDAH enfrentará fracassos escolares devido às complicações que seu transtorno causa e à definição de fracasso que as escolas possuem, pois suas dificuldades de aprendizado são notórias e se não forem trabalhadas a fim de que se desenvolvam potenciais que a ajudem, esse criança não atingirá o aprendizado e, assim, entrará para a estatística dos que fracassaram na escola.

Outros autores como Landskon e Sperb (2008), Moysés e Collares (2010) e Forteski *et al.* (2012) também discutem o fracasso escolar de crianças com TDAH. Em consonância com

Condemarin, Gorostegui e Milicic (2006), o fracasso escolar é um risco que o aluno com o referido transtorno corre, caso não acompanhe o ritmo de seus colegas de classe, o que, em geral, acontece. Os autores ainda ressaltam que, por não acompanhar os colegas, o aluno com TDAH se desmotiva a continuar aprendendo e vai caminhando cada vez mais rumo ao fracasso. Além disso, muitos professores não auxiliam esse aluno a preencherem as lacunas que foram surgindo ao longo dos anos de estudo de forma satisfatória, até o momento em que ele deixa de frequentar a instituição de ensino e é tachado como um fracasso escolar.

A escola precisa avaliar bem suas práticas antes de tachar os alunos, sobretudo, deve evitar a utilização de rótulos para identificá-los (“preguiçoso”, “cabeça de vento”, “cabeça fraca”, “cabeça dura” etc.). As ações pedagógicas (ou a falta delas) podem levar o aluno a diminuir cada vez mais os esforços em aprender. Para uma criança é uma batalha muito difícil aprender os conteúdos escolares sem ajuda e tendo de enfrentar um transtorno.

2.6 O CONHECIMENTO DA EQUIPE PEDAGÓGICA SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Nossa dissertação pretende ofertar um espaço para a fala dos professores do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental a respeito do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade por meio de entrevistas, sendo assim, buscamos por artigos, dissertações e teses que apresentassem entrevistas de professores e/ou pedagogos sobre o TDAH, as suas formas de tratamento e as práticas pedagógicas realizadas em sala de aula com crianças que possuem o referido transtorno. Nesse caso, encontramos dois artigos: Mattos *et al.* (2007) e Brzozowski e Caponi (2009), além de três dissertações: Cardoso (2007), Machado (2007), Brzozowski (2009) e duas teses: Cavalcante (2012) e Seabra (2012).

Os psiquiatras Mattos *et al.* (2007) pesquisaram o conhecimento da população e de um grupo de profissionais sobre o TDAH. Os autores desse artigo são, em sua maioria, psiquiatras, sendo, um deles, Palmini, neurologista. Eles consideram o TDAH um problema de saúde importante e apresentaram uma estatística que mostra que o TDAH atinge 5% das crianças e adolescentes, cujas fontes foram nacionais (ROHDE *et al.*, 1999; ROHDE; HALPERN, 2004) e internacionais (KNIPP, 2006).

Em relação à pesquisa, Mattos *et al.* (2007) entrevistaram quatro grupos: população em geral com 16 anos ou mais (nº 2.117); educadores (nº 500); médicos (nº 405) e psicólogos (nº 100), todos acima de 25 anos de idade. Os dados foram coletados pelo Instituto Datafolha,

que detém dados da população de todas as regiões brasileiras. Os participantes da pesquisa residiam nas 10 principais capitais brasileiras: Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Brasília, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre.

Após uma minuciosa apresentação dos procedimentos metodológicos, Mattos *et al.* (2007) mostraram os resultados obtidos. Selecionamos apenas alguns que são interessantes para a nossa pesquisa. Apresentaremos, agora, parte de uma tabela com os resultados da pesquisa de Mattos *et al.* (2007) que mostram a porcentagem da opinião dos grupos sobre os atributos do TDAH:

Quadro 1: Opinião da população, dos psicólogos, dos médicos e dos educadores quanto aos atributos do TDAH

Atributos	População (nº 2.117)	Psicólogos (nº 98)	Médicos (nº 382)	Educadores (nº 500)
TDAH não é doença, é um assunto inventado por laboratórios.	24	12	4	8
TDAH é uma doença e deve ser tratada com medicamentos.	60	69	84	47
A pessoa pode conviver com TDAH sem tratamento.	23	17	28	24
Criança hiperativa não precisa de tratamento, e sim de umas boas palmadas.	9	1	4	4
A medicação para TDAH causa dependência.	51	29	25	42
A pessoa portadora de TDAH pode ser tratada com Psicoterapias sem medicamentos.	61	66	46	77

Fonte: Mattos *et al.* (2007, p. 98).

Podemos observar, no quadro 1, que 8% dos educadores entrevistados não consideram o TDAH uma doença e sim uma invenção, enquanto 12% dos psicólogos e 24% da população entrevistada concordam com essa classificação. A porcentagem de pessoas que acreditam que os medicamentos devem ser utilizados no tratamento de TDAH é a maior entre todas as opiniões referentes ao transtorno em questão; essa informação está presente na afirmação de 47% dos educadores, 84% dos médicos e 69% dos psicólogos entrevistados. Enquanto 47% dos educadores acreditam que esse tratamento seja necessário, 42% consideram que uso causa dependência. Na opinião dos médicos e psicólogos entrevistados, a diferença na porcentagem de pessoas que acreditam no tratamento medicamentoso e na dependência dos remédios é discrepante. Nestas áreas, porém, o embate de opiniões fica por conta do tipo de tratamento: medicamento x Psicoterapia.

A tabela construída por Mattos *et al.* (2007) revelou informações interessantes sobre a divisão de opiniões de educadores a respeito do uso de medicamentos e a sua dependência, além da compreensão, sobretudo entre especialistas das áreas clínicas, a respeito da medicalização e da Psicoterapia. Isso nos permite refletir sobre o que de fato pensamos sobre o TDAH e a necessidade de buscarmos mais conhecimento sobre o assunto.

Brzozowski e Caponi (2009), formadas em Farmácia, analisaram a visão de pais e professores sobre o diagnóstico do TDAH. Elas apresentaram no início do artigo a definição de TDAH por meio da tríade que o compõe, com base no autor brasileiro Vasconcelos *et al.* (2003) e os dados referentes à prevalência do transtorno em escolares, de acordo com estudos nacionais (ANDRADE; SCHEUR, 2004), que mostraram 3,6% a 5% ou até 12%. As autoras realizaram um estudo abordando: o diagnóstico do TDAH na visão de pais e professores; a criança e sua relação com familiares e escolares; como a escola lida com o diagnóstico e o papel do profissional da saúde na classificação e no efeito de arco. Quatro mães e cinco pedagogas de crianças com diagnóstico de TDAH foram convidadas para participarem desse estudo.

Segundo Brzozowski e Caponi (2009), as mães e as pedagogas consideraram o diagnóstico um “alívio”, pois todos compreenderam os motivos de tais comportamentos que, até então, eram vistos como “falta de educação”, dentre outras definições. Passaram, então, a entender a criança com hiperatividade/impulsividade como “doente”. No entanto, as autoras ressaltaram que ver o TDAH como doença muitas vezes pode tornar-se uma justificativa para que ele seja algo contornável, pois “não tem cura”. Esse entendimento é prejudicial à criança, visto que pode impedi-la de aprender limites e conteúdos.

Sobre as relações familiares, as autoras constataram que há todo um cuidado ao informar a criança sobre seu diagnóstico, isso quando os responsáveis decidem contar sobre o transtorno. Nas relações com um grupo social maior, como os colegas de classe, por exemplo, têm os amigos que, ao saberem do transtorno do colega, o ajudam; porém, também há o grupo que o trata com preconceito (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2009). No que se refere à escola e como os educadores lidam com o diagnóstico, Brzozowski e Caponi (2009) salientaram o cuidado que a instituição deve tomar ao encaminhar a criança suspeita e receber uma confirmação sem analisar os aspectos da devolutiva do especialista. Além disso, após um diagnóstico confiável a escola deve decidir quais serão as novas atitudes em relação a esse aluno.

Por meio do estudo de Brzozowski e Caponi (2009) podemos compreender o quanto o profissional da saúde interfere nas relações familiares e no contexto escolar ao realizar um

diagnóstico; se feito de maneira correta, o diagnóstico pode ajudar os responsáveis pela criança com TDAH a lidarem da melhor maneira possível, proporcionando uma educação de qualidade e a ajudando a superar possíveis dificuldades; entretanto, um equívoco no diagnóstico pode mudar toda a história desses sujeitos.

Cardoso (2007) fez um estudo de caso sobre a concepção dos professores diante do TDAH no contexto escolar para obter o título de Mestre em Educação pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Por meio de um histórico do TDAH, a autora apresentou várias teses, explicações e definições do transtorno de acordo com sua seleção de autores, no entanto, não deixou explícito seu próprio conceito ou simpatia por algum dos discursos apresentados. Ao explicar sobre a complexidade do diagnóstico, relatou que, no Brasil, não há um percentual exato; todavia, tal percentual não se diferencia tanto dos dados exteriores, como o caso dos EUA, que possuem prevalência de TDAH em 3% a 6% das crianças em idade escolar.

Para realizar o estudo de caso, Cardoso (2007) aplicou em 124 professores docentes que participaram do curso sobre TDAH em Salvador, um questionário fechado, contendo 10 questões. O estudo foi dividido em duas fases. De acordo com a autora, na primeira fase foi realizada uma investigação sobre o nível de conhecimento dos professores a respeito do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. A maioria desses educadores desconhecia o assunto ou sabia superficialmente sobre ele; no entanto, ao serem questionados se havia alunos com o diagnóstico desse transtorno em suas escolas, 76 responderam afirmativamente.

Na segunda fase, Cardoso (2007) selecionou 40 professores que lecionavam em escolas públicas e privadas, em classes de Educação Infantil, de Ensino Fundamental e Médio da cidade de Salvador. O intuito foi verificar o que os educadores pensavam sobre TDAH e como caracterizavam e lidavam com o aluno que apresentava a tríade do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em sala de aula. Para tanto, outro questionário foi aplicado aos professores com 11 questões abertas. O método utilizado para analisar as informações foi a “análise de conteúdo”.

Segundo Cardoso (2007), após o questionário da segunda fase, 90% (nº 36) dos 40 professores responderam ter alunos com TDAH em suas classes; 7,5% (nº 3) disseram não ter certeza e apenas 2,5% (nº 1) afirmaram não ter crianças com o referido transtorno em sua sala de aula. Em relação à caracterização do comportamento desatento, as expressões mais utilizadas pelos professores em suas respostas foram:

[...] falta de atenção, parece não escutar, fica alheio, distante, olha longe, parece estar no 'mundo da lua' ou em outro mundo, fica olhando para um ponto fixo sem falar nada, dificuldade na concentração, se dispersa muito facilmente, não é observador e comete erros por descuido (CARDOSO, 2007, p. 94-95).

Na caracterização do comportamento hiperativo, de acordo com Cardoso (2007), os professores consideraram o excesso de agitação e inquietação como sinais de um quadro do TDAH. No entanto, a autora ressaltou que apenas esses comportamentos, isolados, e por um curto período de duração não são suficientes para caracterizar o transtorno. De acordo com Cardoso (2007, p. 102), as expressões mais utilizadas para caracterizar o comportamento impulsivo foram:

[...] age sem refletir, se deseja algo não espera, pega, dá respostas precipitadas, tem dificuldade de aguardar a sua vez, se mete em assuntos dos outros, dá respostas sem pensar nas consequências, é impaciente, dá respostas incompletas às perguntas, se precipita, toma atitudes inadequadas, manifesta atitudes e ideias antes mesmo de ouvir o professor e/ou colegas, tem pavio curto, gosta de falar primeiro e não respeita o direito do outro, está sempre querendo estar à frente.

Para a autora, as respostas deixam nítidas as relações que os professores estabeleceram entre impulsividade e indisciplina escolar. Ao investigar o que os professores acreditavam ser a causa dos comportamentos de hiperatividade, impulsividade e desatenção, Cardoso (2007) observou que a maioria considerava o estilo de educação familiar o causador dessa tríade. De acordo com a autora, muitos possuem essa visão de que os pais e responsáveis são os “culpados” por determinadas atitudes das crianças com TDAH. Ressaltou, ainda, que na literatura é comum o relato de pais/responsáveis que acabam assumindo essa culpa, que na verdade, não possuem (em casos reais de TDAH).

Ao questionar sobre os aspectos positivos e negativos observados pelos professores em relação aos alunos com TDAH, verificou-se que características como participativo (com energia para realizar atividades de seu interesse), carinhoso e afetivo foram os mais citados como aspectos positivos, enquanto os comportamentos perturbadores (como desconcentrar os outros alunos, desequilibrar a harmonia da sala, não seguir regras e normas, dentre outros) foram os mais frequentes nas respostas dos professores como aspectos negativos (CARDOSO, 2007).

O sentimento despertado na relação professor-aluno com TDAH, também foi questionado. Dentre as 17 respostas, as mais citadas foram a impotência/impossibilidade/incapacidade, intolerância, preocupação, estresse, cuidado e tristeza. De acordo com a autora, os professores

têm muita dificuldade na relação com essas crianças e no controle desses sentimentos em sala de aula. Os professores que responderam ter dificuldades no relacionamento com esses alunos relataram os empecilhos encontrados: irritabilidade por uma das partes, o aluno com o transtorno não gosta de ser cobrado, dentre outros aspectos. Já no grupo que não demonstrou dificuldades, definiram a relação sendo boa, utilizando estratégias como cuidado pessoal, controle emocional, diálogo e compreensão, afeto, dentre outras.

Para Cardoso (2007), os sintomas de TDAH são mais frequentes em sala de aula, de acordo com as respostas dos professores. Em relação à formação, eles relataram que não possuem informação, conhecimento, orientação (dentre outras expressões utilizadas) para lidarem com alunos que possuem o transtorno em questão. Os professores também responderam, em sua maioria, que seu papel na escolarização dessas crianças, consiste em ter conhecimento sobre o assunto, ajudar os alunos a administrarem os sintomas, além de serem compreensivos e pacientes.

Por fim, ao serem questionados sobre quais são as estratégias utilizadas para lidar com alunos que possuem TDAH, as três respostas mais encontradas foram: 1) Promover o diálogo com os alunos, conscientizando-os das consequências; 2) Convocar e motivar mais os alunos a participarem da aula, para serem os ajudantes, bem como tentar mantê-los sempre ocupados, oferecendo atividades individuais e em grupo; e 3) Disposição do aluno na sala de aula: colocá-lo perto de alunos que não o provoquem, mas que o estimulam, deixando-o mais próximo do quadro e do professor (CARDOSO, 2007).

Esse é um exemplo dos vários modelos de pesquisa que os educadores podem realizar sobre o TDAH no campo da Educação. Existem poucos trabalhos com esse enfoque e são necessários mais para que possamos realizar comparações e refletir sobre os resultados. No caso de Cardoso (2007), o estudo revelou o pouco conhecimento dos professores sobre o transtorno e como confundem características de indisciplina com a tríade do TDAH. Esse é mais um motivo para escrevermos sobre o assunto de forma direta aos educadores, pois eles estão lidando com a formação desses sujeitos e, muitas vezes, os encaminhando para as clínicas.

Ao analisarmos a dissertação Machado (2007), apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-CAMP), observamos que a autora utiliza a sigla DA/H (Déficit de Atenção/Hiperatividade), tendo como referência Cypel (2003), que conceitua esse transtorno a partir dos comportamentos de desatenção, hiperatividade e impulsividade. A autora também apresentou a prevalência do DA/H, segundo o DSM-IV, como já vimos em outros trabalhos,

de 3% a 5% em crianças em idade escolar, mas acrescentou que, desse total, 40% a 60% chegam à vida adulta com problemas similares aos da infância (dificuldades nas relações, no trabalho, dentre outras).

Verificamos que a autora selecionou seis professoras da então quarta série (atual 3º ano) de escolas públicas e particulares de uma cidade de São Paulo-SP. Como instrumentos para a coleta de dados, ela utilizou dois questionários: um elaborado por ela mesma, sem identificação, com quatro questões abertas sobre TDAH e a prática docente; e outro respondido pelas professoras e que foi digitado na íntegra.

O primeiro questionário pedia que as professoras respondessem livremente sobre o conceito que tinham de TDAH, sem a necessidade de estudos prévios. No entanto, algumas demonstraram preocupação em responder de forma adequada. Machado (2007) verificou que os termos que mais apareceram para definir o transtorno foram: desatenção, dificuldade em manter a atenção, frequentemente o aluno parece não escutar quando falam com ele. Em suma, 26,4% das respostas tiveram relação com a dificuldade de atenção, com, pelo menos, um significado de TDAH. A mesma porcentagem de professoras citou o relacionamento (dificuldade de aceitação da criança pelos colegas) como resposta e 20,8% mencionaram a agitação.

Em relação ao segundo questionário, a autora concluiu que as professoras acreditam que a solução de práticas adequadas para lidar com o TDAH está com fonoaudiólogos, coordenadores, familiares das crianças e, sobretudo, com os psicólogos (MACHADO, 2007). Isso nos preocupou, pois se o professor considera que apenas esses profissionais podem ajudar a criança com TDAH, pode significar que ele não percebe a própria importância para a formação desse sujeito. É o professor quem deve pensar em práticas pedagógicas e agir para ampliar o conhecimento de seu aluno, ajudá-lo nas questões cognitivas e, inclusive, nos aspectos afetivos e sociais. Para que a sociedade reconheça o valor dos professores, primeiramente eles devem se valorizar.

Brzowski (2009) em sua dissertação para obter o título de Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), realizou uma pesquisa com quatro mães de crianças com TDAH, além de cinco professoras ligadas a elas, a fim de analisar a sua visão delas sobre o diagnóstico e o tratamento do referido transtorno. No início da dissertação, Brzowski (2009) apresentou o transtorno como uma doença que não necessita de um exame físico para ser constatado. Com base em autores internacionais que apresentaram pesquisas de prevalência, a autora mostrou que 3% a 6% das crianças em idade escolar nos EUA possuem TDAH, enquanto, no Brasil, o número varia de 3,6% a 5%, sendo encontradas taxas de até

12% da mesma população, utilizando como critério de avaliação o DSM-IV. Em um levantamento bibliográfico, a autora também constatou que a maioria dos trabalhos sobre esse tema volta-se para a prevalência e métodos de diagnósticos e tratamentos.

Após as análises das entrevistas, Brzozowski (2009) constatou que os adultos idealizam uma criança “perfeita”, o que dificulta enxergar a criança com TDAH como um ser que precisa de ajuda e atenção redobrada para ser educada, tanto no âmbito familiar quanto no escolar. A autora também verificou que há uma busca por um culpado pelo transtorno, como se isso fosse resolver o problema, assim como o diagnóstico, que após ser recebido, muda o tratamento dos adultos com a criança, aliviando os pais da culpa, pois se há uma doença, não é uma questão de má educação familiar.

A autora acredita que o crescente interesse no TDAH se deva às mudanças de comportamento da sociedade como um todo, por exemplo, o aumento no número de famílias, o medo da violência, a pressa do dia a dia, dentre outros fatores que podem influenciar os comportamentos e como os problemas são resolvidos.

Por meio desse trabalho, podemos refletir sobre a influência da nossa sociedade no comportamento de todos, não apenas das crianças, ou seja, como nós agimos frente a essa sociedade? Como nós educamos as crianças atualmente? Devemos considerar que o TDAH existe, mas também considerar o comportamento infantil dentro de um contexto que pode contribuir em ações desatentas, impulsivas e hiperativas.

Cavalcante (2012) discutiu para sua tese, os cuidados que se tem com crianças que apresentam sintomas de TDAH nos âmbitos familiares, escolares e nas clínicas para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Apresentou os índices do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, de acordo com pesquisas nacionais, que o consideram a partir de suas características básicas, além da prevalência que varia de 3% a 5% em determinadas populações, mas pode chegar a 17,1% em outras. A autora teve como foco de suas pesquisas os cuidadores de crianças com o diagnóstico de TDAH.

Participaram da pesquisa três mães de crianças com o referido transtorno, oito professoras e treze profissionais de saúde mental que cuidavam diretamente desses sujeitos: duas psicólogas, três psiquiatras, duas enfermeiras, três terapeutas ocupacionais, duas assistentes sociais e uma educadora física.

Apesar de o foco de Cavalcante (2012) não ser o conceito de TDAH e suas características, a autora constatou, nos discursos, que não há como deixar essas questões à parte; um dos motivos é o pouco conhecimento que ainda se tem sobre o real transtorno, isso

porque muitas das características ditas como “sintomas” podem aparecer em qualquer indivíduo, até mesmo com outros distúrbios. É devido a essa controvérsia que a autora salientou a importância de discutirmos sobre o que, de fato, é o TDAH, em acordo com diferentes áreas dos profissionais vinculados a esses sujeitos (médicos, psicólogos, professores etc.).

Cavalcante (2012) também verificou que a relação mãe-filho acaba ficando prejudicada pelo cansaço de todo o esforço que se faz para cuidar das crianças. Assim, ao falarem de seus filhos, o que mais vêm à mente das mães é o comportamento inadequado, bem como as demais questões ligadas aos cuidados com o transtorno.

Por julgarem o TDAH como sendo uma doença, as mães e professoras consideram, segundo Cavalcante (2012), que as crianças dependem mais dos cuidados médicos e que eles devem orientá-las sobre como lidar com os pequenos, sendo uma das primeiras indicações os “cuidados medicamentosos”, os quais, muitas vezes, acabam trazendo expectativas que não são correspondidas. Assim, vemos que a responsabilidade é sempre destinada à área da Saúde, que, por sua vez, não faz um trabalho integrado com a família e com a escola por não os compreenderem como uma contribuição nos cuidados desses sujeitos.

Contudo, os profissionais das clínicas precisam ajudar os familiares a compreenderem que todo esse esforço é preciso no tratamento do TDAH e que eles são importantes cuidadores. A escola deve ter essa mesma consciência, pois se estão envolvidos com crianças que possuem TDAH, são responsáveis por sua educação escolar e, também, por cuidá-las, de modo que não deve ser preciso que os médicos e psicólogos digam isso para que compreendam o seu papel social na vida desses alunos.

Na tese de Seabra (2012), para a obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) verificamos que o autor investigou sobre a compreensão de oito professoras de escolas públicas sobre TDAH e quais suas práticas pedagógicas com esses alunos. Nenhuma delas tinha curso em Educação Especial ou algo que as auxiliasse no trabalho com crianças com TDAH, mas lecionaram para alunos com esse transtorno no ano de 2010, quando a investigação foi realizada.

Seabra (2012) utilizou pesquisas nacionais para apresentar conceitos do referido transtorno, considerando-o um transtorno neurobiológico com causas genéticas, mas salientou que no DSM-IV não consta as causas do TDAH. Após relatar alguns conceitos, o autor pontuou que o TDAH é

Um problema de origem neurológica, que atinge o autocontrole do indivíduo sobre os seus impulsos e atitudes comportamentais, comprometendo suas relações sociais, e que perdura até a idade adulta. Apesar de os diferentes autores associarem o TDAH às suas características, ou sintomas, como preferem alguns, acreditamos que seja mais pertinente discuti-las de forma pormenorizada, pois implicam bastante nuances, às vezes, aparentemente contraditórias (SEABRA, 2012, p. 31).

Posteriormente, Seabra (2012) abordou a questão das relações familiares em casos de TDAH. O que mais nos chamou a atenção foram as sugestões expostas para que os pais cuidassem de si para, então, cuidarem das crianças, ou seja, muitas vezes, os responsáveis pelos pequenos com TDAH voltam-se para eles e se esquecem de se cuidar de si, o que resulta em cansaço, estresse, baixa autoestima e demais fatores que já vimos em outras pesquisas.

Seabra (2012) também explicou sobre as necessidades educacionais especiais de um aluno com TDAH, que não possui uma deficiência, mas, sim, uma demanda exclusiva para sua aprendizagem; sendo assim, essas crianças precisam de formas de interação pedagógicas diferenciadas, além de recursos pedagógicos, metodologias e currículos que atendam sua demanda e tempo considerável para a execução de tarefas escolares. No entanto, as escolas ainda não possuem estrutura para atender as especificidades de cada aluno, e a maior dificuldade para o desenvolvimento deles é a falta de professores qualificados para que possam lidar com o TDAH.

Ao questionar as professoras sobre o que é TDAH, três não responderam, uma disse que não sabia e as demais deram respostas pautadas em desatenção, hiperatividade e dificuldade de aprendizagem. As entrevistadas ressaltam a inteligência de seus alunos, além de apontarem suas dificuldades, tais como o esquecimento de conteúdos que acabaram de aprender, falta de zelo com seus pertences, dificuldade em atividades que exijam mais concentração, dentre outras (SEABRA, 2012).

Pelos relatos das professoras entrevistadas, Seabra (2012) constatou que os alunos com diagnóstico de TDAH apresentavam maior dificuldade na escrita/ortografia. Em relação ao comportamento dessas crianças, a maioria das participantes fez menção à inquietação, ou seja, o fato de não pararem de se movimentar foi mais citado. Já a relação entre as professoras e os estudantes com TDAH aparentou ser amigável, o que pode facilitar o processo de ensino-aprendizagem.

No tangente à questão que norteou o estudo de Seabra (2012), o autor constatou que cada professora agia de uma maneira com seus alunos com TDAH. Não havia uma

metodologia específica para essas crianças e nem um único jeito de lidar com elas e educá-las. O autor considera que isso se deva ao fato de que cada criança possui sua singularidade, mesmo as que possuem TDAH. Ao oferecerem sugestões aos professores de alunos com esse transtorno, três comentaram sobre a necessidade da capacitação específica para os docentes, mas o que mais nos chamou a atenção foi a sugestão de que esses profissionais estudem seus alunos, visto que eles passam uma boa parte do tempo com esses sujeitos que demonstram, por meio de seu comportamento, de suas atividades escolares e de diversas outras maneiras, o que pode estar errado com eles e o que pode ser melhorado ou, simplesmente, ter o potencial elevado.

Essa tese permite que, sobretudo, o profissional da Educação perceba as diversas questões que pode abordar em uma pesquisa sobre TDAH, o quão importante é o seu conhecimento sobre esse transtorno e sobre seu próprio aluno. É um trabalho que deve ser lido com atenção por professores, pedagogos e diretores de escolas.

2.7 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFESSORES SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Atualmente, encontramos diversas pesquisas que estudam as representações sociais de educadores, médicos, enfermeiros, administradores, artistas, famílias, crianças, jovens ou adultos, enfim, as representações sociais de diferentes pessoas, selecionadas de acordo com o objetivo de cada trabalho. Procuramos realizar uma revisão de pesquisas brasileiras sobre as representações sociais de professores sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Encontramos, até o momento, apenas quatro estudos que abordam tal temática. O primeiro é um artigo apresentado em um evento de Educação. As autoras, Santos e Pereira (2012), ambas pedagogas, ao explicarem o TDAH classificam-no como uma dificuldade de aprendizagem. Partindo desse pressuposto, Santos e Pereira (2012) iniciaram o texto abordando as problemáticas contemporâneas em relação às dificuldades de aprendizagem nos ambientes sociais. A utilização da Teoria das Representações Sociais restringe-se à explicação de que, por meio das RS, é possível observar como certas concepções são apresentadas de modo equivocado, sendo, um exemplo, as dificuldades de aprendizagem.

O segundo estudo refere-se também a um artigo apresentado em um evento de Educação. A autora, Luft (2010), realizou um estudo das representações sociais de oito

professoras com alunos hiperativos das séries iniciais do Ensino Fundamental. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, cuja coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, contendo sete questões, que foram gravadas e transcritas na íntegra para análise de conteúdo. Foi realizada ainda a observação participante. O estudo de Luft (2010) utilizou a Teoria das Representações Sociais como embasamento teórico, a fim de fundamentar a pesquisa e a análise dos dados.

Luft (2010) iniciou seu artigo com uma breve apresentação histórica do TDAH, seguida de uma teorização sobre a inclusão de crianças com o referido transtorno em salas regulares. Após contextualizar a pesquisa, apresentou as contribuições advindas desta a respeito de representações sociais e TDAH. As respostas das professoras foram analisadas seguindo a ordem das questões que foram utilizadas para a coleta de dados. A primeira questão refere-se à formação das professoras entrevistadas. Todas disseram que não foram preparadas para desenvolver trabalhos com crianças com TDAH. Em seguida, apresentou a análise da questão relacionada aos saberes docentes necessários para se trabalhar com alunos hiperativos. De acordo com a autora, para algumas professoras, é função da Educação Especial a educação de crianças “diferentes”. Outras reconhecem a importância de saber sobre a Hiperatividade. A última questão exposta pela autora refere-se a como ocorre a educação de crianças hiperativas pelas professoras. De acordo com as respostas das professoras, elas procuram trabalhar questões comportamentais e inúmeros aspectos vinculados às dificuldades de aprendizagem.

O terceiro estudo consiste em um artigo apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), o qual aborda o conceito de TDAH e utiliza a TRS para o embasamento da pesquisa. Ribeiro (2012) utilizou uma breve entrevista estruturada que foi gravada e transcrita na íntegra, cujo objetivo foi identificar o grau de formação das professoras e o tempo de trabalho em uma determinada escola. Em seguida, foi aplicado um Teste de Associação Livre de Palavras, com alguns indutores determinados pela autora como: “As crianças com TDAH são...” (RIBEIRO, 2012).

De acordo com Ribeiro (2012, p. 14), “O Teste de Associação Livre de Palavras induz o sujeito a apresentar suas impressões, opiniões ou conceitos acerca do objeto estudado”. A autora também utilizou a Triagem Hierárquica (apresentação de cartões contendo as palavras pré-determinadas, nesse caso: desatenção, impulsividade, distração e inquietação), que as professoras organizaram seguindo uma ordem que consideraram melhor para representar o que pensavam sobre o assunto pesquisado. Por fim, foi solicitado que elas descrevessem uma

atividade que pudessem realizar em sala de aula envolvendo o aluno hiperativo e outra que não pudessem, por ser impertinente.

Para a autora, por meio dos recursos metodológicos utilizados, esperava-se obter as representações sociais de professores considerando seus sentimentos e valores ligados ao aluno com diagnóstico de TDAH, pois as respostas apontam a internalização desses recursos, que muitas vezes são desconhecidos pelo próprio sujeito. Participaram da pesquisa quatro professores regentes do 4º ao 9º ano do Ensino Fundamental que possuíam alunos com diagnóstico de TDAH.

Ribeiro (2012) organizou as narrativas em quatro categorias analíticas: 1) Conceito sobre TDAH: os conteúdos de representação foram alunos que não conseguem se encontrar nas atividades, agitação corporal intensa e falta de atenção nas atividades, falta de concentração, inquietação e agressividade; 2) Prática com alunos: os conteúdos de representação foram as atividades que despertassem atenção, atividades e trabalhos individualizados e maior tempo para respeitar o ritmo; 3) Hierarquização de sintomas: os conteúdos de representação foram a impulsividade, a inquietação, a desatenção e a agressividade; e 4) Estratégias didáticas: os conteúdos de representação foram o uso de materiais concretos (material dourado), trabalhos com músicas ou vídeos, local estratégico em sala de aula, textos fatiados e jogos (bingo). Ribeiro (2012) concluiu que os professores demonstraram ter conhecimento sobre TDAH e, também, domínio para criar estratégias para o ensino dessas crianças.

Por fim, encontramos a dissertação de Nazar (2011), que investigou as representações sociais sobre TDAH de 16 professores de diferentes áreas que lecionavam do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental em uma instituição pública. Foram utilizados, como instrumentos para a coleta de dados, a consulta de documentos existentes na instituição sobre alunos diagnosticados com TDAH, entrevistas semiestruturadas com 16 professores e observações no cotidiano escolar. As informações contidas nos documentos e as observações foram descritas, e as entrevistas foram analisadas com base na análise de conteúdo.

Segundo Nazar (2011), ao analisar os documentos escolares dos 13 alunos, constatou-se que 85% não tinham um diagnóstico, 12% possuíam outros diagnósticos como, por exemplo, Dislexia, Síndrome de Asperger, Depressão, dentre outros e apenas 3% dos alunos participantes da pesquisa tinham, de fato, o diagnóstico de TDAH.

Em relação às entrevistas com os professores, Nazar (2011) investigou qual seria a figura de linguagem utilizada para a Representação Social do TDAH. Em uma primeira análise das falas dos professores, a autora considerou que “pedra no sapato” poderia ser uma

metáfora que sintetizaria as RS sobre o transtorno. Com outras leituras do material de pesquisa, surgiu uma nova representação, sendo “pedra no caminho”. Com o retorno ao campo de pesquisa, a autora pretendeu validar os resultados com os participantes.

Segundo Nazar (2011), do total de 16 professores, quatro não participaram da validação dos resultados, um não concordou com as metáforas apresentadas, e, nas palavras da autora, pensaria a respeito, mas acabou não retornando. Três professores discordaram totalmente das RS e sugeriram outras falas, um verbalizou que precisaria de uma expressão que simbolizasse “problema”; dois concordaram com a representação “pedra no caminho” e três com “pedra no sapato”. Nazar (2011) ressaltou que um realizou uma associação entre as duas metáforas sugeridas, dizendo que a melhor é a “pedra no sapato”, pois assim é a criança para os pais, devido à dificuldade para educar; aos professores, por não saberem como lidar; por fim, ao grupo, pois a criança com TDAH incomoda e, se não for tratada e educada, poderá ser uma “pedra” em seu próprio caminho.

No entanto, não encontramos no trabalho as sugestões de RS dos três professores que, segundo Nazar (2011) discordaram das metáforas. Também não foi apresentada a resposta (ou a falta) de um dos professores, pois havia 16 participantes e apenas 15 foram citados.

Ao finalizar as análises das entrevistas, a autora citou algumas falas que apontaram alunos com TDAH como “problemas”. Sendo assim, depois de analisar as entrevistas e comparar com as observações realizadas no local da pesquisa, Nazar (2011) concluiu que, sendo da fala de professores, inspetores de pátio ou coordenadores, a expressão mais utilizada como RS das crianças e adolescentes com o transtorno foi “aluno problema”.

Essa pesquisa foi realizada em um campo de formação de docentes, o que pode deixar preocupações sobre os resultados que demonstraram, segundo Nazar (2011), uma triste visão dos professores e de toda a equipe pedagógica sobre os alunos com TDAH. Enxergar os discentes como um “problema” não ajuda a melhorar a qualidade de ensino-aprendizagem. Por se tratar de um *locus* que contribui para a formação de outros professores, pode ser uma visão contagiante, principalmente se apenas os aspectos negativos de crianças e adolescentes com TDAH forem ressaltados, bem como as dificuldades em se trabalhar com eles.

Diante do pouco número de pesquisas encontradas sobre as representações sociais de professores sobre TDAH, nos propomos a utilizar esse estilo de pesquisa para compreender o que as professoras pensam sobre o assunto. Utilizaremos os questionários de Nazar (2011) como um modelo a ser seguido, com algumas adaptações, pois nosso trabalho contará com aporte teórico da TRS, instrumentos como o roteiro de entrevista semiestruturada, o questionário sociodemográfico e a análise qualitativa dos dados com organização baseada em

análise de conteúdo. O diferencial da pesquisa serão os participantes, os dados colhidos e a apresentação de suas análises. Além disso, aplicaremos um Teste de Associação Livre de Palavras, assim como fez Ribeiro (2012), com alguns indutores pré-determinados.

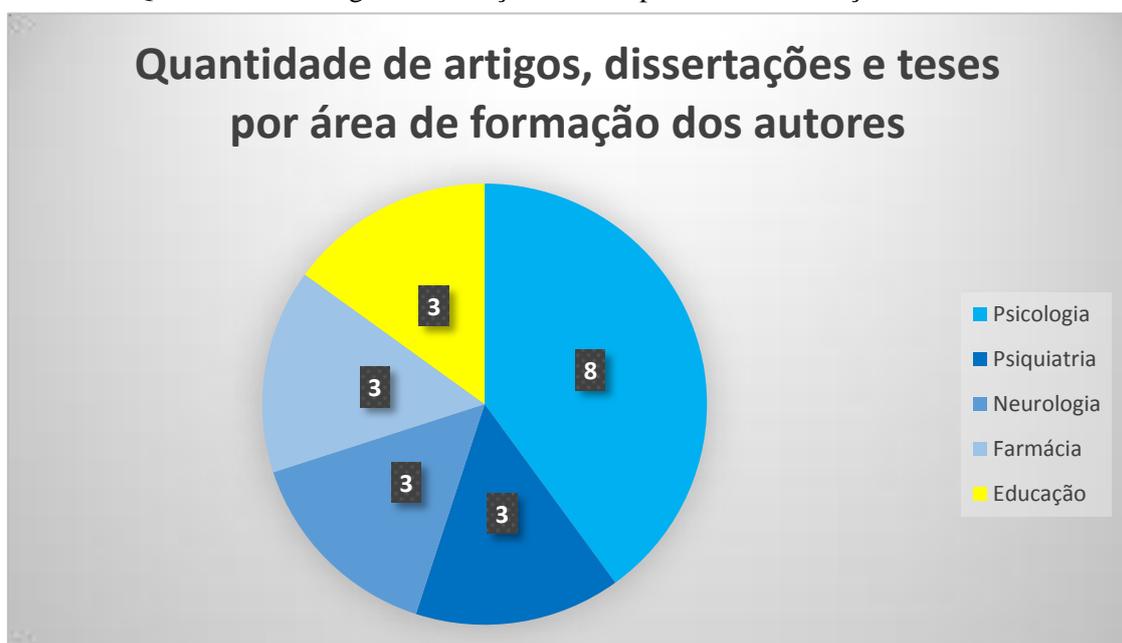
2.8 PANORAMA DO LEVANTAMENTO DE PUBLICAÇÕES *ONLINE* SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Ao final do levantamento de publicações *online* que realizamos na base de dados Scielo de artigos publicados e, também, no Google Acadêmico, de dissertações e teses sobre TDAH, podemos constatar que há muitos artigos, dissertações e teses que abordam diferentes aspectos como as definições, as comorbidades, os tratamentos, dentre outros que (não) foram categorizados em nossa apresentação. Devido a esse grande número, tivemos que criar critérios rigorosos de seleção desses materiais para as análises, levando em consideração os assuntos pertinentes à nossa dissertação.

Alguns aspectos interessantes passam despercebidos ao lermos um texto, como a formação do autor, que nos ajuda a compreender o discurso realizado e as críticas ou defesas que realiza ao longo de seu estudo.

No gráfico 1, apresentamos quais profissionais escreveram os artigos, as dissertações e as teses selecionadas para a nossa análise.

Gráfico 1: Quantidade de artigos, dissertações e teses por área de formação dos autores



Fonte: A autora (2016).

Conforme ressaltamos no início da seção 2 desta dissertação, a princípio nossa intenção era organizar as análises pela área de formação e atuação dos autores (Saúde e Educação), no entanto, não encontramos artigos escritos por educadores sobre o TDAH, sendo assim, organizamos pelas categorias analisadas. Podemos observar no gráfico 1 que enquanto 17 dos trabalhos analisados foram escritos por autores formados em áreas da Saúde (destacado na cor azul), apenas três são da área da Educação. A amostra apresentada nas análises foi pequena, porém, durante o levantamento também observamos essa grande diferença entre as produções das duas áreas, sendo os psicólogos os que mais escrevem sobre o assunto na área da Saúde.

Outra constatação realizada refere-se às definições que os autores deram para o TDAH, a porcentagem de prevalência do transtorno e as fontes nas quais se embasaram para apresentar esses dados, como vemos no quadro a seguir:

Quadro 2: Relação de autores e suas definições sobre TDAH, as prevalências apresentadas e suas fontes

Material	Autor	Definição de TDAH	Prevalência do TDAH (%)	Fonte
Artigos	Brzowowski e Caponi (2009)	Tríade sintomatológica	3,6% a 12%	Nac.
	Caliman e Domidrovic (2013)	Tríade sintomatológica	1% a 20%	Nac./Int.
	Rohde <i>et al.</i> (2000)	Tríade sintomatológica	3% a 6%	Nac./Int.
	Rohde <i>et al.</i> (2004)	Transtorno de base neurobiológica e tríade sintomatológica	3% a 6%	-
	Stroh (2010)	Transtorno Neurobiológico	-	Nac./Int.
	Argollo (2003)	Comportamental	1,7% a 17,8%	Int.
	Possa, Spanemberg, Guardiola (2005)	Comportamental	3,5% a 8%	Int.
	Graeff e Vaz (2008)	Transtorno no desenvolvimento do autocontrole	-	Int.
	Pereira, Araújo, Mattos (2005)	Síndrome	5% a 15%	-
	Mattos <i>et al.</i> (2007)	Problema de saúde	5%	-
	Pereira e Silva (2011)	Fenômeno complexo e multideterminado	-	Nac.
	Carlini (2003)	-	3% a 6%	-
	Itaborahy e Ortega (2013)	-	3% a 6%	-
Dissertações	Brzowowski (2009)	Doença	3,6% a 5%	-
	Cardoso (2007)	-	3% a 6%	-
	Fiori (2007)	Alteração mental	5%	Nac.
	Machado (2007)	Tríade sintomatológica	3% a 5%	Int.
	Nobre (2011)	Distúrbio específico do desenvolvimento	5% a 8%	Int.
Teses	Cavalcante (2012)	Tríade sintomatológica	3% a 17,1%	Nac.
	Seabra (2012)	Transtorno neurobiológico	-	Nac.

Fonte: A autora (2016).

Conforme pode ser observado no quadro 2, a tríade sintomatológica (desatenção, hiperatividade e impulsividade) foi encontrada como definição para o TDAH em seis trabalhos. Esse trio seria as características que compõem o transtorno, diferente das definições que utilizam as palavras síndrome, transtorno ou doença, que realmente definem o que é o TDAH. Apenas três autores não definiram o TDAH em suas produções. Vemos que a definição ainda não é um consenso, ela varia de acordo com a visão do próprio autor, seu entendimento do assunto e as fontes consultadas. Podemos encontrar fontes internacionais para a definição do transtorno em seis textos analisados, seis com fontes nacionais, dois com base no DSM-IV e um com base na Psicologia Histórico-Cultural. Em sete trabalhos não foi possível identificar a fonte ou se a definição era do próprio autor.

Com relação aos dados de prevalência, as variações são surpreendentes, oito pesquisas analisadas apresentaram prevalência de TDAH de 3% a 6% em crianças e adolescentes, o “tolerável” pela Organização Mundial de Saúde (OMS), outras oito pesquisas apresentaram porcentagens que variam de 1% a 20%. Apenas três textos não apresentaram dados de prevalência em seus estudos. Alguns autores ressaltaram que essa diferença entre os dados ocorre devido ao método de aplicação escolhido e à metodologia de análise dos dados, porém, observamos que nos casos em que as fontes foram internacionais, a diferença se mantinha entre 3% e 6%, enquanto a discrepância entre os dados apresentados era maior em fontes nacionais. Isso nos faz questionar sobre esses estudos de prevalência, será que mesmo com métodos diferentes os demais países conseguem manter uma porcentagem próxima ou há algum motivo para que os dados permaneçam com esses números? Será que essa discrepância se deve à diversidade cultural? São questões que merecem ser investigadas, uma vez que são tão difundidas nas pesquisas.

As análises foram válidas para compreendermos o que já se sabe sobre o TDAH, o que as publicações trazem de contribuição para as áreas da Saúde e da Educação, quais dúvidas e polêmicas ainda cercam o referido transtorno e como podemos contribuir para o seu conhecimento científico. Após confirmarmos a pouca produção sobre o TDAH de autores da área da Educação, principalmente tendo como objetivo a compreensão das representações sociais de professores com relação ao TDAH, nos propomos a realizar esse estudo, a fim de compreender o que e como os professores do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental entendem o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, bem como sobre sua medicalização do mesmo. Acreditamos que com essa pesquisa, ajudaremos os professores a exporem suas dificuldades no trabalho pedagógico com os alunos TDAH e seus conhecimentos práticos e teóricos, oferecendo a oportunidade de demonstrarem, do ponto de vista de quem está na escola, como é o TDAH na Educação.

3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

De acordo com Santos (2005), adotar uma teoria é escolher um guia de conduta para abordar o problema estudado. Existem inúmeros “guias” para nortear diferentes tipos de pesquisas. “Uma teoria busca explicar um fenômeno ou um conjunto de fenômenos, delimitando, pois, o tipo de problema a ser investigado. Além disso, ela delimita também as formas de abordar o problema” (SANTOS, 2005, p. 19-20).

Na área da Educação, as pesquisas acerca de representações sociais têm aumentado e se diversificado quanto aos fenômenos que tomam como objeto de estudo. Pesquisadores como Alves-Mazzotti (2000, 2007, 2008), Dauster (2000), Dotta (2006), Gomes (2009), Sá e Arruda (2000), Madeira (2000), Menin, Shimizu e Lima (2009), dentre outros, apresentam estudos envolvendo a Teoria das Representações Sociais e referenciados por diferentes sujeitos que abordam aspectos e dimensões do espaço escolar. Para a exploração dos recursos teóricos e metodológicos da Teoria das Representações Sociais (TRS) e de suas implicações, realizamos um levantamento bibliográfico e, por meio dele, encontramos importantes trabalhos acadêmicos produzidos por autores brasileiros e estrangeiros. As leituras desses estudos nos permitiram concluir que a Teoria das Representações Sociais é, na atualidade, uma ferramenta apropriada para a elucidação de diversos aspectos que envolvem não só a Educação, como também outras áreas.

Nesse sentido, com o propósito de investigar o pensamento social referente ao TDAH e ao uso de medicamentos, como ele é produzido e mantido pelos sujeitos envolvidos na pesquisa, consideramos que a Teoria das Representações Sociais nos dará o suporte necessário para investigar a nossa problemática.

3.1 UM BREVE HISTÓRICO DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O conceito de Representação Social tem origem europeia, que remete à noção de Representação Coletiva criada por Émile Durkheim, filósofo e sociólogo francês que viveu entre o final do século XIX e início do XX (FILLOUX, 2010). Segundo Nóbrega (2001), a noção de Representação Social se estabeleceu a partir de Durkheim no final do século XIX, com suas representações coletivas, que correspondem à maneira pela qual a sociedade pensa seus próprios fenômenos.

Durkheim tentou superar o discurso filosófico referente à epistemologia do filósofo alemão Immanuel Kant por meio de uma Sociologia do Conhecimento. Segundo Pinheiro

Filho (2004), apesar dessa pretensão, o francês precisou estudar o legado kantiano a fim de desenvolver suas concepções de natureza humana e de representação, que ajudaram a mostrar a dualidade da natureza humana como condição para a “[...] viabilidade de uma sociologia das categorias, bem como sua relação com a teoria das representações coletivas” (PINHEIRO FILHO, 2004, p. 140).

Durkheim tinha grande apreço pela teoria kantiana, por isso, estudou e se propôs a superá-la, no sentido de melhorar a teoria de seu mestre. Em suas pesquisas identificou que havia pontos divergentes entre seus pensamentos e os de Kant, mas, para alcançar o objetivo deveria avançar do ponto em que Kant estagnou. O pensamento convergente que havia entre os dois era em relação ao conhecimento, pois acreditavam que este tinha um problema essencial de fundamentação racional. Sendo assim, Durkheim encontrou como solução definir as categorias como espécie do gênero das representações coletivas, mostrando a dualidade da natureza humana, dividida em corpo e alma (PINHEIRO FILHO, 2004).

Segundo Pinheiro Filho (2004), Durkheim associou a oposição corpo e alma com a separação entre sagrado e profano. A alma seria sacralizada e comparada ao sagrado e a pouca nobreza do corpo com o profano. A alma exprime nossa individualidade: ideias, desejos e vontades; os estados mentais gerados nesse processo tornam-se ideias coletivas que incorporam as consciências individuais permitindo uma troca entre a alma (individual) e o corpo (social). O corpo passa a nos dirigir com o que temos em comum com os demais homens. Sendo a sociedade a única fonte de humanidade para o homem, podemos compreender a comparação durkheimiana com o corpo e o profano.

Para Durkheim, o homem no individual é apenas um ser animal, transcendendo-se para a humanidade apenas em contato com o meio social, sendo assim, a sociedade externa o indivíduo, enquanto o indivíduo interna o homem. Essa dualidade humana é a entrada para a Representação Coletiva elaborada por Durkheim, visto que se refere ao pensamento derivado dos fenômenos da associação entre os homens (PINHEIRO FILHO, 2004). Nessa perspectiva, Rêses (2003, p. 190) explica que

Durkheim partia do princípio de que a ciência, para estudar as representações, tinha de reconhecer a diferença entre o individual e o coletivo. Isso porque, para ele, o substrato da representação individual era a consciência própria de cada um, sendo, portanto, subjetiva, flutuante e perigosa à ordem social. Por outro lado, o substrato da representação coletiva era a sociedade em sua totalidade e, por isso, seria impessoal e ao mesmo tempo permanente, garantindo, assim, a ligação necessária entre os indivíduos e, conseqüentemente, a harmonia da sociedade.

Segundo Rêses (2003), Durkheim defendia a importância das representações que consiste no estudo do pensamento coletivo tanto em sua forma como em seu conteúdo. O filósofo e sociólogo buscava a origem dos conceitos, visto que formam a base do pensamento lógico que constitui a ferramenta para a comunicação das inteligências humanas. Rêses (2003, p. 191) afirma que o “conceito de representações coletivas compõe o quadro teórico analisado por Durkheim na relação indivíduo-sociedade”. Portanto, ele é o verdadeiro criador do conceito, pois delimita os contornos e reconhece o direito de explicar os fenômenos. Em suma, para Durkheim as representações coletivas eram produções sociais, ou seja, formas sociais de expressão, de reconhecimento e de explicação do mundo. Trata-se de fatos sociais que não são falsos ou verdadeiros, mas sim a forma que cada sociedade em seu tempo explica o mundo.

Por meio do conceito de representações coletivas, Durkheim procurava explicar as categorias do intelecto, noções essenciais que dominavam a vida intelectual, ou seja, conceitos utilizados para definir e caracterizar todas as coisas com as quais convivemos. “Esse sistema de conceitos é expresso pelo vocabulário da nossa língua materna” (RÊSES, 2003, p. 191). Durkheim tinha como um de seus objetivos nos estudos das representações demonstrar que a mentalidade de um grupo não é igual à de um indivíduo; sendo assim, os fenômenos que constituem a sociedade têm origem na coletividade e nela devemos buscar explicações para os fatos sociais, formados, por sua vez, pelas representações coletivas (RÊSES, 2003).

A Representação Coletiva durkheimiana foi reconhecida e muito utilizada. Todavia, partindo de uma crítica à teoria do filósofo francês, Serge Moscovici (*1925-2014†), psicólogo social romeno radicado na França, apresentou o conceito de Representação Social (RS) em 1961, ao publicar a obra *Representação Social da Psicanálise* (JODELET, 1989).

Moscovici apresentou os resultados de sua pesquisa, na qual procurou compreender de que forma a psicanálise, ao sair dos grupos fechados e especializados através de sua divulgação pelos meios de comunicação, adquiriu uma nova significação para grupos populares (GAMA; SANTOS; FOFONCA, 2010, p. 1-2).

Antes de voltar à luz na Psicologia Social com Moscovici, a noção de RS passou por momentos de mudanças até que se tornasse um conceito amplamente utilizado nas Ciências Humanas com fins legítimos do conhecimento científico (JODELET, 1989). O período que antecedeu sua retomada foi dominado pelos métodos de investigação behaviorista que,

segundo Veiga e Vandenberghe (2001), foram de suma importância no direcionamento do que conhecemos hoje como Psicologia Científica.

Em seguida, veio o domínio do modelo marxista que, segundo Pires (1997), tinha como objetivo descobrir as leis dos fenômenos, captar as articulações dos problemas em estudo, analisar as evoluções e rastrear as conexões sobre os fenômenos que os envolvem.

Quando o Behaviorismo começou a ser menos utilizado e as revoluções do Cognitivismo efervesceram, o paradigma estímulo-resposta (S-R) foi progressivamente enriquecido. O sujeito, denominado organismo (O), foi integrado no esquema original (S-O-R). Posteriormente, a consideração das estruturas mentais, representações, assumiu papel criador no processo de elaboração da conduta.

A crítica de Moscovici sobre S-R teve consonância com essa nova concepção S-O-R, pois ele acreditava que as representações determinavam, ao mesmo tempo, o estímulo e a resposta, não havendo separação entre o universo interior e o exterior do sujeito ou grupo. A partir de então, Moscovici começou a trabalhar a noção de Representação Social (JODELET, 1989).

O próprio Moscovici reconheceu que a concepção de Representação Social que desenvolveu tem proximidade com o conceito de Representação Coletiva de Durkheim, mas apesar da aproximação, não se trata da mesma teoria. Se o conceito durkheimiano se referia a uma sociedade estática e tradicional, o conceito do psicólogo social refere-se a uma sociedade mais dinâmica e moderna. Logo, Moscovici percebeu a necessidade de trocar o conceito de “coletivo”, referente à sociedade cristalizada, por “social”, referente à sociedade ativa. Outra diferença é a compreensão de sociedade que, para Durkheim, era um ente invisível e indivisível, mas para Moscovici tratava-se de grupos aos quais os indivíduos se associam ao longo da vida. Sendo assim, diferentes grupos produzem representações diferenciadas sobre um mesmo objeto (RÊSES, 2003).

Moscovici construiu seu conceito de representação realizando a modificação em dois conceitos durkheimianos:

As representações podem ser uma forma particular de construir conhecimento, como também uma forma de transmitir entre indivíduos conhecimentos adquiridos. Em outras palavras, as representações constituem modos de vida e formas de comunicação entre as pessoas; por isso, elas são representações sociais. Enfim, a partir dessas elaborações acerca da relação indivíduo e sociedade, o autor se propõe a compreender o que seria uma sociedade pensante (RÊSES, 2003, p. 194).

Para Sá (1993), os indivíduos não são passivos em uma sociedade pensante, mas, sim, ativos, perante inúmeros episódios cotidianos em que produzem e comunicam representações e soluções que impõem a si. Diante do exposto, podemos considerar que Moscovici enfatiza o sujeito que produz a representação, sendo um ser ativo.

Segundo Alves-Mazzotti (2008), podemos resumir a elaboração teórica de Moscovici a partir de sua análise crítica do conceito durkheimiano, enfatizando dois aspectos importantes das RS na perspectiva da Psicologia Social, que consiste nos processos responsáveis pela formação das RS e o seu sistema cognitivo próprio.

De acordo com Alves-Mazzotti (2008), a filósofa francesa Denise Jodelet ajudou Moscovici a sistematizar o campo das Representações Sociais e contribuiu para o aprofundamento teórico esclarecendo sobre os conceitos e seus processos formadores, ampliando seus estudos. Em suma, Jodelet (1989) apresentou as três funções básicas da representação, sendo elas: 1) a função cognitiva de integração da novidade; 2) a função de interpretação da realidade; e 3) a função de orientação das condutas e das relações sociais. Segundo Alves-Mazzotti (2008, p. 30-31):

Assim, esse processo permite compreender: (a) como a significação é conferida ao objeto representado; (b) como a representação é utilizada como sistema de interpretação do mundo social e instrumentaliza a conduta; (c) como se dá sua integração em um sistema de recepção e como influencia e é influenciada pelos elementos que aí se encontram. Além do próprio Moscovici e de Jodelet, muitos outros pesquisadores têm apresentado contribuições relevantes para o aprimoramento da teoria ao longo desse período de mais de trinta anos que nos separam de sua formulação inicial.

Em determinados momentos da história da Teoria das Representações Sociais, ela foi discriminada por ser considerada um conhecimento advindo do senso comum, sem credibilidade e sem caráter científico. Isso ocorreu pela visão que se tinha sobre conhecimento científico, ou seja, pesquisas que demonstravam uma “verdade absoluta”. Para Santos (2005), existem duas características fundamentais nas modernas teorias científicas, sendo a primeira, a ligação com as observações e a segunda seu caráter provisório. Com relação à última característica, podemos notar que a teoria científica não é mais considerada como algo imutável, como verdade única.

O fato das atuais teorias científicas não serem mais consideradas “verdades absolutas”, mas, sim, meios de explicações provisórias, permite que outras explicações sejam possíveis por meio de outras teorias, tais como a das Representações Sociais. A Teoria das Representações Sociais é, portanto, um conhecimento científico que procura compreender e

explicar a construção desse conhecimento leigo. Em outras palavras, é um modelo teórico que visa compreender os fenômenos das representações sociais (SANTOS, 2005).

3.2 AFINAL, O QUE SÃO REPRESENTAÇÕES SOCIAIS?

As representações sociais podem ser entendidas como conceitos criados no cotidiano e que se tornam símbolos de determinados assuntos. Moscovici (1981) as define como um conjunto de conceitos criados no cotidiano, equivalentes ao que foram os mitos em suas épocas, classificadas pelo autor como “a versão contemporânea do senso comum”.

Em consonância com a ideia citada, Jodelet (1989) afirma que as representações sociais são importantes por nos ajudarem a interpretar pessoas, fenômenos e objetos. Ainda que seja um saber considerado “senso comum” a referida autora explica que se trata de um estudo tão legítimo quanto os demais, tamanha a significância na vida social devido aos esclarecimentos que proporcionam por meio dos processos cognitivos e das interações sociais.

As representações sociais permitem estabelecer uma relação com o mundo e com as demais pessoas a partir da interpretação que fazemos. Elas organizam e orientam as condutas de comunicações sociais, intervêm na assimilação dos conhecimentos, bem como no desenvolvimento individual e coletivo. Sendo assim, exercem uma forte influência na definição das identidades pessoais e sociais, nas expressões dos grupos, além das transformações sociais (JODELET, 1989).

Nessa mesma perspectiva, Jovchelovitch (2011, p. 21) esclarece que a representação social

[...] está na base de todos os sistemas de saber e compreender sua gênese, desenvolvimento e modo de concretização na vida social, nos fornece a chave para entender a relação que amarra o conhecimento à pessoa, a comunidade e mundos de vida. É por meio da representação que podemos compreender tanto a diversidade como a expressividade de todos os sistemas de conhecimento.

Observamos no início desta seção, que a Teoria das Representações Sociais foi desenvolvida por Moscovici a partir de um aperfeiçoamento de outras teorias referentes às ideias que surgem em determinados grupos e são compartilhadas. Porém, segundo Moscovici (1978) outros conceitos foram incluídos em sua teoria para melhor compreensão das RS, sendo eles o de objetivação (passagem do conceito para esquemas) e o de ancoragem (construção de significados sobre o objeto atribuindo valores e práticas sociais).

Para Moscovici (2015), os processos de objetivação e ancoragem são complementares. O primeiro busca criar verdades óbvias para todos enquanto o segundo refere-se à intervenção de determinismos na gênese e transformação dessas verdades. Dessa forma, a objetivação cria a realidade em si e a ancoragem lhe dá significação. Esses processos tornam possível o movimento de familiarização ou de construção de representações sociais.

Jodelet (1984) ajudou no desenvolvimento desses conceitos e ressalta a divisão da objetividade em três fases: I- Seleção e descontextualização dos elementos da teoria ou construção seletiva (momento em que o grupo realiza o filtro de conceitos e informações sobre determinado objeto, de acordo com seus valores e culturas); II- Esquematisação estruturante (transformação do complexo em imagem familiar); e III- Naturalização (concretização dos elementos figurativos em aspectos da realidade do grupo social). Em suma, podemos dizer que a objetividade busca tornar familiar um objeto complexo para o sujeito ou grupo.

Depois que se concretizam as imagens familiares criadas por meio da objetividade, os sujeitos as assimilam com seus valores. Quando esse processo passa a fazer parte de um sistema de categorias já aceito, pode-se somar com outros já estabelecidos e surgir um novo conceito. Esse processo recebe o nome de ancoragem (PRYJMA, 2011). Jodelet (1984) também subdividiu esse conceito em três modalidades: I- atribuição de sentido (internalização da representação envolvendo vínculo com a cultura); II- instrumentalização do saber (uma extensão da objetivação, em que o imaginário ajuda na compreensão da realidade); e III- enraizamento no sistema do saber (utilização do que já conhece para familiarizar o “novo”). Assim, podemos compreender as funções de representação da ancoragem no que tange à função cognitiva pela inserção do “novo” ao sistema de conceitos dos sujeitos e sua compreensão.

Essas representações elaboradas pelos sujeitos possuem uma forma específica de organização, pois segundo Abric (2000), essa organização ocorre em torno de um núcleo central, composto de um ou mais elementos que significam a representação. A Teoria do Núcleo Central surgiu com a tese do próprio Abric em 1976, trata-se do elemento mais estável da representação social, ou seja, é resistente a mudanças e possui pouca sensibilidade ao contexto imediato. Podemos observar em Abric (1994), que o núcleo central possui ligação com a memória coletiva e com a história do grupo, definindo sua hegemonia do mesmo. Após anos de estudo, Abric (2000) concluiu que as representações se organizam em torno de um núcleo central que atribui significado à representação social.

O autor também salienta a diferença que há entre outro núcleo, o periférico. Enquanto o primeiro núcleo é estável, o periférico é mais flexível às mudanças. Este permite a integração das experiências e das histórias de cada um, visto que é mais maleável, tolera as contradições e a heterogeneidade do grupo, além de ser sensível ao contexto imediato (PRYJMA, 2011).

Portanto, as representações sociais possuem dois sistemas de organização, sendo eles o núcleo central e o núcleo periférico. Ambos são importantes para a interpretação da realidade, determinando o comportamento e a ação dos sujeitos frente ao objeto representado.

Ao analisarmos as falas das professoras entrevistadas, pretendemos compreender quais as representações sociais que elas possuem dos seus alunos que têm o diagnóstico de TDAH, visto que, segundo Jodelet (1989), as representações são os representantes mentais da ideia que reconstitui simbolicamente.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

De acordo com Santos (2005), a metodologia adotada é consequência do modelo teórico escolhido e possibilita a relação prática com o objeto a ser estudado. Visto que utilizamos como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais, segundo os estudos de Moscovici (1978, 1981, 2001, 2004), Jodelet (1989), Jovechelovitch (1998), Abric (2000), dentre outros, nossa pesquisa será pautada nos parâmetros da pesquisa quali-quantitativa e descritiva.

Como utilizamos um Teste de Associação Livre de Palavras e um roteiro de entrevista semiestruturada, fizemos a análise qualitativa das falas das professoras com organização baseada na análise de conteúdo. De acordo com Moresi (2003), a pesquisa qualitativa estabelece relação entre o mundo real e o sujeito, não utiliza métodos e técnicas estatísticas, a fonte para os dados é o ambiente natural e o pesquisador é o instrumento-chave, sendo os focos principais de abordagem o processo e seu significado. A análise de conteúdo permite a transcrição de entrevistas e é definida por Bardin (1977) como uma organização em categorias temáticas, característica própria dessa análise.

Contudo, além das análises qualitativas; com base no questionário sociodemográfico realizamos a tabulação dos dados coletados e fizemos uma breve análise por meio da estatística descritiva. Em relação ao total de alunos com diagnóstico de TDAH observados nas escolas e seus respectivos tratamentos, sobretudo referente à utilização de medicamentos, construímos um gráfico para ilustrar as respostas e fizemos sua análise quantitativa.

Nosso objetivo é caracterizar as representações sociais dos professores do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental da cidade de Maringá-PR sobre o TDAH, bem como sobre o processo de medicalização do referido transtorno, assim, é possível compreender, também, o contexto escolar em que vivem alunos com diagnosticados e seus professores. Realizaremos, portanto, um estudo de campo, considerando que ele:

[...] focaliza uma comunidade, que não é necessariamente geográfica, já que pode ser uma comunidade de trabalho, de estudo, de lazer ou voltada para qualquer outra atividade humana. Basicamente, a pesquisa é desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo. Esses procedimentos são geralmente conjugados com muitos outros, tais como a análise de documentos, filmagem e fotografias (GIL, 2002, p. 53).

Seguindo a explicação de Gil (2002), nosso foco é na comunidade de professoras que possuam alunos com o diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade no primeiro ciclo do Ensino Fundamental (1º ao 5º ano).

4.1 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Duas etapas gerais caracterizam o caminho percorrido para a coleta de dados: a primeira teve por intuito a obtenção da autorização para a realização da pesquisa e a segunda, a obtenção da coleta de dados. Para podermos realizar esse estudo, pedimos a autorização da Secretaria Municipal de Educação (SEDUC) de Maringá, a qual forneceu uma Carta de Anuência para a realização da pesquisa nas escolas (Apêndice A). Em seguida o projeto foi apresentado ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Após a aprovação de ambas as instituições, a SEDUC de Maringá nos concedeu uma lista com 10 escolas em que poderiam ser realizadas as entrevistas com professores e as observações das crianças com diagnóstico de TDAH.

Para iniciar a pesquisa, fizemos contato telefônico com a direção das escolas a fim de conversar pessoalmente sobre os objetivos do estudo e explicar os procedimentos que seriam realizados. Do total de 10 escolas, apenas uma instituição não concedeu a autorização para a realização das entrevistas, sendo que seis escolas autorizaram e as demais não foram pesquisadas em virtude do tempo.

Após a autorização das diretoras das escolas, agendamos os encontros com os professores, com o intuito de convidá-los a participarem do nosso estudo. Aos que concordaram, solicitamos que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Na sequência, foram realizadas as entrevistas que duraram, em média, 15 minutos com cada professora. Ao final de cada entrevista, agendamos um dia de observação da criança com diagnóstico de TDAH, aluna do professor participante da pesquisa.

Vale ressaltar que com a greve dos professores e funcionários públicos da UEM, que foi realizada no começo do ano de 2015, a parte prática da presente pesquisa, realizada em campo, demorou a ser concretizada, pois dependia da aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) para ser inicializada. Assim, só

tivemos a liberação em meados do mês de setembro de 2015, quando começamos as entrevistas e as observações, que concluímos ao final de novembro desse mesmo ano.

4.2 CAMPO DE PESQUISA

Realizamos entrevistas com 14 professoras das Escolas de Ensino Fundamental da cidade de Maringá. Essa cidade está localizada a noroeste do Paraná e segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), possui uma população estimada em 391.698. Com base nos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Educação (SEDUC) de Maringá, existem 49 escolas de Ensino Fundamental nesse município. Todavia, nossa amostra é restrita a 12% dessas escolas, o que equivale a seis instituições.

Das seis escolas onde realizamos a pesquisa, apenas uma se encontra no centro da cidade. Todas são instituições públicas e oferecem ensino do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental. Em relação aos espaços físicos das escolas, verificamos que possuem salas bem arejadas e iluminadas. Como a maior parte dessas escolas está localizada em regiões periféricas da cidade, os sons externos (carros, obras, dentre outras) não influenciam no processo de ensino e de aprendizagem, visto que o movimento de pessoas e o tráfego nesses arredores são mínimos. No entanto, a escola localizada no centro da cidade, sofre com os constantes sons de carros, motos e de uma construção em um prédio vizinho, o que incomoda os professores, interrompe as aulas e prejudica a atenção das crianças. Para preservarmos a identidade das escolas, identificaremos cada uma por um número de 1 a 6.

Em relação à organização interna das salas, todas as escolas optam em deixar as carteiras em filas, de modo tradicional. As letras do alfabeto, os números em ordem crescente e os cartazes coloridos nas paredes das salas estão presentes também, com a diferença de terem mais ou menos cartazes e com variação do conteúdo (frações, organização textual, figuras geométricas, dentre outras). Em todas as instituições visitadas, as quadras eram utilizadas apenas pelos professores de Educação Física, no caso de algumas escolas (1 e 2), os alunos podem brincar nessa área, além de terem à disposição pátios espaçosos e gramados. No caso dos refeitórios, apenas na hora do lanche é permitida a entrada e permanência dos alunos. A escola 3 é a única que não possui refeitório; as crianças lancham na própria sala. As bibliotecas raramente são visitadas, dependendo do planejamento do professor.

De modo geral, a rotina das turmas é organizada da seguinte forma: entrada dos alunos, cabeçalho, correção de atividades anteriores ou de tarefas de casa, desenvolvimento do conteúdo, lanche, recreio (em torno de 15 minutos), continuação das atividades em sala e

encerramento da aula. Cada professor desenvolve a sua própria organização em sala de aula, bem como suas atividades, mas sempre seguindo essa rotina.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes dessa pesquisa são as professoras regentes desses alunos com diagnóstico de TDAH que pertencem às séries iniciais do Ensino Fundamental (1º ao 5º ano) da cidade de Maringá. Dessa forma, em cada uma das seis escolas, entrevistamos as professoras que se dispuseram a participar do estudo. Portanto, a participação no estudo foi por adesão, sendo entrevistadas 14 professoras no total. Para mantermos a identidade das professoras, identificamos cada uma com a letra P e um número (P1, P2, P3...).

As professoras entrevistadas lecionam para alunos com diagnóstico de TDAH nas séries iniciais do Ensino Fundamental. Veja no quadro abaixo, a turma e a escola as quais cada professora pertence e a quantidade de alunos com diagnósticos de TDAH que possuem:

Quadro 3: Escola, professora entrevistada, ano em que leciona e o número de aluno(s) com TDAH

Escola	Professora	Ano	Quantidade de alunos com diagnóstico de TDAH
1	P1	2º ano	2
	P2	4º ano	1
2	P3	4º ano	1
	P4	3º ano	1
	P5	3º ano	2
3	P6	2º ano	2
4	P7	5º ano	1
	P8	4º ano	2
	P9	4º ano	1
5	P10	2º ano	1
	P11	3º ano	1
	P12	4º ano	1
6	P13	4º ano	2
	P14	4º ano	4
TOTAL:	6 escolas	14 professoras	-
			22 alunos

Fonte: A autora (2016).

4.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: 1) Questionário Sociodemográfico (Apêndice C); 2) Teste de Associação Livre de Palavras (Apêndice D); e 3) Roteiro de Entrevista Semiestruturada (Apêndice E). As entrevistas foram gravadas.

O questionário sociodemográfico teve por objetivo traçar um perfil dos participantes da pesquisa. No que se refere ao Teste de Associação Livre de Palavras, ele teve como objetivo identificar características das representações sociais das professoras sobre TDAH. A estrutura desse teste foi originalmente proposta por Abric (2001) e, no caso da presente pesquisa, foi utilizada para possibilitar a identificação do conteúdo semântico do indutor: “Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é...”.

A montagem dos protocolos utilizados para esse teste foi similar à usada por Ribeiro e Porto (2012). Em um primeiro momento, foi solicitado ao participante que informasse sua escola e a data de aplicação. Em seguida, uma instrução antecedeu a apresentação do primeiro indutor, sendo ela a seguinte: “Você deverá completar todas as frases com o primeiro termo que lhe vier à mente”.

Por fim, no que diz respeito à entrevista semiestruturada, ela teve por finalidade complementar os dados colhidos por meio do Teste de Associação Livre de Palavras e visa investigar as representações sociais das professoras sobre TDAH e medicalização.

A entrevista semiestruturada tem como característica realizar questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos podem apresentar margem a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos participantes. O foco principal poderá ser colocado pelo investigador-entrevistador. Para Triviños (1987), a entrevista semiestruturada possibilita não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de dados.

Outro instrumento utilizado foi o Roteiro de Observação do Cotidiano Escolar (Apêndice F), que norteou as observações da rotina da escola, da prática pedagógica realizada em sala e do comportamento das crianças com diagnóstico de TDAH, feitas pela pesquisadora.

Os registros feitos em diário de campo obedeceram a um roteiro contendo data, tempo de permanência em sala, turma observada, interação entre os alunos, interação professor-aluno e a participação do aluno identificado como TDAH no grupo. Segundo Alves-Mazzotti e Gewandszajder (2004), na pesquisa qualitativa o estudo observacional é bastante valorizado, pois permite verificar, na prática, a veracidade das informações colhidas em entrevistas, bem como identificar comportamentos inconscientes e observar o comportamento contextualizado no tempo e no espaço.

Nessa mesma perspectiva, Tura (2003) afirma que a observação dos comportamentos de forma minuciosa e as decorrências desses comportamentos exigem a compreensão do todo

no contexto das relações e condições sociais em que se produzem. Dessa forma, acreditamos que essas observações realizadas no cotidiano escolar e os dados coletados nas escolas contribuíram, de forma efetiva, para a compreensão das representações sociais dos professores do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental sobre o TDAH e o processo de medicalização.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

O tratamento dos dados coletados referentes ao questionário sociodemográfico e ao total de crianças com diagnóstico de TDAH e seus respectivos tratamentos foi realizado por meio da análise quantitativa, pois foram utilizadas tabulações e gráficos para ilustrar as respostas e facilitar suas análises.

Com base na Teoria das Representações Sociais, fundamentadas com Moscovici (1978, 1981, 2001, 2004), Jodelet (1989), Jovechelovitch (1998), Abric (2000), dentre outros, identificamos as representações dos professores por meio do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e das entrevistas semiestruturadas. Para o TALP, foram utilizadas as seguintes categorias de análise: 1) Conceito sobre TDAH; 2) Definição de crianças com TDAH; 3) Relacionamento professor-aluno; 4) Prática Pedagógica; e 5) Melhor forma de tratamento. Para a análise das entrevistas, foi utilizada a análise de conteúdo. Para tanto, foram criadas categorias temáticas de acordo com Bardin (1977) em função dos dados coletados. Após a análise das entrevistas, transcritas na íntegra, foram elaboradas as seguintes categorias de análise: 1) Conhecimento sobre o TDAH; 2) Conhecimento sobre o comportamento do aluno com TDAH; e 3) Conhecimento sobre a aprendizagem do aluno com TDAH.

Em relação às observações, foi realizado um total de 10. Em cada sala foi realizada uma observação de 4 horas. As observações estruturadas ocorreram nas salas de aula das professoras entrevistadas, com exceção de uma aula, que foi desenvolvida na quadra de esportes durante as aulas de Educação Física. A ida da pesquisadora em sala de aula foi acordada com as professoras, que se disponibilizaram para recebê-la, com data previamente agendada pela docente. Duas professoras não permitiram a observação em sala. Foram realizadas, ainda, observações informais sobre a rotina das escolas e seus espaços físicos.

No que diz respeito à análise das observações, alguns fatos do próprio cotidiano escolar foram empecilhos na observação da interação entre professoras e alunos com diagnóstico de TDAH e/ou destes com os demais alunos, visto que nosso objetivo, com essas

observações, era constatar quais práticas pedagógicas a professora regente, de fato, realiza com esses alunos, como é o processo de ensino e de aprendizagem da criança com diagnóstico de TDAH, bem como a interação dela com os integrantes da escola. Todavia, por ausência da professora regente por motivos particulares ou por estar em atividade na Secretaria Municipal de Educação (SEDUC) e, ainda, pela não permissão da nossa presença em sala, não pudemos observar em detalhes o que estava proposto no nosso roteiro de observação.

O número de observações em sala foi definido pela direção de cada escola. Nossa intenção inicial era realizar, pelo menos, quatro observações em cada sala, mas tivemos que nos restringir a uma, a fim de atender à solicitação da direção e das professoras, as quais consideraram que a presença de pessoas externas interferiria na dinâmica da sala de aula.

Vale ressaltar que essa impossibilidade que as escolas determinaram, tem relação com a intensa rotina de final de ano (avaliações, fechamento de notas, elaboração de atividades para ajudar os alunos a recuperarem notas, dentre outras), que às vezes não permitem a presença de pessoas fora desse ambiente escolar.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a coleta dos dados, realizamos as transcrições das falas das 14 professoras entrevistadas, fizemos as análises e categorizações e, em alguns casos, as subcategorizações, a fim de apresentarmos os dados de modo claro. Veremos a seguir, os resultados das análises e as respectivas discussões sobre as representações sociais identificadas.

5.1 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Com os dados coletados do questionário sociodemográfico foi possível traçar o perfil dos sujeitos da pesquisa. Podemos observar no quadro abaixo os aspectos acadêmicos e profissionais dos participantes.

Quadro 4: Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa

Resultados dos dados retirados do questionário sociodemográfico		
Curso	N	%
Letras	1	7,14
Pedagogia	11	78,5
Pedagogia e Letras	1	7,14
Pedagogia, Letras e Magistério	1	7,14
Formação complementar (Especialização, Mestrado etc.)		
Atendimento Educacional Especializado	1	7,14
Docência no Ensino Superior e Teoria Histórico Cultural	1	7,14
Educação	1	7,14
Língua Portuguesa	1	7,14
Mestrado em Psicologia	1	7,14
Orientação, Supervisão e Gestão escolar	1	7,14
Psicopedagogia	2	14,2
Psicopedagogia e Educação Especial	1	7,14
Mestrado em Educação	1	7,14
Não possui	4	28,5
Tempo de atuação profissional		
Até 10 anos	3	21,4
De 10 e 1 mês a 15 anos	2	14,2
De 15 e 1 mês a 20 anos	3	21,4
Mais de 20 anos	6	42,8
Ministra aulas em qual nível de ensino		
Ensino Fundamental	12	85,7
Ensino Fundamental e Educação infantil	1	7,14
Ensino Fundamental e Ensino Superior	1	7,14
Com quantas turmas trabalha		
Uma	11	78,5
Duas	3	21,4

(continuação...)

Jornada de trabalho		
Até 10 horas semanais	1	10,0
20 horas semanais	6	40,0
40 horas semanais	7	50,0
Em qual(is) período(s) trabalha		
Manhã	3	21,4
Tarde	4	28,5
Manhã e tarde	6	42,8
Manhã, tarde e noite	1	7,14
Exerce outras ocupações além da docência em sala		
Não	10	60,0
Sim (pedagoga, tutora de Pedagogia EaD)	4	40,0
Nos últimos dois anos, você fez curso de aperfeiçoamento		
Sim	13	90,0
Não	1	10,0

Fonte: A autora (2016).

Conforme o quadro 4, constatamos que das 14 professoras entrevistadas, 13 (92,9%) se formaram em Pedagogia e apenas uma (7,1%) tinha formação em Letras.

No que se refere à formação complementar, nove (64,3%) entrevistadas fizeram curso de Especialização *Lato Sensu* na área de Educação, uma (7,1%) fez Mestrado em Educação e quatro (28,6%) não fizeram nenhum curso.

Quanto ao tempo de atuação, três (21,4%) exercem a profissão há menos de 10 anos e 11 (78,6%) atuam como docentes há mais de 10 anos, o que revela que a maioria tem experiência profissional.

Das entrevistadas, 12 (85,7%) trabalham exclusivamente no Ensino Fundamental, uma (7,1%) no Ensino Fundamental e Educação Infantil e uma (7,1%) no Ensino Fundamental e Ensino Superior.

Em relação ao número de turmas, 11 (78,6%) professoras trabalham exclusivamente com uma turma e três (21,4%) trabalham com duas turmas.

Sete professoras (50%) enfrentam uma jornada de trabalho de 40 horas semanais, seis (42,9%) trabalham 20 horas e apenas uma (7,1%) trabalha até 10 horas. Das entrevistadas, sete (50%) trabalham apenas em um turno (manhã ou tarde), seis (42,9%) trabalham em dois turnos (manhã e tarde) e apenas uma (7,1%) trabalha em três turnos (manhã, tarde e noite).

Do total de entrevistadas, 10 (71,4%) exercem somente a docência em sala e quatro (28,6%) atuam também em outras atividades (Pedagoga e tutora de EaD).

Por fim, 13 (92,9%) professoras realizaram curso de aperfeiçoamento nos últimos dois anos, ainda que sejam, em grande parte, apenas os oferecidos pela Secretaria Municipal de Educação (SEDUC). Apenas uma (7,1%) professora não realizou curso de aperfeiçoamento.

Embora não conste no quadro acima, é importante ressaltar a idade média das professoras entrevistadas que é de 38 anos.

5.2 ANÁLISE DAS OBSERVAÇÕES

Para as observações, foi utilizado um Roteiro de Observação do Cotidiano Escolar. Esse instrumento tem por finalidade observar os comportamentos tanto das crianças com o diagnóstico de TDAH quanto da prática pedagógica de seus professores nas salas de aula.

Conforme explicitado na seção anterior, o número de observações em sala foi definido pela direção de cada escola. Para a análise das observações selecionamos as que puderam ser realizadas com a presença da professora regente em sala de aula, em um dia com atividades rotineiras e sem avaliação. Sendo assim, descartamos os casos em que a professora substituta assumiu a sala devido à ausência da professora regente ou os casos em que a turma estava em avaliação.

É importante ressaltar que em cada sala foi realizada uma observação de 4 horas, perfazendo um total de 10 observações. Conforme já foi mencionado, duas professoras não autorizaram a observação em sala.

Veja a seguir, um resumo dos dados coletados nas observações.

A observação da turma da professora P1 ocorreu no dia 15 de setembro de 2015, no período da manhã. Havia 18 alunos em sala de aula, sendo dois com diagnóstico de TDAH. Verificamos o lugar onde os alunos estavam dispostos na sala. Para não expormos as crianças, as apresentaremos por gênero e pela letra “A” seguida de um número. A menina com diagnóstico de TDAH (A1) se sentava na primeira carteira da janela, enquanto o menino (A2) se sentava na 4ª mesa da segunda fileira da porta. A turma, como um todo, era muito participativa, mas os dois alunos citados pouco discutiam e dialogavam na aula com a professora e os demais colegas. A aula ocorreu o tempo todo de maneira expositiva e de forma oral, possibilitando a interação entre professor-aluno por meio de perguntas que a professora fazia ao longo das atividades e das leituras.

Nesse dia, a professora trabalhou uma literatura a fim de ensinar sobre o gênero textual fábula; primeiramente, fez a leitura para a classe. Aparentemente, a aluna A1 ficou atenta; A2 ficou manuseando um objeto que tinha em seu estojo, muito parecido com o leão, personagem da história narrada pela professora, o que pode ser um indicativo de que estava atento também. Após a leitura e a discussão sobre a moral da história, as crianças deveriam

copiar e resolver algumas atividades do quadro em relação à história, atividade que durou todo o período. Os alunos com diagnóstico de TDAH realizavam a cópia vagarosamente. Os que terminaram antes do final da aula brincaram com o alfabeto móvel, montando outras palavras com as letras de FÁBULA, o que não foi o caso de A1 e A2.

No intervalo, as crianças interagiam normalmente com as demais: corriam, pulavam e brincavam. Na sala de aula, A1 era mais reservada, já A2 conversava com todos, mas de modo discreto. Nenhum dos alunos demonstrou características de criança com TDAH nesse dia.

Com relação à turma da professora P2, também da escola 1, apesar de ter sido observada, decidimos descartar a observação devido ao fato de, nesse dia, ter sido aplicada a prova da Secretaria da Educação de Maringá aos alunos, atividade que durou o período todo e não possibilitou observar o cotidiano daquela turma e o aluno com diagnóstico de TDAH daquela sala. O mesmo ocorreu com a turma da professora P3, da escola 2.

A observação na sala da professora P4, da escola 2, ocorreu no dia 24 de setembro de 2015, no período da tarde. Havia 24 alunos em sala de aula, sendo um com diagnóstico de TDAH. Verificamos o lugar onde a aluna A3 se sentava na sala de aula: segunda carteira da fileira da janela. A turma, como um todo, era bem calma, com alunos organizados e disciplinados. A professora realizou uma aula expositiva, mas permitiu a participação dos alunos com situações dialógicas. Após o calendário, a turma fez uma breve avaliação de matemática. Durante a prova, a aluna A3 precisou que a professora estivesse ao seu lado para conseguir resolver os problemas, mas não foi a aluna quem solicitou a presença da professora, e sim esta que se dirigiu até ela.

Após a avaliação, realizaram um exercício de matemática (resolver os problemas com contas de somar ou multiplicar). A aluna A3 não finalizou antes do lanche e precisou voltar para a sala após se alimentar para tentar terminar antes do recreio. Durante o intervalo, a aluna A3 brincou com as amigas de pular corda e montar peças de lego. De volta à sala, ela e seus colegas realizaram mais atividades de matemática e, ao chegar ao último exercício (problemas de multiplicação), a aluna já demonstrava sinais de cansaço, como se debruçar na carteira e se contorcer.

Na turma da professora P6, da escola 3, a observação ocorreu no dia 25 de setembro de 2015, no período da tarde. Havia 17 alunos em sala de aula, sendo dois com diagnóstico de TDAH. Verificamos o lugar onde os alunos se sentavam. O aluno A4 sentava no centro da sala, já A5, por ser considerado o mais tranquilo pela professora, sentava na quarta carteira da porta. A turma, em geral, era bem calma e, ao mesmo tempo, participativa. A professora

utilizou situações dialógicas o tempo todo. Após o calendário, a turma fez um passeio pela escola, pois os alunos estavam estudando sobre o espaço escolar. Ao retornarem, iniciaram a produção de um texto coletivo do qual A4 se recusou a participar e ficou desenhando no caderno de artes. O outro aluno com diagnóstico de TDAH (A5) ajudou na elaboração do texto.

Após a produção e registro no quadro por parte da professora, os alunos tiveram que copiar. Todos, com exceção de A4, finalizaram antes do intervalo e puderam sair para brincar, enquanto ele ficou na sala para copiar enquanto a professora arrumava seus pertences. Depois de três minutos, o aluno foi liberado para o recreio. No pátio, A4 corria e se divertia com os demais colegas, bem como o aluno A5. Na volta à sala, A4 se recusou a terminar a cópia; queria apenas desenhar em seu caderno. A5, no entanto, realizou tudo ao seu tempo e ao seu modo, mas concluiu.

No dia 19 de outubro de 2015, no período da tarde, ocorreu a observação dos alunos A7 e A8, da professora P5, na escola 2. O primeiro aluno (A7) se sentava na primeira carteira da segunda fileira da janela, e o aluno A8 na primeira carteira da segunda fileira da porta. Juntamente com 26 dos colegas presentes, os alunos com diagnóstico de TDAH realizaram a cópia dos exercícios de matemática. Posteriormente, fizeram a leitura coletiva das atividades e tentaram resolvê-las; essas atividades duraram até o momento do intervalo. O aluno A7 se mostrou concentrado durante a resolução dos problemas matemáticos; questionava a professora quando surgiam dúvidas e estava interessado em saber se estava tudo correto. Já A8 tentava fazer tudo de uma vez e mostrar para a professora ao fim de todos os exercícios; sempre havia correções gramaticais nos enunciados ou nas respostas, que eram pontuados pela professora.

No intervalo, brincaram na quadra de “chute ao gol”. De volta à sala, um pouco agitados, assim como os demais alunos, a professora tentou reorganizá-los e acalmá-los para retomarem as atividades matemáticas. Nesse momento, mais atividades de matemática foram passadas no quadro (contas de dividir) e os alunos copiaram-nas e tentaram resolvê-las normalmente.

Na escola 4, apesar de as entrevistas serem realizadas com três professoras (P7, P8 e P9), apenas uma pôde ter sua turma observada (P9) devido à intensa rotina de fim de ano. No entanto, apesar de a turma ter sido observada, decidimos descartar a observação, pois a aula não ocorreu com a professora regente (P9), e sim com a professora de Educação Física; sendo assim, não foi possível constatar a relação entre professor-aluno em seu cotidiano.

Na escola 5, também só pôde ser observada uma turma das três professoras entrevistadas (P10, P11 e P12) devido aos trabalhos de finalização de bimestre que as demais salas estavam realizando (provas e fechamento de notas). Sendo assim, a sala observada foi a da professora P12, no período da tarde do dia 11 de novembro de 2015. Ao observarmos onde o aluno com diagnóstico de TDAH se sentava (A9), constatamos que era na segunda carteira da segunda fileira da porta; nesse dia, havia 22 alunos.

A princípio, a professora P12 fez uma retomada dos conteúdos que eles viram no bimestre (grupos e subgrupos de animais vertebrados e invertebrados). Em seguida, aplicou uma pequena avaliação, conforme combinara com os alunos no dia anterior. A avaliação durou em torno de 20 minutos e A9 a realizou no mesmo ritmo que os demais alunos. Posteriormente, os alunos pegaram o caderno de tarefas para produzir um texto que seria utilizado como forma de avaliar sua escrita. Para ajudá-los na produção, a professora fez a leitura de uma história (fábula) e discutiu as principais ideias a fim de que escrevessem sobre elas. Essa atividade perdurou até o intervalo.

Após o recreio, fizeram algumas atividades de português sobre os gêneros textuais e sobre gramática, que duraram até o fim da aula. O aluno A9, aparentemente, realizou todas as atividades sem dificuldades, com atenção e dedicação. A professora ainda salientou, ao final da aula, que ele era sempre desta forma: muito tranquilo, de modo que nem aparenta ter TDAH, podendo ser “um resultado” do medicamento.

Na última escola, observamos, primeiramente, a turma da professora P13, no período da manhã do dia 17 de novembro de 2015. Dos 22 alunos presentes, dois tinham diagnóstico de TDAH; a menina (A10) se sentava na primeira carteira da fila da janela e o menino (A11) na primeira carteira da fila da porta. A turma, como um todo, era muito participativa. A aula teve início com a resolução de uma atividade sobre fração; os alunos resolviam-na junto com a professora, que dava um comando sobre quais partes da fração pintar e fazia a explicação do conteúdo. Os alunos deveriam, atentamente, seguir o comando.

O aluno A11 apresentava mais dificuldades de se localizar nas atividades e em seu próprio caderno; ele era mais reservado, enquanto a aluna A10 era mais expressiva; esta procurava mais a professora, pedia ajuda quando necessário, mas tentava resolver sozinha e obtinha êxito em praticamente todas as atividades realizadas nesse período.

Como o 5º ano estava realizando a Prova Brasil, os alunos não foram liberados para o intervalo no pátio a fim de evitar barulhos e distrações para as turmas avaliadas. Sendo assim,

após o lanche, voltaram para a sala e brincaram com cartinhas de jogos, realizaram pinturas de desenhos ou se distraíram com outras atividades e brincadeiras. A interação entre esses alunos era boa.

Após o intervalo, retomaram as atividades com a fração, fizeram seus recortes e colagens no caderno e realizaram a cópia de alguns conceitos desse conteúdo, que a professora passou no quadro. Essas atividades foram realizadas até o final da aula.

A última turma observada foi a da professora P14, que possui quatro alunos com TDAH; no dia da observação, porém, a professora regente precisou faltar por motivos pessoais e, então, a professora substituta assumiu a sala. Portanto, não foi possível identificar a relação professor-aluno, bem como o cotidiano da sala de aula, resultando no descarte da observação.

Na primeira escola analisada, pudemos observar dois alunos (A1 e A2) com diagnóstico de TDAH de uma mesma professora (P1). A turma era de 2º ano e contava com 20 alunos. Em entrevista, a professora disse que centraliza o aluno na sala de aula, conforme a orientação da equipe pedagógica, mas, durante as observações, foi possível constatar que os alunos estão nas fileiras próximas à parede, sendo que um dos alunos (A2) é o penúltimo da fila. De modo geral, as crianças com diagnóstico de TDAH sentam-se nas primeiras carteiras das salas, uma organização determinada pelas professoras em conjunto com a coordenação e orientação da escola.

Essa organização em relação aos alunos com diagnóstico de TDAH é orientada por alguns clínicos e pela maior parte das escolas, pois ajuda o aluno a se concentrar mais nas atividades do quadro e proporciona que fique mais perto da professora, o que ajuda na atenção à aula expositiva e, também, possibilita que o professor o ajude a retomar o foco quando se distrai. Essa orientação também pode ser encontrada na literatura destinada a ajudar os professores em suas práticas pedagógicas, como observamos em Argollo (2003), citada na segunda seção desta dissertação.

Com a análise das observações, também pudemos constatar que, do total de 153 alunos nas seis salas observadas e analisadas, 6% (nº 10) possuem diagnóstico de TDAH, sendo sete meninos e três meninas. De acordo com Benczik (2010), a prevalência de crianças com TDAH em literaturas internacionais é de 3% a 6% em crianças em idade escolar (o que também constatamos na seção dois desta dissertação); essa porcentagem é aceita pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que acredita que a manifestação desse transtorno em crianças escolares é mínima, não sendo coerente com os altos números de diagnósticos que

alguns países, como o Brasil, divulgam. Sendo assim, a porcentagem de crianças observadas e analisadas com o diagnóstico está um pouco acima do que é aceito pela OMS, o que pode ser um indicativo de um possível equívoco nos diagnósticos, visto que a amostra é pequena e há muitas outras crianças matriculadas que também são diagnosticadas com TDAH.

Outro fato que as observações mostraram é que as professoras não se incomodaram com a presença da pesquisadora em sala de aula, mas a viram como um meio de ajudá-las. Muitas manifestaram que não concordam com o diagnóstico, pois as características não são as mesmas que ouvem em cursos ou leem em livros, como hiperatividade e impulsividade, mas não relataram se fazem algo para mudar esse quadro.

As observações no quesito comportamental dos alunos com diagnóstico de TDAH não apontaram nenhuma característica de hiperatividade e/ou impulsividade. Algumas professoras relataram que seus alunos são muito “tranquilos”. Em relação ao processo de ensino-aprendizagem, notamos que praticamente todos os alunos realizaram as atividades propostas. A relação entre professoras e alunos, em geral, é boa, assim como a das demais crianças com os alunos que possuem diagnóstico de TDAH.

O que podemos considerar, de maneira geral, das observações dos alunos com diagnóstico de TDAH e os aspectos relacionados a eles (comportamento, aprendizagem e relacionamento interpessoal) é que tais alunos se assemelham aos demais em grande parte. Com relação ao comportamento, nenhum aluno com o diagnóstico apresentou hiperatividade e/ou impulsividade. A atenção dos alunos é algo difícil de constatar, mas, pelo fato de conseguirem realizar as atividades propostas, acreditamos que estavam atentos às explicações e comandos de suas professoras. As dificuldades encontradas nas realizações das atividades foram em relação à organização de espaço, no caso do aluno A11 da professora P13. Os demais não apresentaram dificuldades. Houve, apenas, um caso em que um aluno não quis realizar as atividades (aluno A4 da professora P6) e um que apresentou cansaço no fim do período de aula (aluna A3 da professora P4).

Por fim, sobre a relação professor-aluno, constatamos que as professoras estabeleceram um bom vínculo entre as crianças com diagnóstico de TDAH e que elas interagem bem com os colegas.

É importante ressaltar que, embora tenhamos realizado apenas uma observação de 4 horas em cada sala, por meio dessas observações e dos relatos das próprias professoras, pudemos constatar que o comportamento das crianças com o diagnóstico de TDAH não destoava em relação ao comportamento dos demais alunos da sala.

5.3 ANÁLISE DO TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Para realizar as análises do Teste de Associação Livre das Palavras (TALP), classificamos as 14 respostas em cinco categorias de análise: a) conceito de TDAH; b) definição de crianças com TDAH; c) relação professor-aluno; d) práticas pedagógicas que não utilizaria; e) práticas pedagógicas que utilizaria; e f) formas de tratamento.

Veja no quadro a seguir as representações sociais das professoras sobre o TDAH e os aspectos relacionados ao transtorno, dentre eles, a medicalização como forma de tratamento:

Quadro 5: Representações sociais de professores por meio do Teste de Associação Livre de Palavras

Categoria analítica	Conteúdo das representações	Frequência (professoras)
Conceito de TDAH	Transtorno/dificuldade que afeta a aprendizagem	4
	Falta de atenção	3
	Difícil de administrar	2
	Transtorno na sala	1
	Desafio	1
	Falta de concentração	1
	Agitação	1
	Não é algo verdadeiro	1
Definição de crianças com TDAH	Definição com base em comportamentos (agitadas, muito agitadas, hiperativas)	6
	Difíceis	4
	Qualidades positivas (maravilhosas, muito inteligentes).	2
	Dependentes	1
	Vítimas de um sistema	1
Relação professor-aluno	Tranquilo/comum/normal	5
	Complicado/difícil	5
	Com paciência e interesse	1
	Razoável	1
	Intenso	1
	Bom	1
Práticas pedagógicas que não realizaria	Que exijam concentração (produção textual/leitura prolongada/atividades grandes)	8
	Que exijam movimentos (agitação/corrída/passeios)	4
	Realizaria todas	1
	Não soube responder	1
Práticas pedagógicas que realizaria	Atividades lúdicas (jogos/brincadeiras/de interação)	6
	Individualizadas	2
	Curtas	1
	Diversificadas	1
	Que exijam raciocínio lógico e que chamem atenção	1
	Que exijam atenção e concentração	1
	Normais	1
	Todas	1
Formas de tratamento	Medicamento	6
	Medicamento e outros tratamentos dependendo do caso formas (Psicoterapia, acompanhamento psicopedagógico etc.)	6
	Medicamento e Psicoterapia	1
	Acompanhamento psicopedagógico	1

Fonte: A autora (2016).

Na categoria *conceito de TDAH*, podemos observar no quadro 5, que nenhuma professora utilizou os termos mais apresentados pelos médicos ou demais profissionais clínicos em suas pesquisas (“trio base”), conforme relatamos na seção 2 desta dissertação. O termo “transtorno” é o que mais aparece nas representações das professoras em relação ao TDAH e é relacionado ao campo da Educação, pois de acordo com a fala de algumas docentes, esse transtorno ou dificuldade influencia na aprendizagem: “*É um transtorno que afeta a criança diretamente na sua aprendizagem, prejudica sua concentração, sua atenção e necessita de tratamento e acompanhamento, de preferência psicopedagógico*” (P12). Três professoras utilizaram o termo “falta de atenção” e duas o termo “difícil de administrar”. As demais representações que apareceram apenas uma vez foram: “transtorno na sala”, “desafio”, “falta de concentração” e “agitação”.

Na categoria *definição de criança com TDAH*, notamos que as respostas que se repetiram com maior frequência foram: “agitadas”, “muito agitadas” e “hiperativas”. Quatro professoras definiram seus alunos com TDAH como “difíceis”. Duas apresentaram características positivas para seus alunos com TDAH: “maravilhosas” (P8) e “muito inteligentes” (P9). As demais representações foram: “dependentes” e “vítimas de um sistema”.

Na categoria *relação professor-aluno*, cinco professoras consideraram seu relacionamento com os alunos com TDAH como: “tranquilo”, “comum” e “normal”. Por outro lado, cinco definiram sua relação com o aluno com TDAH como: “complicado” e “difícil”. A professora P6, da escola 3, utilizou dois termos diferentes para completar a frase “Meu relacionamento com o aluno TDAH é...”, justificando que possui dois alunos com TDAH e que, com cada um, seu relacionamento é de um jeito: “*Eu tenho dois! Um é muito tranquilo, com o outro já é mais complicado*” (P6). As demais representações sobre o relacionamento professor-aluno foram: “razoável”, “intenso” e “bom”. De fato, o relacionamento entre professor-aluno não acontece da mesma forma e na mesma proporção com todas as crianças, pois cada uma delas tem seu próprio jeito, possibilitando ou não a aproximação do professor de diferentes formas.

Na categoria *práticas pedagógicas que não realizaria* podemos notar que as atividades que “exigem concentração” e envolvem um tempo prolongado, são aquelas que não seriam utilizadas pela maior parte das professoras. Quatro professoras evitariam atividades que “exigissem movimentos” (corrida, passeios etc.). Uma professora disse que realizaria “todas as atividades” que desenvolve com os demais alunos e uma professora não soube responder.

Em relação à categoria *práticas pedagógicas que realizaria*, a resposta que ocorreu com maior frequência foi “utilização de atividades lúdicas”, o que está de acordo com o que propõe Benczik (2010). Duas professoras priorizariam atividades “individualizadas”. As demais respostas que apareceram apenas uma vez foram: “curtas”, “diversificadas”, “que exijam raciocínio lógico e que chamem a atenção”, “que exijam atenção e concentração”, “normais” e “todas”.

Um fato interessante ocorreu na última categoria analisada (*formas de tratamento*). Ao realizarmos o TALP, esperávamos que as professoras respondessem que a melhor forma de tratamento fosse alguma vista na literatura que lhes viesse à mente, no entanto, a primeira resposta que a maioria mencionou referia-se à relação entre professor-aluno, aparecendo as palavras: “paciência/muita paciência”, “compreensão”, “conversa”, “temperança” e “igualdade”. Após expressarem essas representações como a melhor forma de tratamento para o TDAH, perguntamos sobre a melhor forma de tratamento extraescolar para esses casos.

Notamos que praticamente todas as docentes participantes da pesquisa veem o medicamento como a melhor forma de tratamento, visto que apenas uma não o citou como a melhor forma. Seis das 14 professoras entrevistadas e analisadas responderam exclusivamente o medicamento na frase “A melhor forma de tratamento para o TDAH é...”. Outras seis consideram que deve haver a associação de medicamentos com outros tipos de tratamento, dependendo do caso. Uma considera viável o tratamento com “medicamento e psicoterapia” e uma aponta apenas o “acompanhamento psicopedagógico”.

Na interpretação de Machado e Silva (2014), as representações sociais tornam reais os conceitos, modos de entender o mundo que criamos em nossa rotina diária. São associações que as pessoas fazem quando surgem determinados “assuntos sociais”, os quais exigem uma resposta que esteja baseada no conhecimento adquirido nos processos de experiências acumuladas pelos indivíduos. Nas falas das professoras podemos identificar os significados atribuídos ao TDAH e à própria criança que recebe o diagnóstico. De acordo com Jodelet (1989), o fato de o sujeito estar em um determinado grupo social possibilita que ele formule conhecimentos coletivos, dessa forma, esses conhecimentos apresentados pelos professores foram construídos socialmente e traduzem o TDAH como um transtorno com implicações na aprendizagem, no qual a criança mostra-se agitada e desatenta e seu tratamento depende predominantemente do medicamento, ainda que outras formas sejam utilizadas.

Podemos inferir que essas representações sociais das professoras estão ancoradas em “conceitos científicos”, para não dizer “pseudocientíficos”, propagados pela mídia, pelos cursos de formação de professores e pela orientação dada às escolas pelos profissionais da

saúde. Embora as professoras em certos momentos, manifestem dúvida em relação ao diagnóstico recebido pelos alunos, parecem concordar com o processo de medicalização do TDAH.

5.4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

De acordo com Bardin (1977), para realizarmos a análise de dados, precisamos passar por algumas etapas no tratamento dos dados; em nosso caso, as entrevistas. Nossa primeira etapa foi de leitura e releitura das entrevistas semiestruturadas, transcritas e analisadas, a fim de encontrarmos pontos em comum nas falas das professoras e que correspondessem às questões norteadoras dessa pesquisa. Logo, estabelecemos quatro recortes temáticos, dos quais foram elaboradas quatro categorias de análise: 1) Conhecimento sobre o TDAH; 2) O diagnóstico de TDAH; 3) Os tratamentos para TDAH e 4) As práticas pedagógicas adotadas para utilizar com o aluno portador de TDAH.

Com base nessas temáticas, apresentaremos algumas falas analisadas das professoras participantes da entrevista, utilizando como fundamentação teórica a Teoria das Representações Sociais a partir de Moscovici (1978, 1981, 2001, 2004), Jodelet (1989), Jovechelovitch (1998), Abric (2000), dentre outros. A representação social para Moscovici (1978) é um conjunto de conhecimentos oriundos da vida cotidiana. Por meio dessa representação, é possível compreender e interpretar a vida cotidiana, nesse caso, o cotidiano escolar. Portanto, veremos as representações sociais presentes nas 14 entrevistas analisadas a fim de identificarmos o conhecimento socialmente construído na comunidade escolar (presente especificamente nas falas das professoras). Veremos cada uma das categorias supracitadas nas subseções a seguir.

5.4.1 Conhecimento sobre o TDAH

Após transcrevermos as falas das professoras, notamos que algumas representações se repetiam e com elas realizamos a divisão em categorias e subcategorias de análises. Na categoria *Conhecimento sobre o TDAH* identificamos algumas respostas que se dividiam em três subcategorias: a) O que é TDAH; b) O comportamento do aluno com TDAH e c) A aprendizagem do aluno com TDAH.

5.4.1.1 O que é TDAH

Na subcategoria “o que é TDAH”, cinco professoras utilizaram a expressão “dificuldade de aprendizagem” para definir o TDAH, conforme pode ser exemplificado na seguinte afirmação: *“É um transtorno que prejudica a criança, prejudica a criança na aprendizagem no sentido de ela não conseguir se concentrar para fazer aquela atividade”* (P4).

Duas professoras entrevistadas da mesma instituição (a escola 6), compartilham do mesmo conhecimento sobre o tema, ambas sinalizaram questões características desse transtorno para explicá-lo (agitação e desatenção), no entanto, a professora P13 também utilizou a “dificuldade de aprendizagem” para definir o TDAH: *“Aí um aluno, tem alguma dificuldade de aprendizagem, geralmente eles são agitados, que eu tenho visto mas, tem a atenção, assim, diferenciada, eles não conseguem focar no que a gente ‘ta’ explicando, não conseguem permanecer concentrado”* (P13).

Outras cinco professoras definiram o TDAH a partir da tríade (desatenção, hiperatividade e impulsividade): *“É um transtorno de déficit de atenção, hiperatividade. Na prática é um aluno que não para sentado, muito agitado, é um aluno que tem dificuldade ‘pra’ se concentrar”* (P3).

Três professoras não souberam expressar uma definição de TDAH, utilizando como respostas a descrição da própria sigla: *“É um transtorno de atenção, um déficit de atenção, ‘né’? ‘Pra’ mim é isso”* (P6).

Apenas uma professora utilizou uma definição diferente das já citadas: *“Ah! Alunos que requer uma forma diferenciada em algumas questões, porque, eles não param, ‘né’? Eles querem muito de você, ele requer mais atenção ainda do que os outros [...]”* (P9).

As representações sociais contidas no conhecimento acerca do TDAH estão bem divididas, sobretudo entre o grupo que o considera como uma desatenção ou hiperatividade acentuada e o grupo que o considera como uma dificuldade de aprendizagem. O primeiro grupo citado está mais ligado a uma definição clínica, que se atenta mais ao comportamento e às características do TDAH, este se volta mais para aspectos ligados à educação escolar, com base na realidade escolar que essas professoras vivenciam.

Segundo Moscovici (1978), as representações sociais podem ser identificadas pelo processo de ancoragem, ou seja, significados atribuídos ao objeto (no caso o TDAH) que estão relacionados a valores e práticas sociais, tais como vimos com o grupo que significou o

TDAH a partir de uma representação ligada à dificuldade de aprendizagem, construída a partir de sua prática social.

Essa visão sobre o TDAH com um olhar mais pedagógico é de extrema importância para o aluno, que é beneficiado com os esforços do professor para ajudá-lo a alcançar a aprendizagem de direito. Quando o docente percebe que o transtorno oferece implicações na aprendizagem do aluno, compreende que é a equipe pedagógica como um todo que deve auxiliá-lo, visto que a dificuldade na aprendizagem escolar é de responsabilidade do professor e, sendo assim, é ele quem deve saná-la.

5.4.1.2 O comportamento do aluno com TDAH

Das 14 professoras entrevistadas, sete classificaram o comportamento de seus alunos com diagnóstico de TDAH como “normal”, “tranquilo” ou “calmo”: *“Tem uns que são bastante agitados, eles não, eles são mais tranquilos”* (P8).

Duas professoras da escola 6 compartilham do mesmo conhecimento sobre seus alunos com TDAH, visto que utilizaram o termo “calmo” para classificá-los, bem como o termo “tranquilo” (P7 e P8).

Quatro professoras utilizaram o termo “difícil” para classificar o comportamento do aluno com diagnóstico de TDAH: *“Um aluno bem difícil. Não é medicado porque a família não aceita. Ele não para, ele fica, faz atividade correndo. Ele é um aluno que faz, mas faz tudo correndo. Não revê, não aceita muito a mediação. Então, ele é assim um aluno que a gente tem que ficar em cima mesmo”* (P3).

As demais professoras classificaram o comportamento de seus alunos com diagnóstico de TDAH como “agitado”, “agressivo” e “manipuladores/impulsivos”. A professora P6, da escola 3, classificou cada um de seus dois alunos com TDAH com termos diferentes; um foi considerado “agressivo” devido aos seus comportamentos hostis e, o outro, mais “tranquilo”: *“Então, é, o A5 é tranquilo, é bastante, bastante amigo, companheiro dos colegas, ele tem bom relacionamento com todos, inclusive com a professora”*.

O que podemos observar, nessa categoria, é que, apesar de cinco professoras definirem o TDAH pela tríade que o compõe (desatenção, hiperatividade e impulsividade), apenas uma descreveu seu aluno diagnosticado com uma dessas características, pois a maioria classificou seus alunos como tranquilos, calmos ou “normais”, ou seja, como as demais crianças que não possuem TDAH.

5.4.1.3 A aprendizagem do aluno com TDAH

Ao questionarmos sobre a aprendizagem do aluno com TDAH cinco professoras relataram que tais crianças possuem muitas dificuldades: *“Ele tem bastante dificuldade de aprendizagem, ele não se apropriou dos códigos de leitura e escrita”* (P1).

Apenas quatro professoras sinalizaram que seus alunos com TDAH possuem boa aprendizagem ou que melhoraram (no segundo caso, somente após o diagnóstico e o tratamento), o que revela que possivelmente o aluno com o referido transtorno possui dificuldades de aprendizagem. Um exemplo é a fala da professora P8, que relatou da seguinte forma: *“Se for ver em relação aos outros alunos eles, às vezes tem alguns, alguns, algumas... lacunas, mas com relação ao conteúdo e a eles mesmos eles ‘tão’ indo bem”* (P6).

Cabe à escola ajudar esses alunos a superarem as dificuldades e potencializar as suas habilidades. Ao questionarmos as professoras sobre as maiores habilidades e dificuldades de seus alunos, notamos que duas não souberam responder sobre as habilidades, mas as dificuldades foram facilmente respondidas (aprendizagem como um todo e concentração). As dificuldades que mais apareceram nas falas das professoras foram “Matemática” e “relacionamento”, em duas falas cada uma, enquanto as habilidades que mais se repetiram foram “oralidade” e “Matemática e raciocínio lógico”, também duas vezes cada.

Três professoras classificaram a aprendizagem de seus alunos como “lenta” ou “muito lenta”: *“Muito lenta. Ele precisa de muita atenção, orientação mesmo. Não só eu, porque as outras crianças também precisam, também têm dificuldades, mas assim, o colega às vezes explica, mostra de outro jeito, chama a atenção dele, ‘pra’ ele fazer, acho que ajuda bastante também”* (P13).

Duas professoras afirmaram que a aprendizagem de seus alunos oscila: *“[...] o A4 ele..., ele oscila bastante, ele embora tenha melhoras, tenha alguns avanços, mas ele oscila, e, e volta a apresentar as mesmas dificuldades que ele tinha antes”* (P6).

Como vimos em seções anteriores, o aluno com TDAH certamente terá dificuldades de aprendizagem, pois sua atenção é instável, o que compromete a apreensão dos conteúdos passados em sala (FIORE, 2007). Os professores precisam de planejamentos voltados para as especificidades desses alunos a fim de realizarem uma boa mediação e ajudarem essas crianças no processo de ensino e de aprendizagem.

5.4.2 O diagnóstico de TDAH

Das 14 professoras que tiveram suas entrevistas analisadas, verificamos que oito disseram que as escolas foram responsáveis por encaminhar o diagnóstico dos alunos com suspeita de ter o TDAH. Desses oito encaminhamentos, cinco alunos foram enviados ao neuropsicólogo ou neuropediatra (as docentes não souberam afirmar, pois sempre usam o termo “neuro”) e três foram encaminhados ao pediatra e a projetos interdisciplinares realizados pela SEDUC. Os demais casos (nº 3) também foram encaminhados pela escola para outros profissionais, contudo, as professoras não souberam informar a especialidade desses profissionais. Em apenas um caso, a própria família buscou ajuda médica.

Nove professoras participantes da pesquisa receberam orientações sobre como lidar com o comportamento e a aprendizagem dos alunos diagnosticados com TDAH apenas da equipe pedagógica; somente uma recebeu orientações do especialista que acompanha a criança (no caso, uma psicopedagoga) e, também, da equipe pedagógica. Ao verificarmos as orientações repassadas, constatamos que são todas simples e parecidas, tais como: posicionar o aluno na frente da sala, realizar atividades curtas e diferenciadas e conversar com o aluno o mais próximo possível. Quatro professoras relataram que não receberam orientações nem do especialista clínico, nem da equipe pedagógica.

Ao questionarmos sobre as contribuições do diagnóstico para a comunidade escolar, verificamos a divisão das respostas em dois grupos; o primeiro, com a maioria das professoras (nº 12), apontou algumas contribuições do diagnóstico de TDAH, como podemos constatar na fala de uma das professoras:

Ajuda bastante, ‘né’? Não só ‘pra’ gente, quanto ‘pra’ família também, a gente consegue lidar bem com aquela dificuldade específica que o aluno tem, a gente não tinha até então, sabe que tem alguma dificuldade, mas exatamente o que fica complicado ‘pra’ gente que não tem conhecimento, muita informação exatamente pra gente saber o que que é (P13).

Segundo Goldstein e Goldstein (1996), o diagnóstico é importante para que seja possível identificar as reais dificuldades enfrentadas pela criança TDAH e, também, saber a origem dessas dificuldades, assim, é possível elaborar um plano de intervenção e práticas pedagógicas que sustentem uma ação consciente acerca das dificuldades de aprendizagem.

Apenas duas professoras disseram que o diagnóstico não contribuiu para as práticas em sala de aula, o que pode ser exemplificado pela resposta abaixo:

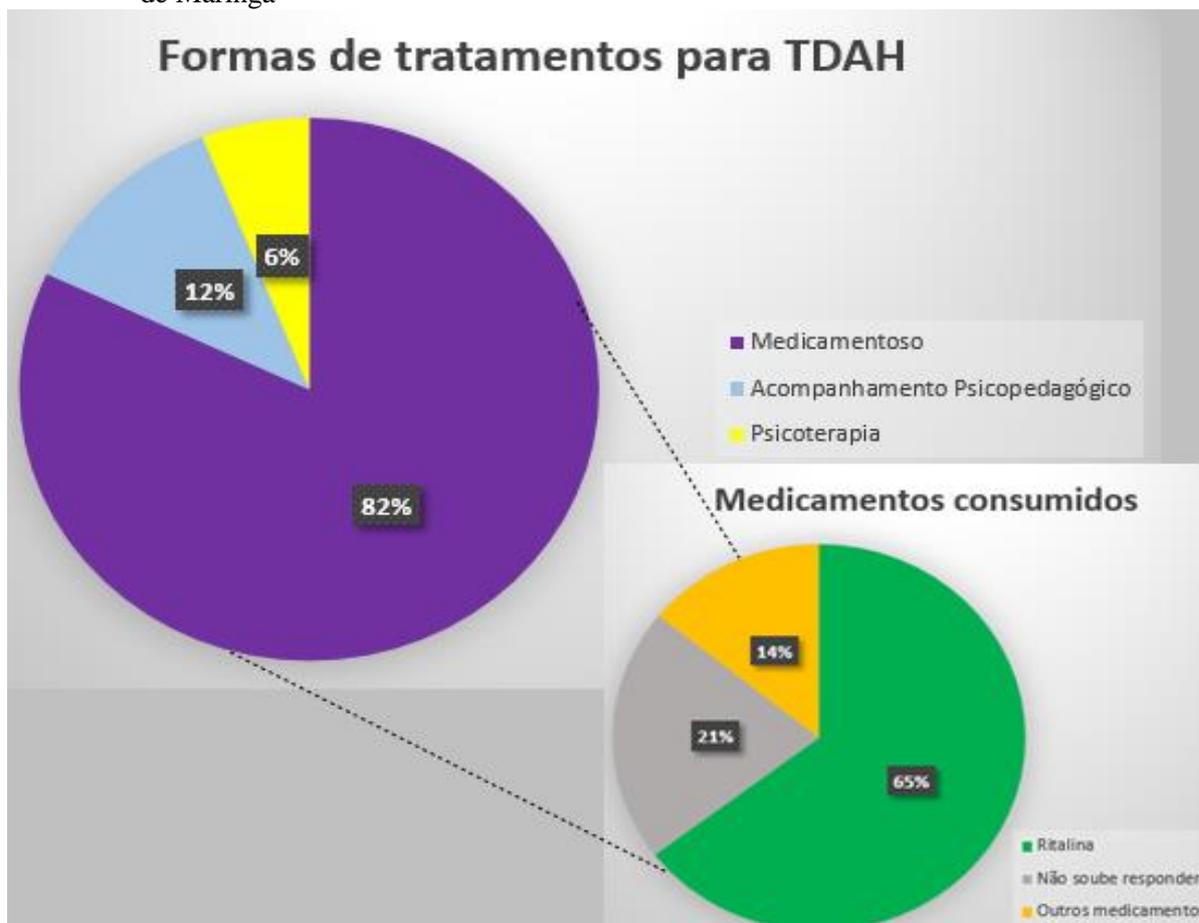
Eu vejo que, com relação a intervenção pedagógica não vejo diferença, pelo aquele fato que te falei, eu tenho sorte de 'tá' numa escola que tem uma equipe muito bacana, que se preocupa realmente com o desenvolvimento do aluno, então, assim, o diagnóstico não faz diferença 'pra' nós enquanto intervenção e preocupação com o desenvolvimento do aluno. 'Ta' tem aluno que tem como suspeita um déficit intelectual, mas o que a gente pode fazer enquanto 'tá' na escola? 'Né'? Enquanto professora o que eu posso fazer 'pro' desenvolvimento desse aluno, independente se ele tem TDAH, se ele tem deficiência intelectual, se ele tem bipolaridade, independente do diagnóstico, 'né'? (P7).

A professora P7 explica que independentemente do que a criança tenha, os docentes devem se preocupar com as dificuldades apresentadas pela criança e realizar práticas pedagógicas que a ajudem, seja um aluno com TDAH ou qualquer outro transtorno ou não. De fato, a escola deve se preocupar com as questões pedagógicas, ajudar as crianças a superarem as dificuldades e potencializar suas habilidades, visto que os aspectos clínicos, de diagnóstico, são de responsabilidade de outros profissionais, no entanto, conforme afirma Graeff e Vaz (2008), após descobrirmos o que interfere na aprendizagem de determinado aluno, podemos criar soluções específicas a sua dificuldade.

5.4.3 As formas de tratamento para o TDAH

Com relação ao tratamento, poucas foram as variedades encontradas nas falas das professoras, pois 82% (nº 17) das 22 crianças mencionadas pelas professoras em entrevistas analisadas, utilizam medicamento como forma de tratamento. Veja mais informações no gráfico a seguir:

Gráfico 2: Formas de tratamento e medicamentos utilizados para TDAH em uma amostra das escolas de Maringá



Fonte: A autora (2016).

Ao questionarmos sobre os benefícios e os malefícios desses medicamentos, em suas representações, as professoras disseram que o medicamento possui benefícios como: “ajuda a criança a se concentrar”; “acalma”; “ajuda bastante”, dentre outros. A seguir algumas falas selecionadas sobre os benefícios e os malefícios na concepção das professoras entrevistadas:

Em relação ao benefício do medicamento, a professora P14 da escola 6 expressa:

No caso dela [aluna] concentração, né? A partir do momento que ela passou a tomar a medicação ela conseguiu se concentrar melhor e ela conseguiu é, ela melhorou o processo de aprendizagem dela. Teve um avanço significativo nesse sentido. Assim, eu percebo que, às vezes, não é o caso da A12. Mas que algumas crianças são diagnosticadas de forma equivocada. E aí fica complicado, porque nós temos casos de crianças que tomam medicamento que tem a questão disciplinar também, às vezes se fosse corrigido a questão disciplinar não seria necessário o comportamento.

Ao final, a professora até considera uma questão em que o medicamento pode ser prejudicial, mas não o considera como um tratamento delicado ou descartável; em sua

representação, ela o vê como ajuda, sem malefícios. Assim como outros colegas de trabalho também expressaram. Como observamos na seção 2 desta dissertação, a medicação não é um tratamento seguro para a saúde e o desenvolvimento das crianças, visto que possui efeitos colaterais a curto e longo prazo (CAMARGOS JÚNIOR, 2005).

Nenhuma professora considerou que os medicamentos podem trazer malefícios como: perda de apetite, perturbação do sono, interferência no crescimento, tiques, dentre outros. O que pudemos constatar é que alguns ficaram em dúvida, afirmando que pode haver benefício ou malefício, dependendo do caso, como ocorreu com a professora P7, da escola 4:

Benefícios eu acho que, com relação ao comportamento, alguns, dão certo, porque alguns alunos ele fica, dão certo assim, entre aspas ainda, os alunos ficam mais calmos, menos agitados e outros, às vezes chegam a ficar apáticos, então, depende muito..., não sei é, cada caso é um caso, não dá *pra* dizer que qual que dá certo, o que dá certo e o que não, depende do aluno, cada caso é um caso, tem aluno que vem pra aula e fica, assim, tipo, apático, distante, *tá* muito distante, *tá* só de corpo presente, tem outros que conseguem se concentrar melhor, outros alunos que eram muito distantes, muito dispersos, ele já consegue ler um texto, alunos do 3º e 4º ano que já fazem leitura, conseguem ler um texto e se ater àquilo que o texto está dizendo, se aprofundar mais, coisa que antes do medicamento eles não conseguiam (P7).

Nesse caso, a professora demonstrou certo conflito em sua representação sobre a medicalização, pois a princípio, aponta como benefício a calma que o medicamento provoca em determinados casos, mas já em seguida considera que essa “calma” pode ser resultado de um efeito colateral do próprio medicamento ou de sua dosagem, que pode deixar a criança “apática”, causando prejuízos a sua saúde e a sua aprendizagem. A professora conclui, no entanto, citando os “benefícios” do uso do medicamento.

Conforme verificamos na seção 2 desta dissertação, precisamos utilizar terapias que não envolvam medicamento para evitar prejuízos à saúde mental e física da criança com TDAH, um caminho a ser seguido seria a dedicação do professor em sala de aula para ajudar o aluno a atingir a aprendizagem escolar, podendo contar com o auxílio de acompanhamento psicopedagógico extraescolar.

Dentro das respostas, foi possível identificar algumas falas sobre as formas de tratamento para TDAH que se repetiram e que transformamos em subcategorias, dentre as quais destacamos: a) Todos os tratamentos são necessários/adequados/positivos; b) O tratamento medicamentoso é bom; c) A defesa do tratamento medicamentoso e d) O tratamento medicamentoso deve ter acompanhamento do tratamento psicoterápico.

5.4.3.1 Todos os tratamentos são necessários/adequados/positivos

Das 14 professoras entrevistadas, 10 afirmaram que todos os tratamentos são necessários, adequados e/ou positivos para os casos de TDAH, para exemplificar, destacamos a fala da professora P1: *“Minha opinião sobre as formas de tratamento? Ah! Eu acredito que elas são adequadas, desde que os três caminhem junto [medicamento, Psicoterapia, acompanhamento psicopedagógico], todos os profissionais caminhem ali, com o mesmo diagnóstico e pensamento ele vai bem”*.

Nessas falas, notamos que todas as formas de tratamento são bem vistas pelas professoras, até mesmo a medicamentosa. Nossa preocupação está nos efeitos colaterais que os medicamentos causam às crianças e que são desconhecidos pelas profissionais da Educação entrevistadas. Apesar de não ser responsabilidade dos educadores receitar e administrar o tratamento das crianças, eles possuem responsabilidade na disseminação do conhecimento acerca do assunto, sem mencionar a atribuição das demais responsabilidades, que veremos na subcategoria a seguir.

5.4.3.2 O tratamento medicamentoso é bom

Duas professoras afirmaram que o tratamento medicamentoso é bom para os casos de TDAH, como pode ser constatado na afirmação da P4: *“Eu acho bom, porque a criança ela consegue se concentrar mais”*. Em conversas informais, sobretudo durante as observações, essas professoras enfatizavam que o comportamento tranquilo e a concentração de seus alunos só passaram a acontecer após o uso do medicamento.

A responsabilidade de um ensino de qualidade a fim de ajudar a criança a alcançar a aprendizagem necessária é de toda a equipe pedagógica, no entanto, existem casos em que os integrantes da escola, ao receberem o diagnóstico de TDAH, deixam a responsabilidade apenas para os clínicos, como se o transtorno fosse uma doença, ou seja, como se apenas os médicos pudessem realizar algum tratamento. Assim, se ausentam do papel de educar, como se o TDAH impedisse esse processo ou, então, como se o tratamento medicamentoso bastasse para o aprendizado da criança.

Independentemente do tratamento que a criança com TDAH receba, a escola sempre terá a responsabilidade de ensinar os conteúdos científicos. A educação deve ser democrática para todos.

5.4.3.3 A defesa do tratamento medicamentoso

Uma professora defendeu o uso do medicamento como o melhor tratamento para TDAH argumentando da seguinte forma:

Olha, eu defendo o uso de medicamento, desde que seja feito todo um trabalho antes, né? Que essa criança seja monitorada sempre, desde o começo, acompanhada, porque alguns casos eu vejo assim, que a criança tem um déficit, mas é leve né? Não é tão acentuado e às vezes é uma questão de aprender a controlar mesmo ir se educando, porque vai chegar um momento que ela vai parar com esse medicamento. Alguns casos acho que para 'né'? (P14).

A falta de conhecimento sobre as demais formas de tratamento muitas vezes leva os sujeitos a considerarem o medicamento como a única solução para o problema, seja ele comportamental ou de aprendizagem. Isso nos faz refletir sobre a necessidade de mais estudos por parte dos professores sobre os efeitos do tratamento medicamentoso.

5.4.3.4 O tratamento medicamentoso deve ter acompanhamento do tratamento psicoterápico

Uma professora relatou que o tratamento medicamentoso deve acontecer concomitantemente ao tratamento psicoterápico:

Ah é um conjunto, 'né'? Se a família opta pelo medicamentoso o psicológico também tem que ter, porque a família tem que ser envolvida nesse processo, a criança também, porque, muitas vezes a criança que tem TDAH ela não consegue administrar os seus próprios conteúdos, 'né'? Da questão da, da falta de atenção e a família tem que estar envolvida, principalmente eles têm que ter consciência do que têm, 'pra' elevar sua autoestima e ter o aprendizado correto, só o medicamentoso não resolve, se não tiver, porque geralmente quando chega em uma fase em que ela, ela vai ser diagnosticada já passou um tempo e isso já teve uma perda, perda cognitiva, pedagógica e que tem que ser reparada (P8).

Segundo essa professora, apenas o medicamento não ajuda a própria criança, que precisa aprender a lidar com seus comportamentos, aprender maneiras de apreender os conteúdos, para tanto, é necessário a Psicoterapia, que além de ajudar a criança a lidar com o TDAH, também ajuda sua família.

Diante do exposto, constatamos que as representações sociais das professoras entrevistadas estão voltadas para a utilização do medicamento como o melhor tratamento para os casos de TDAH, mesmo compreendendo-o como um transtorno que causa implicações na aprendizagem escolar.

5.4.4 Mudanças nas práticas pedagógicas adotadas para utilizar com o aluno com diagnóstico de TDAH

Por fim, nesta categoria destacamos as práticas já realizadas pelas professoras diante do aluno com TDAH. Perguntamos a elas o que elas consideravam importante para lidar com um aluno com TDAH, seis responderam “paciência”, outras seis responderam “conhecimento”. A professora P7 da escola 4 disse que devemos ver as possibilidades que essa criança possui e a professora P9 da mesma escola salientou a importância de se ter um olhar diferenciado para cada criança (com TDAH ou não): “[...] *Se você colocar e enquadrar todos eles igualmente, não só de TDAH, você não vai conseguir lidar com nenhum deles. Agora, você tem que olhar ele, dentro daquilo que ele é, embora, isso não significa que ele não tenha que ter regras, ‘né’?*”.

Em seguida, questionamos sobre as práticas que elas adotavam para lidar com os alunos com TDAH depois da confirmação do diagnóstico. Após a análise e categorização das respostas, realizamos a divisão de algumas falas em três subcategorias: a) Mudanças na relação professor-aluno; b) Mudanças nas atividades escolares; e c) Planejamento flexível

5.4.4.1 Mudanças na interação professor-aluno

Cinco professoras disseram que após o diagnóstico e a orientação da equipe pedagógica, trocaram seu aluno de lugar, deixando-o mais próximo à mesa da docente, pois assim, seria mais fácil realizar as intervenções necessárias. De acordo com Argollo (2003), essa é uma estratégia utilizada por muitas professoras a fim de que o aluno não se distraia com estímulos como: colegas, cartazes e objetos próximos às paredes, dentre outros aspectos.

Duas professoras disseram que realizam um atendimento mais individualizado com seus alunos com TDAH: “*Já é um atendimento que eu dou mais individualizado, ele ‘ta’ me buscando mais [...]*” (P9). Silva (2003) afirma que o atendimento individual às crianças com

TDAH é importante para que elas consigam prestar mais atenção ao professor e que este, por sua vez, observe questões como o foco de atenção, o desenvolvimento das atividades e outros aspectos importantes na aprendizagem de seu aluno.

5.4.4.2 Mudanças nas atividades escolares

Três professoras disseram que diminuíram a quantidade e/ou o tamanho das atividades escolares:

[...] eu procurei fazer, assim, atividades um pouco mais curtas, ‘*pra*’ criança conseguir se concentrar determinado x ‘*né*’? Período e..., adaptada a ela não porque ela ‘*ta*’ consegue assim realizar as atividades, é, de acordo com a turma, o nível da turma ‘*né*’? Então, mas atividades mais curtas ‘*pra*’ ela não ter que ficar muito tempo no mesmo conteúdo” (P4).

Silva (2003) e Argollo (2003) concordam com o fato de que as atividades mais curtas sejam adequadas aos alunos com TDAH; isso não significa, porém, que eles tenham que fazer menos atividades que os demais alunos, no entanto, pelo fato de o tempo de concentração e a atenção sobre as atividades serem diferentes se comparados aos demais, é necessário que elas tenham a quantidade e o tamanho adequados à idade e ao desenvolvimento das crianças. É importante, ainda, que o professor leve em consideração o tempo de execução das tarefas dos alunos com TDAH.

Duas professoras relataram que passaram a utilizar mais jogos e atividades concretas e/ou participativas para ajudar seus alunos com TDAH: “[...] *Atividade às vezes concreta, ‘ta’ chamando ela ‘pra ta’ participando, envolvendo ela em situações que utilizem até o próprio corpo dela, ‘pra’ ela conseguir fixar e com todo o conteúdo que eu ‘to’ trabalhando*” (P14). Para Silva (2003) esse tipo de atividade ajuda o aluno a visualizar melhor o conteúdo e fixá-lo.

Uma professora adotou como prática pedagógica, após o diagnóstico de seu aluno, as atividades individuais:

Olha eu converso bastante individualmente, e as atividades mesmo, que são diferenciadas, o tempo ‘*pra*’ eles fazerem é diferente e mesmo que eu faça a mesma prova pra todos os alunos, eu não posso cobrar desse aluno o que os outros estão respondendo, tem que ser uma cobrança diferente e as vezes um jogo, que eu acho que sai daquela rotina de escrever todo dia ‘*ta*’ copiando e

fazendo, mas um jogo, uma brincadeira, uma coisa assim que, você percebe que vai ajudar ele (P13).

Como vimos em parágrafos acima, o atendimento individualizado tem sua importância em determinados casos, assim como as atividades individuais. As atividades em grupo são mais propensas a fazer com que o aluno com TDAH se disperse e se envolva com conversas entre os colegas e outras ações que não têm relação com a atividade, mas são necessárias para que ele aprenda a trabalhar em grupo; as atividades individuais, por outro lado, evitam tantos estímulos (SILVA, 2003).

5.4.4.3 Planejamento flexível

Apenas uma professora respondeu que adotou o planejamento flexível como prática pedagógica para lidar com seu aluno TDAH: *“Ah, é o planejamento flexível mesmo, ‘né’? Um dia ele se desenvolve mais, outro dia desenvolve menos, aí eu tenho que preparar outras atividades ver outra forma. Às vezes ele não ‘tá’ rendendo nada então eu falo ‘vai lá arrumar alguma coisa pra mim, vai ver um livro’, ‘né’?”* (P3). Sendo assim, a professora salienta que realizar o processo de ensino e de aprendizagem desse aluno depende do modo como ele está, ou seja, se está realizando as atividades, estimula-o a fazer cada vez mais, se não, diminui a quantidade de tarefas e/ou pede que ele realize outras, como ajudante, por exemplo.

As representações sociais de práticas pedagógicas adotadas para lidar com o TDAH podem ser encontradas nas falas das professoras, pois algumas atividades são realizadas por um determinado grupo e, conforme a aplicação em sala de aula, conversam sobre as ações que obtiveram sucesso e outras que poderiam ser aprimoradas, o que também varia de uma turma para a outra e de um aluno com TDAH para outro.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciarmos a pesquisa observamos um grande número de publicações sobre TDAH, contudo, grande parte advinda de pesquisadores da área de Saúde. Propomo-nos, então, a dar voz às professoras, com o intuito de mostrar o TDAH a partir de um olhar dos profissionais da área da Educação, o que é e como é o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade dentro da sala de aula. Para tanto, investigamos as representações sociais de professores das séries iniciais do Ensino Fundamental a fim de identificar os significados que eles atribuem ao TDAH e aos medicamentos.

A Teoria das Representações Sociais foi de fundamental importância para identificarmos os conhecimentos socialmente elaborados pelo grupo de professoras. Constatamos, por meio da pesquisa, ao juntarmos os dados das entrevistas e do Teste de Associação Livre de Palavras, que a representação da maioria das professoras acerca do TDAH é que ele se caracteriza como um transtorno que afeta a aprendizagem. Tal representação social, elaborada no meio escolar, se difere dos conceitos mais apresentados pela literatura, em que imperam os clínicos, por exemplo, as características (desatenção, hiperatividade e impulsividade), bem como do termo “doença” para designar o TDAH.

Esse resultado é considerado importante para a área da Educação, pois revela que as professoras entendem que o problema maior do TDAH está na dificuldade escolar que o aluno apresenta. Sendo assim, a maior contribuição do professor consiste em ajudar o aluno a superar essas dificuldades e potencializar suas habilidades, transmitindo o conhecimento científico e formando o sujeito para a sociedade, visto que esse é o papel dos educadores.

Em outras palavras, conceber o TDAH como um transtorno neurológico com repercussões no processo de aprendizagem implica assumir a responsabilidade de educar e não permitir que apenas os médicos, os psicólogos, os psicopedagogos etc. cuidem do caso.

No entanto, nas representações sociais dos professores acerca do tratamento do TDAH, a forma de tratamento vista como a mais indicada ainda é a medicação; fica, então, uma reflexão aos professores: se o TDAH é um transtorno que afeta a aprendizagem, por que a ênfase no tratamento recai no uso do medicamento? Não seria melhor investir em práticas pedagógicas que favorecessem o processo de ensino e de aprendizagem do aluno com TDAH?

Acreditamos que intervenções pedagógicas apropriadas são de suma importância para as crianças com TDAH. O comportamento e outros aspectos relacionados às características do TDAH podem ser trabalhados com psicoterapia e outros tratamentos que não necessariamente utilizem o medicamento, que pode causar efeitos colaterais indesejáveis no sujeito.

Esperamos que essa pesquisa traga contribuições para a reflexão dos professores acerca de suas responsabilidades no ambiente escolar com a criança portadora de TDAH. Desejamos que os docentes, ao lerem o presente trabalho, repensem nas práticas pedagógicas como tratamentos pedagógicos para os alunos com o referido transtorno, uma vez que a escola é o espaço mais adequado para que diferentes formas de intervenções aconteçam.

Não queremos atribuir à escola mais um trabalho, nem isentar os clínicos de suas responsabilidades, mas mostrar ao professor que ele também tem autonomia sobre esse delicado problema. O docente pode e deve contribuir para a diminuição de diagnósticos equivocados, para a melhor qualidade de vida do aluno com TDAH e para a aprendizagem dessas crianças que se encontram em tratamento. Uma das maneiras possíveis de ajudar é expressando em seus relatórios essa visão de que muitos “sintomas” não estão presentes nessas crianças. Além disso, muitas características consideradas específicas do TDAH podem estar articuladas a uma determinada situação, por exemplo, aulas sem ludicidades, o que gera desinteresse por parte dos alunos e, por consequência, agitação. Também é importante que os profissionais da área da Saúde ajudem a escola e a família com os casos de TDAH, realizando um trabalho interdisciplinar em prol da qualidade de vida de uma criança com o referido transtorno.

Entendemos que, cada vez mais, a escola tem assumido papéis que antes eram atribuídos à família. Todavia, seu papel principal é educar com base em conhecimentos científicos numa perspectiva democrática e assegurar que todos os seus alunos tenham uma educação escolar de qualidade, o que inclui, inclusive, as crianças que de fato têm TDAH. Para tanto, o professor deve conhecer cada vez mais o seu aluno e a sociedade em que está sendo necessário pesquisar sempre e produzir pesquisas, o que também ajudará a sociedade compreender o interior da escola e as práticas pedagógicas que nela acontecem.

As reflexões tecidas neste estudo nos levam a afirmar que é de suma importância que a prática indiscriminada de encaminhamentos seja repensada. Nesse sentido, concordamos com Bray e Leonardo (2011) ao afirmarem que, muitas vezes, os diagnósticos "revelam" a presença de deficiências ou distúrbios nos alunos encaminhados, qualificando-os como portadores de desequilíbrios, deficiências, distúrbios emocionais ou neurológicos, agressividade, hiperatividade, apatia e conferindo-lhes muitas outras rotulações. Assim, os problemas escolares permanecem individualizados, isto é, no aluno, com o estereótipo de que ele não tem capacidade para aprender, enquanto as dimensões sociais e políticas da sociedade capitalista continuam não merecendo consideração, principalmente por parte da instituição

escolar. Em outras palavras, todos devem lutar para que os diagnósticos equivocados deixem de ser uma prática tão comum com repercussões terríveis para crianças e adolescentes.

Por fim, é importante dizer que a teoria das representações sociais oferece um instrumento teórico-metodológico de grande utilidade para o estudo da atuação do imaginário social sobre o pensamento e as condutas de pessoas e grupos; no caso do nosso estudo, das professoras do Ensino Fundamental.

A Teoria das Representações Sociais possibilita a compreensão dos sistemas simbólicos que, atuando nos níveis grupal e macrossocial, interferem nas interações cotidianas na escola, por meio de representações e práticas que nada contribuem para a aprendizagem de algumas crianças.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean-Claude (Org.). **Pratiques Sociales et Representations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

ABRIC, Jean-Claude. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de (Org.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-37.

ABRIC, Jean-Claude. O Estudo Experimental das Representações Sociais. In: JODELET, Denise (Org.). **Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 155-171.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Trabalho Infante-Juvenil: Representações de Meninos Trabalhadores, seus Pais, Professores e Empregadores. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de (Org.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 141-159.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Representações da Identidade Docente: Uma Contribuição para a Formulação de Políticas. **Ensaio**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 57, p. 579-594, 2007.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Representações Sociais: Aspectos Teóricos e Aplicações à Educação. **Revista Múltiplas Leituras**, São Paulo, v.1, n. 1, p. 18-43, jan./jun. 2008. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/ML/article/view/File/1169/1181>>. Acesso em: 1 jun. 2015.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANSZNAJDER, Fernando. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

AMARAL, Ana Helena do; GUERREIRO, Marilisa. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: Proposta de Avaliação Neuropsicológica para Diagnóstico. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 59, n. 4, p. 884-888, dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v59n4/a09v59n4.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

ANDRADE, Ênio Roberto de; SCHEUER, Claudia. Análise da Eficácia do Metilfenidato Usando a Versão Abreviada do Questionário de Connors em Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 1, p. 81-85, mar. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n1/a14v62n1.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

ANVISA. Secretário de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. **Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998**. Brasília, DF: SVS-MS, 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2015.

ANVISA. Prescrição e Consumo de Metilfenidato no Brasil: Identificando Riscos para o Monitoramento e Controle Sanitário. **CNGPC Boletim de Farmacoepidemiologia**, Brasília, DF, ano 2, n. 2, p. 1-14, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigeido_2.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais - o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/659/406>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

ARGOLLO, Nayara. Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade: Aspectos neuropsicológicos. **Revista Psicopedagogia**, Campinas, v. 7, n. 2, p. 197-201, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v7n2/n2a10>>. Acesso em: 28 set. 2014.

ASSUMPCÃO JÚNIOR, Francisco. Transtornos Psiquiátricos da infância: Diagnóstico diferencial/ comorbidade e o TDA/H. In: HOUNIE, Ana; CAMARGOS JÚNIOR, Walter. **Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade**. Niterói, RJ: Editora Info LTDA, 2005. p. 597-619.

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

BARLEY, Russell A. Developmental Course, Adult Outcome, and Clinic-Referred ADHD Adults. In: _____. (Org.). **Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment**. New York: Guilford Press, 1998. p. 186-224.

BARLEY, Russell A. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): Guia Completo e Atualizado para os Pais, Professores e Profissionais da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BARLEY, Russell A.; MURPHY, K. R. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Exercícios Clínicos**. 3. ed. Porto Alegre. Artmed, 2008.

BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Atualizações Diagnósticas e Terapêuticas: Um Guia de Orientação para Profissionais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Anfetaminas**. Brasília, DF: MJB, 2007. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

BRASIL. **Resolução CFP n.º 010/00 de 20 de dezembro de 2000**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2000. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/12/resolucao2000_10.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2015.

BRAY, Cristiane Toller; LEONARDO, Nilza Sanches Tessaro. As Queixas Escolares na Compreensão de Educadoras de Escolas Públicas e Privadas. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 251-261, dez. 2011.

BROWN, R.T. *et al.* Prevalence and Assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Primary Care Settings. **Pediatrics**, v. 107, n. 3, p. 43-54, mar. 2001.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf. **Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: Medicalização, Classificação e Controle dos Desvios**. 2009. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – UFSC, Florianópolis, 2009.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: Classificação e Classificados. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1165-1187, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a14.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2014.

BURKLE, Thaaty da Silva. **Uma Reflexão Crítica Sobre as Edições do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM**. 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – UFRJ, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/posgrad/posgraduacao/teses/2009/Thaaty_Burkle.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2015.

CALIMAN, Luciana Vieira. O TDAH: Entre Funções, Disfunções e Otimização da Atenção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 3, n. 3, p. 559-566, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a17.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

CALIMAN, Luciana Vieira; DOMITROVIC, Nathalia. Uma Análise da Dispensa Pública do Metilfenidato no Brasil: O caso do Espírito Santo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 879-902, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n3/12.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

CAMARGOS JÚNIOR, Walter. Psicofarmacoterapia do TDA/H. In: HOUNIE, Ana; CAMARGOS JÚNIOR, Walter. **Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. Niterói, RJ: Editora Info LTDA, 2005. p. 1066-1222.

CARDOSO, Diana Maria Pereira. **A Concepção dos Professores Diante do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em Contexto Escolar: Um Estudo de Caso.** 2007. 137 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – UFBA, Bahia, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10202/1/Dissertacao_Diana%20Cardoso.pdf>. Acesso em: 23 out. 2014.

CARLINI, Elisaldo A. *et al.* Metilfenidato: Influência da Notificação de Receita A (cor amarela) Sobre a Prática de Prescrição por Médicos Brasileiros. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 30 n. 1, p. 11-20, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v30n1/20584.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

CAVALCANTE, Cinthia Mendonça. **Cuidado de Crianças com Diagnóstico de TDA/H: Articulações entre Família, Escola e Profissional de Saúde Mental.** 2012. 180 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – UEC, Ceará, 2012. Disponível em: <<http://www.uece.br/dsc/.../172-universidade-estadual-do-ceara-cinthia-pdf>>. Acesso em: 1 out. 2014.

CONDEMARIN, Mabel; GOROSTEGUI, María; MILICIC, Neva. **Transtorno do Déficit de Atenção: Estratégias para o Diagnóstico e a Intervenção Psico-Educativa.** São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2006.

CYPEL, Saul. **A criança com Déficit de Atenção e Hiperatividade: Atualização para pais, Professores e Profissionais de Saúde.** São Paulo: Lemos Editprial, 2003.

CYPEL, Saul. **Déficit de Atenção e Hiperatividade e as Funções Executivas: Atualização para pais, Professores e Profissionais da Saúde.** 3. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2007.

CORDEIRO, Suzi Maria Nunes; SILVA, Irizelda Martins de Souza e. As Discussões sobre a Educação do Século XXI e Diversidade Cultural em seu Âmbito. In: SEMANA DE PEDAGOGIA DA UEM, 10.; ENCONTRO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO, 3.; JORNADA PARFOR, 1., 2013, Maringá, Anais da Semana de Pedagogia da UEM (**Anais**) Universidade Estadual de Maringá, UEM, 2013, p. 1-9. Disponível em: <<http://www.ppe.uem.br/semanadepedagogia/2013/PDF/T-01/05.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2015.

CORDEIRO, Suzi Maria Nunes; YAEGASHI, Solange Franci Raimundo. As Implicações do TDAH na Aprendizagem Escolar e no Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes. In: YAEGASHI, Solange Franci Raimundo (Org.). **A Psicopedagogia e suas Interfaces: Reflexões sobre a Atuação do Psicopedagogo.** Curitiba: CRV, 2012. p. 137-152.

CORDEIRO, Suzi Maria Nunes; YAEGASHI, Solange Franci Raimundo. Análise Neuropsicológica das Atividades Escolares: Um bom Caminho para Identificar o TDA/H. In: SEMANA DE PEDAGOGIA DA UEM, 21.; ENCONTRO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO, 9., 2014, Maringá, Anais da Semana de Pedagogia da UEM (**Anais**) Universidade Estadual de Maringá, UEM, 2014, p. 1-12. Disponível em: <<http://www.ppe.uem.br/semanadepedagogia/2014/PDF/T-06/04.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2015.

CUNNINGHAM, Charles E.; BARKLEY, Russel A. The role of Academic Failure in Hyperactive Behavior. **J Learn Disabil**, v. 11, n. 5, p. 274-280, maio 1978.

DAUSTER, Tânia. Representações Sociais e Educação. In: ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith *et al.* **Linguagens, Espaços e Tempos no Ensinar e Aprender**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. p. 49-55.

DESIDÉRIO, Rosimeire C. S.; MIYAZAKI, Maria Cristina de O. S. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): Orientações para a Família. **Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v. 11, n. 1, p. 165-176, jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v11n1/v11n1a18.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

DOTTA, Leanete Thomas. **Representações Sociais do Ser Professor**. Campinas: Alínea, 2006.

DSM-V. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Tradução de Maria Inês Correa Nascimento *et al.* Porto Alegre: Artmed, 2014.

FARAONE, Stephen V. *et al.* The Worldwide Prevalence of ADHD: Is it an American Condition? **World Psychiatry**, v. 2, p. 104-13, 2003.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; TENÓRIO, Fernando. O Diagnóstico em Psiquiatria e Psicanálise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, ano 5, n. 1, p. 29-43, mar. 2002. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume05/n1/o_diagnostico_em_psiquiatria_e_psicanalise.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2015.

FILLOUX, Jean-Claude. **Émile Durkheim**. Tradução de Celso do Prado Ferraz de Carvalho e Miguel Henrique Russo. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2010. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me4657.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2015.

FIGUEIREDO, Ana Cristina Leite Ferraz. **O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em Comorbidade com o Fracasso Escolar**. 2007. 99f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro Universitário Salesiano de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://unisal.br/wp-content/uploads/2013/04/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Ana-Cristina-Leite-Ferraz-Fiore.pdf>. Acesso em: 23 out. 2014.

FORTESKI, Rosina *et al.* O Diagnóstico de TDAH: Implicações na Aprendizagem Escolar da Criança. **Cadernos do Aplicação**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, jul./dez. 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/CadernosdoAplicacao/article/view/32571/29304>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

FRANCES, Allen. DSM-5 Badly Flunks the Writing Test. **Psychiatric Times Blog**. Jun. 2013. Disponível em: <<http://www.psychiatrictimes.com/dsm-5-badly-flunks-writing-test>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

FREUD, Joseph Knobel. Sobre o TDAH: Transtorno ou Invenção? **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 66, n. 1, p. 54-57, 2014. Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v66n1/a19v66n1.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2015.

GAMA, Adriana Ferreira; SANTOS, Aline Renée Benigno dos; FOFONCA, Eduardo. Teoria das Representações Sociais: Uma Análise Crítica da Comunicação de Massa e da Mídia. **Revista Eletrônica Temática**, João Pessoa, ano 6, n. 10, p. 1-8, out. 2010. Disponível em: <http://www.insite.pro.br/2010/outubro/representacao_comunicacao_midia.pdf>. Acesso em: 31 maio 2015.

GENRO, Júlia Pasqualini. **O Gene do Transportador de Dopamina e a Suscetibilidade Genética ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em Crianças**. 2008. 112 f. Tese (Doutorado em Genética e Biologia Molecular) – UFRS, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15475/000667582.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDSTEIN, Sam; GOLDSTEIN, Michael. **Hiperatividade**: Como Desenvolver a Capacidade de Atenção da Criança. Tradução de Maria Celeste Marcondes. Campinas, SP: Papyrus, 1996.

GOLDMAN, Larry S. *et al.* Diagnosis and Treatment of Attention-Difficulty/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. **JAMA**, v. 279, p. 1100-1107, 1998.

GOMES, Maria de C. **A leitura nas representações sociais de professores do ensino médio**. 2009. 120 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – UEL, Londrina, 2009. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000151680>>. Acesso em: 23 out. 2014.

GRAEFF, Rodrigo Linck; VAZ, Cícero. Avaliação e diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). **Psicologia USP**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 341-361, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v19n3/v19n3a05.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2014.

GUARDIOLA, Ana. **Distúrbio de Hiperatividade com Déficit de Atenção**: Um Estudo de Prevalência e Fatores Associados em Escolares. 1994. 120 f. Tese (Doutorado em Medicina) – UFRS, Porto Alegre, 1994.

GUARDIOLA, Ana; FUCHS, Flavio D.; ROTTA, Newra T. Prevalence of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Students: Comparison Between DSM-IV and Neuropsychological Criteria. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 58, n. 2B, p. 401-407, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v58n2B/2238.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

HALLOWEL, Edward M.; RATEY, John J. **Tendência à Distração: Identificação e Gerência do Distúrbio do Déficit de Atenção da Infância à Vida Adulta**. Tradução de André Carvalho. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=4115200>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

ITABORAHY, Claudia; ORTEGA, Francisco. O Metilfenidato no Brasil: Uma Década de Publicações. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 803-816, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/26.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2014.

JODELET, Denise. La Representation Social: Fenômenos, Concepto y Teoría. In: MOSCOVICI, Serge (Org.). **Psicologia Social**. Barcelona: Paidós, 1984. p. 469-494.

JODELET, Denise. Représentations Sociales: Un Domaine en Expansion. In: _____. (Org.). **Les Représentations Sociales**. Paris: PUF, 1989. p. 31-61.

JORNAL DA BAND. **Primeira reportagem da série “Receita marcada”**. Enviado em 9 de dezembro de 2008. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=pE9UyooMFHw>>. Acesso em: 19 fev. 2015.

JORNAL O GLOBO. **Diagnóstico de TDAH aumentou 50% em uma década nos EUA**. 2013. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/diagnostico-de-tdah-aumentou-50-em-uma-decada-nos-eua-7999844>>. Acesso em: 13 out. 2014.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Representações Sociais: Para uma Fenomenologia dos Saberes Sociais. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 54-68, 1998.

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Os contextos do saber: Representações, Comunidade e Cultura**. Tradução de Pedrinho Guareschi. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

KNIPP, D. K. Teens' Perceptions About Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Medications. **J Sch Nurs**, v. 22, n. 2, p. 120-125, abr. 2006.

LANDSKRON, LÍlian Marx Flor; SPERB, Tania Mara. Narrativas de Professoras Sobre o TDAH: Um Estudo de Caso Coletivo. **Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 153-167, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v12n1/v12n1a11.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

LEVY, Florence *et al.* Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Category or a Continuum? Genetic Analysis of a Large Scale Twin Study. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 36, p. 737-744. 1997.

LUFT, Sibila. Representações Sociais e Hiperatividade: Resultados de uma Pesquisa com Professoras. In: ENCONTRO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL – ANPED SUL, 8., 2010, Florianópolis (**Encontro**), Universidade do Estado de Santa Catarina, UESC, 2010, p. 1-12. Disponível em: <http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2010/Educacao_Especial/Trabalho/07_10_21_REPRESENTACOES_SOCIAIS_E_HIPERATIVIDADE_RESULTADOS_DE_UMA_PESQUISA_COM_PROFESSORAS.PDF>. Acesso em: 1 jun. 2015.

LURIA, Alexander Romanovich. **Fundamentos de Neuropsicologia**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1981.

LURIA, Alexander Romanovich; VYGOTSKY, Lev Semenovitch; LEONTIEV, Alexis. **Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem**. São Paulo: Ícone, 2001.

MACHADO, Vilma Batista. **O Professor e a Inclusão do Aluno com Déficit de Atenção e Hiperatividade**. 2007. 103 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar) – PUC, Campinas, 2007. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=165>. Acesso em: 23 out. 2014.

MACHADO, Laêda Bezerra; SILVA, Williany Fênix de Souza. Implicações das Representações Sociais de Ciclos de Aprendizagem nas Práticas Professoras de Sucesso. **Revista Cocar**, Belém, v. 8, n. 15, p. 88-96, jan./jul. 2014. Disponível em: <<http://paginas.uepa.br/seer/index.php/cocar/article/viewFile/339/316>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

MADEIRA, Margot Campos. Um Aprender do Viver: Educação e Representação Social. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de. **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 239-250.

MAIO, Eliane Rose; YAEGASHI, Solange Franci Raimundo. **Avaliação, Diagnóstico e Atendimento na Prática Clínica e Institucional**. Curitiba: Editora Positivo, 2015.

MANNUZZA, Salvatore *et al.* Adult Outcome of Hyperactive Boys: Educational Achievement, Occupational Rank, and Psychiatric Status. **Archives of General Psychiatry**, v. 50, n. 7, p. 565-576, 1993.

MATTOS, Paulo. **No Mundo da Lua: Perguntas e Respostas Sobre Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em Crianças, Adolescentes e Adultos**. 4. ed. São Paulo: Lemas Editorial, 2005.

MATTOS, Paulo *et al.* Conhecimento sobre o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 94-101, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a04v56n2.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2014.

MENIN, Maria Suzana de Stefano; SHIMIZU, Alessandra de Moraes; LIMA, Claudia Maria de. A Teoria das Representações Sociais nos Estudos sobre Representações de Professores. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 39, n. 137, p. 549-576, maio/ago. 2009.

MOREIRA, Max Silva. **O DSM, o Sujeito e a Clínica**. 2010. 137 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – UEMG, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/MAX_SILVA_MOREIRA.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2015.

MORESI, Eduardo Amadeu Dutra. **Manual de Metodologia de Pesquisa**. Série didática. Brasília, DF: Universidade Católica de Brasília (UCB), 2003.

MOSCOVICI, Serge. **A Representação Social da Psicanálise**. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

MOSCOVICI, Serge. **A Psicologia de las Minorias Activas**. Madrid: Ed. Morata, 1981.

MOSCOVICI, Serge. Das Representações Coletivas às Representações Sociais. In: JODELET, Denise (Org.). **Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 45-66.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 11. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Dislexia e TDAH: Uma Análise a partir da Ciência Médica. In: _____. **Medicalização de Crianças e Adolescentes: Conflitos Silenciosos pela Redução de Questões Sociais e Doenças Individuais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p 71-110.

NAZAR, Terezinha Regina Nogueira. **Representações sociais de Professores dos Anos Finais do Ensino Fundamental sobre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)**. 2011. 86 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – UES, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.fe.ufrj.br/anpedinha2011/trabalhos/PPGEDUCACAO_ESTACIO_174.358.117-34_trabalho.doc>. Acesso em: 23 out. 2014.

NOBRE, João Paulo dos Santos. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e Educação Musical: Três Estudos no Programa Cordas da Amazônia**. 2001. 125 f. Dissertação (Mestrado Teoria e Pesquisa do Comportamento) – UFPA, Belém, 2011. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/3031/1/Dissertacao_TranstornoDeficitAtencao.pdf>. Acesso em: 23 out. 2014.

NÓBREGA, Sheva Maia. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes (Org.). **Representações Sociais Teoria e Prática**. João Pessoa: Editora Universitária, 2001. p. 55-87.

PEREIRA, Heloisa S.; ARAÚJO, Alexandra P. Q. C.; MATTOS, Paulo. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): Aspectos Relacionados à Comorbidade com Distúrbios da Atividade Motora. **Revista Brasileira Saúde Matern. Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 391-402, out./dez., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27757.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

PEREIRA, Isabella da Silva Arantes; SILVA, Janaina Cassiano. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade à luz de uma Abordagem Crítica: Um Estudo de Caso. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 117-134, abr. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v17n1/v17n1a09.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

PHELAN, Thomas W. **TDA/TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. São Paulo: M. Books, 2005a.

PHELAN, Thomas W. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – Sintomas, Diagnósticos e Tratamentos: Crianças e Adultos**. Tradução de Tatiana Kassner. São Paulo: M. Books do Brasil, 2005b.

PINHEIRO FILHO, Fernando. A Noção de Representação em Durkheim. **Lua Nova Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 61, p. 139-155, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n61/a08n61>>. Acesso em: 31 maio 2015.

PIRES, Marília Freitas de Campos. O Materialismo Histórico-Dialético e a Educação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 83-94, ago. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v1n1/06.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2015.

POSSA, Marianne de Aguiar; SPANEMBERG, Lucas; GUARDIOLA, Ana. Comorbidades do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças Escolares. **Arquivo Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 63, n. 2B, p. 479-483, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n2b/a21v632b.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

PRYJMAN, Leila Cleuri. **Leitura: Representações Sociais de Professores de uma Rede Municipal de Ensino**. 2011, 152 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – UEL, Londrina, 2011.

REIS, Sebastiana Lindaura de Arruda; BELLINI, Luzia Marta. Representações Sociais: Teoria, Procedimentos Metodológicos e Educação Ambiental. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011.

RÊSES, Erlando da Silva. Do Conhecimento Sociológico à Teoria das Representações Sociais. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 189-199, jul./dez. 2003. Disponível em: <<http://revistas.jatai.ufg.br/index.php/fchf/article/viewFile/920/1123>>. Acesso em: 1 jun. 2015.

REVISTA VEJA. **Número de Crianças Diagnosticadas com TDAH Aumentou 66% em Dez Anos nos EUA**. Mar. 2012. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/numero-de-criancas-diagnosticadas-com-tdah-aumentou-66-em-dez-anos-nos-eua>>. Acesso em: 13 out. 2014.

RIBEIRO, Marcela Rios. **“Socorro! Tenho um Hiperativo em Minha Sala” Representações Sociais de Professores de uma Escola de Jaboatão dos Guararapes**. 2012. 25 f. Monografia (Curso de graduação em Pedagogia) – UFPE, Recife, 2012. Disponível em: <https://www.ufpe.br/ce/images/Graduacao_pedagogia/pdf/2013/tcc_marcela_rios%20.pdf>. Acesso em: 30 maio 2015.

ROHDE, Luis Augusto *et al.* Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Revisando Conhecimentos. **Revista da ABP. APAL**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 166-178, 1998.

ROHDE, Luis A. *et al.* ADHD in a School Sample of Brazilian Adolescents: A Study of Prevalence, Comorbid Conditions and Impairments. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 38, n.6, p. 716-722, jun. 1999.

ROHDE, Luis Augusto *et al.* Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 7-11, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3788.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2014.

ROHDE, Luis Augusto *et al.* Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade na Infância e na Adolescência: Considerações Clínicas e Terapêuticas. **Revista Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 124-131, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n3/a02v31n3.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2014.

ROHDE, Luis Augusto; HALPERN, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Atualização. **J Pediatr**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. 70, abril, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa08.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

SÁ, Celso Pereira de. Representações Sociais: O Conceito e o Estado Atual da Teoria. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **O Conhecimento no Cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.

SÁ, Celso Pereira de; ARRUDA, Angela. O estudo das representações sociais no Brasil. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, Série Especial Temática, n. 3, p.11-32, 2000.

SANTOS, Larissa Batista Carvalho; PEREIRA, Mônica Pereira Reis Amarante Dória. Dificuldades de Aprendizagem: Concepções e Problemáticas Contemporâneas. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL/ EDUCAÇÃO E CONTEMPORANEIDADE, 7., 2012. (Encontro) Educon, São Cristovão, 2012, p. 1-15. Disponível em: <http://educonse.com.br/2012/eixo_15/PDF/16.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2015.

SANTOS, Maria Fátima de Souza. A Teoria das Representações Sociais. In: SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALMEIDA, Leda Maria de (Org.). **Diálogo com a Teoria das Representações Sociais**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2005. p. 13-38.

SCHACHTER, H. M. *et al.* How Efficacious and Safe is Short-Acting Methylphenidate for the Treatment of Attention- Deficit Disorder in Children and Adolescents? A metha-analysis. **Canadian Medical Association Journal**, v. 165, n. 11, p. 1475-1488, nov. 2001.

SEABRA, Magno Alexon Bezerra. **Alunos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**: Concepções e práticas de professoras de escolas públicas. 2012. 145 f. Tese (Doutorado em Educação) – UERJ, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.eduinclusivapesq-uerj.pro.br/images/pdf/SeabraMagno_Teses_2012.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2014.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes Inquietas**: Entendendo Melhor o Mundo das Pessoas Distraídas Impulsivas e Hiperativas. São Paulo: Editora Gente, 2003.

STROH, Juliana Bielawski. TDAH – Diagnóstico Psicopedagógico e suas Intervenções Através da Psicopedagogia e da Arteterapia. **Construção Psicopedagógica**, São Paulo, v. 18, n.17, p. 83-105, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cp/v18n17/v18n17a07.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

TREVENZOLI, Savina Lira Dias. **Contribuições da Psicopedagogia para a aprendizagem do aluno com TDAH**. 2011. 44f. Monografia (Graduação em Psicopedagogia Instituição) – UCM, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/R200557.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2015.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURA, Maria Lourdes Rangel. A Observação do Cotidiano Escolar. In: ZAGO, Nadir; CARVALHO, Marília Pinto de; VILELA, Rita Amélia Teixeira (Org.). **Itinerários de Pesquisa: Perspectivas Qualitativas em Sociologia da Educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p.183-222.

VASCONCELOS, Marcio M. *et al.* Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade numa Escola Pública Primária. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 1, p. 67-73, mar. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n1/15018.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

VEIGA, Marla; VANDENBERGHE, Luc. Behaviorismo: reflexões acerca da sua epistemologia. **Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.** São Paulo, v.3 n. 2, p. 9-18, dez. 2001. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/129/114>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

ZAGURY, Tania. **Limites sem Trauma: Construindo Cidadãos**. Edição comemorativa. Rio de Janeiro: Editora Record, 2010. Disponível em: <<http://www.aabbcomunidade.com.br/sms/files/file/limites-sem-traumas.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A CARTA DE ANUÊNCIA DA SEDUC

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar os espaços das Escolas Municipais de Maringá para o desenvolvimento das atividades referentes à Pesquisa de Mestrado, intitulada: “As Representações Sociais de professores do Ensino Fundamental sobre TDAH e medicalização”, da mestranda Suzi Maria Nunes Cordeiro, sob orientação da Profa Dra Solange Franci Raimundo Yaegashi, do Programa de Pós-graduação em Educação, linha de pesquisa Ensino, aprendizagem e formação de professores, da Universidade Estadual de Maringá. O período de execução previsto para o desenvolvimento da pesquisa corresponde a setembro a dezembro de 2015, conforme cronograma do projeto apresentado.

Nome da Secretária Municipal de Educação de Maringá

Assinatura e carimbo

CPF

e-mail:

Maringá, setembro de 2015.

APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PROFESSORES DO 1º AO 5º ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL DE ESCOLAS DA
REDE MUNICIPAL DE ENSINO DA CIDADE DE MARINGÁ – PARANÁ**

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “As Representações Sociais de professores do Ensino Fundamental sobre TDAH e medicalização”, que está vinculada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Educação e é orientada pela Prof^ª. Dr^ª. Solange Franci Raimundo Yaegashi, da Universidade Estadual de Maringá – UEM. O objetivo do presente estudo é caracterizar as representações sociais dos professores 1º ao 5º ano do ensino fundamental sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, bem como sobre o processo de medicalização, compreendendo o contexto que envolve alunos e educadores. Para isso, a sua participação é muito importante e ela se daria por meio do preenchimento de um questionário sociodemográfico e de um Teste da Associação Livre de Palavras, bem como por uma entrevista semiestruturada que contará com um roteiro de questões previamente formuladas que lhe possibilitará dar depoimentos, seguindo a própria linha de pensamento. As entrevistas dar-se-ão, após aceite, em seu local de trabalho, em horários previamente organizados. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isso acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade (caso você não queira identificar-se), de modo a preservar a sua identidade, sendo que, após a análise das respostas contidas nos instrumentos de coleta de dados os mesmos serão destruídos. Informamos que os riscos da pesquisa podem ser: desconforto pelo teor da pesquisa, e caso ocorra, você pode deixar de responder, sem que isto lhe cause ônus ou prejuízo. Esperamos beneficiar sua escola e prática pedagógica ao problematizar a questão do TDAH e medicalização, intencionando colaborar com a formação dos professores. Caso você tenha dúvidas ou necessite de mais esclarecimentos, poderá nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da UEM, cujo endereço consta neste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada, entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pela pesquisadora e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isso deve ser feito por ambas (pela pesquisadora e por você), de forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu,....., declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof^ª. Dr^ª. Solange Franci Raimundo Yaegashi.

_____ Data:.....
Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Suzi Maria Nunes Cordeiro, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supranominado.

_____ Data:.....
Assinatura da pesquisadora

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida as pesquisadoras responsáveis, conforme os endereços abaixo:

Nome da Mestranda: Suzi Maria Nunes Cordeiro
Endereço:

Nome da Orientadora: Solange Franci Raimundo Yaegashi
Endereço:

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP) da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM – Universidade Estadual de Maringá.
Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.
Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.
CEP 87020-900. Maringá-PR. Tel: (44) 3011.4597
E-mail: copep@uem.br

APÊNDICE C QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

1- Gênero:

M () F ()

2- Idade: _____anos.

3- Escolaridade:

 Magistério. Ensino Superior Completo. Qual curso? _____ Especialização. Qual curso? _____ Mestrado. Área? _____ Doutorado. Área? _____

4- Tempo de atuação profissional:

 0 a 5 anos; 5 anos e 1 mês a 10 anos; 10 anos e 1 mês a 15 anos; 15 anos e 1 mês a 20 anos; Mais de 20 anos.

5- Ministra aulas em qual nível de ensino?

 Educação Infantil; Ensino Fundamental; Ensino Médio; Ensino Superior.

6- Atualmente trabalha em qual turma: _____

7- Trabalha em mais de uma escola?

 Não. Sim.

8- Jornada de trabalho: _____Horas/Semanais

 Manhã; Tarde; Noite.

9- Exerce outras ocupações? _____

10- Nos últimos dois anos você fez curso de aperfeiçoamento, atualização ou especialização em sua área de atuação:

 Não. Sim. Em qual área: _____

APÊNDICE D TESTE DA ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Escola:

Data de aplicação:

1. Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é...

2. As crianças com TDAH são...

3. Meu relacionamento com o aluno TDAH é...

4. Uma atividade que não realizaria com aluno TDAH...

5. Uma atividade que realizaria com aluno TDAH...

6. A melhor forma de tratamento para TDAH é...

APÊNDICE E ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

**QUESTIONAMENTOS SOBRE TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO
E HIPERATIVIDADE**

1. Quantos alunos você possui?
2. O que é TDAH para você?
3. Você tem alunos com TDAH? Quantos?
4. Esses alunos estão em tratamento?
 Não.
 Sim. Em caso afirmativo, qual (quais)?
5. Quais os benefícios e os malefícios que esse (s) tratamento (s) traz (em)?
6. Qual sua opinião sobre as formas de tratamento (psicológico, psicopedagógico, medicamentoso, etc.) para o TDAH em crianças?
7. Quando foi e quem fez o(s) encaminhamento(s) dessa(s) criança(s) para o diagnóstico(s)? Para qual(quais) profissional(is) a(s) criança(s) foi(foram) encaminhada(s)?
8. Qual foi a contribuição do diagnóstico para a equipe pedagógica?
9. Você recebeu alguma orientação do profissional que atende a(s) criança(s) com TDAH ou da equipe pedagógica sobre como lidar com as dificuldades escolares e comportamentais dela(s)?
10. O que você considerava importante para um professor lidar com alunos com TDAH?
11. Quais práticas pedagógicas você adotou para lidar com a criança com TDAH?
12. O que tem a dizer sobre seu(s) aluno(s) com TDAH?
13. Como é o comportamento do(s) seu(s) alunos(s) com TDAH?
14. Como é a aprendizagem do(s) seu(s) aluno(s) com TDAH?
15. Qual é a maior dificuldade e a maior habilidade do(s) seu(s) aluno(s) com TDAH?
16. Algo mais que queira comentar?

APÊNDICE F ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA PRÁTICA PEDAGÓGICA COM O ALUNO COM TDAH

1. Dados da escola, do professor e da turma observada:

- 1.1 Nome da Escola:
- 1.2 Nome do Professor:
- 1.3 Turma observada:
- 1.4 Quantidade de alunos em sala:
- 1.5 Data da observação:
- 1.6 Tempo de observação:

2. Em relação à caracterização da escola e da turma:

- 2.1 Realizar a caracterização da escola, da turma observada (aspectos físicos/estruturais);
- 2.2 Como a sala de aula está organizada em seu espaço físico (mesas, ilustrações, cartazes, livros, atividades das crianças, brinquedos, recursos pedagógicos, materiais em geral) e de que forma professores e alunos ocupam esse espaço?
- 2.3 Como são utilizados os demais espaços da escola: biblioteca, quadra, refeitório, etc.
- 2.4 De que forma é organizada a rotina da turma (distribuição do espaço e tempo)? Há diferenças nas diversas turmas? A rotina é proposta pela instituição ou pelo professor? Há flexibilidade?

3. Em relação à interação em sala de aula:

- 3.1 Como ocorre a interação em sala de aula, entre professor e turma?
- 3.2 Como ocorre a interação em sala de aula, entre professor-aluno com TDAH? De quem parte a iniciativa da interação?
- 3.3 Como ocorre a interação em sala de aula, entre aluno com TDAH e os demais alunos?

4. Em relação à prática pedagógica:

- 4.1 Como o professor planeja sua rotina? Há coerência na proposição das atividades?
- 4.2 Como as atividades são propostas e trabalhadas com as crianças? Há interesse e participação das crianças? São atividades interessantes, planejadas e coerentes com as demais atividades realizadas?

- 4.3 Quem propõe as situações trabalhadas em sala de aula? Sempre a professora? São situações dialogadas? Os alunos participam, interferem, propõem?
- 4.4 Quais materiais/recursos didáticos são utilizados pelo professor? Com que frequência? Com que finalidade?
- 4.5 Como o professor acompanha a aprendizagem do aluno com TDAH (formas avaliativas)?
- 4.6 Que dificuldades os professores enfrentam para desenvolver sua prática pedagógica com os alunos que possuem o diagnóstico de TDAH? Os professores identificam essa dificuldade? Como explicam?