

**Percepções de docentes do ensino fundamental em relação ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade no ambiente escolar**

**Perceptions of school teaching teacher in concerning the attention and hyperactivity disorder in the school environment**

**Percepciones del profesor de enseñanza escolar sobre la atención y el trastorno del trastorno de hiperactividad en el entorno escolar**

Recebido: 28/10/2019 | Revisado: 29/10/2019 | Aceito: 02/11/2019 | Publicado: 07/11/2019

**Maria Nirce Wendt**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4304-798X>

Universidade do Vale do Taquari, Brasil

E-mail: [mnwendt@universo.univates.br](mailto:mnwendt@universo.univates.br)

**Paula Michele Lohmann**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8429-9155>

Universidade do Vale do Taquari, Brasil

E-mail: [paulalohmann@univates.br](mailto:paulalohmann@univates.br)

**Arlete Eli Kunz da Costa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5655-3646>

Universidade do Vale do Taquari, Brasil

Email: [arlete.costa@univates.br](mailto:arlete.costa@univates.br)

**Eliane Lavall**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6439-2117>

Universidade do Vale do Taquari, Brasil

E-mail: [eliane.lavall@univates.br](mailto:eliane.lavall@univates.br)

**Resumo**

O objetivo da pesquisa foi descrever o conhecimento dos docentes do ensino fundamental sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e a forma de manejo do transtorno no ambiente escolar. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa de modo exploratório-descriptivo, que ocorreu em uma escola de ensino fundamental e médio, em uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. Foram entrevistados oito docentes das quatro séries iniciais do ensino fundamental, dos turnos da manhã e da tarde da escola. Os dados revelaram que os docentes na sua vida acadêmica, esporadicamente abordam este tema; que estão mais

preocupados em resolver as situações pedagógicas que surgem em consequência dos transtornos que os alunos possam apresentar do que tentar auxílio dos profissionais da saúde; ainda, relataram a dificuldade de aceitação e a incompreensão dos pais em relação aos transtornos, deixando ao docente e a escola a solução do problema. Concluimos, com nosso estudo, que se faz necessário o apoio e trabalho em conjunto para um diagnóstico mais preciso, determinando a intervenção direta para o tratamento da doença, visto que, quanto mais precoce o início do tratamento, melhor será a qualidade de vida desse indivíduo.

**Palavras-chave:** Criança; Docente; Ensino Fundamental; Transtornos do Déficit de Atenção.

### **Abstract**

The purpose of this research was to describe the knowledge of elementary school teachers about attention deficit hyperactivity disorder and how to manage the disorder in the school environment. This is an exploratory-descriptive qualitative approach research, which took place in a primary and secondary school in a city in the interior of the state of Rio Grande do Sul. Eight teachers from the first four grades of elementary school were interviewed, morning and afternoon school shifts. The data revealed that teachers in their academic life sporadically address this theme; that they are more concerned with solving the pedagogical situations that arise as a result of the disorders students may have than seeking help from health professionals; they also reported the difficulty of acceptance and misunderstanding of parents regarding the disorders, leaving the teacher and school the solution of the problem. We conclude from our study that support and joint work are necessary for a more accurate diagnosis, determining the direct intervention for the treatment of the disease. Since the earlier the start of treatment the better the quality of life of this individual.

**Keywords:** Child; Teacher; Elementary School; Attention Deficit Disorders.

### **Resumen**

El objetivo de esta investigación fue describir el conocimiento de los maestros de primaria sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y cómo tratar el trastorno en el entorno escolar. Esta es una investigación cualitativa exploratoria descriptiva, realizada en una escuela primaria y secundaria en una ciudad del interior del estado de Rio Grande do Sul. Se entrevistó a ocho maestros de los primeros cuatro grados de la escuela primaria, turnos de mañana y tarde. Los datos revelaron que los maestros en su vida académica abordan esporádicamente este tema; que están más preocupados por resolver las situaciones pedagógicas que surgen como resultado de trastornos que los estudiantes pueden tener que

buscar ayuda de profesionales de la salud; también informaron sobre la dificultad de los padres para aceptar y entender mal los trastornos, dejando que el maestro y la escuela resolvieran el problema. Concluimos, de nuestro estudio, que el apoyo y el trabajo conjunto son necesarios para un diagnóstico más preciso, determinando la intervención directa para el tratamiento de la enfermedad. Desde el comienzo del tratamiento, la mejor calidad de vida de este individuo.

**Palabras clave:** Niño; Maestro; Escuela Primaria; Trastornos por Déficit de Atención.

## 1. Introdução

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em crianças em idade escolar é, atualmente, um dos assuntos mais discutidos e estudados. Isso se justifica, pois, este transtorno é uma das principais fontes de encaminhamento de crianças ao sistema de saúde (Barkley, 2008).

Os transtornos mentais geralmente se apresentam na infância e adolescência e há, frequentemente, uma persistência significativa ao longo do tempo. Estes são responsáveis por prejuízos consideráveis em diversas áreas da vida das pessoas, e podem ir se agravando ao longo do tempo. Estima-se que cerca de 15% a 20% das crianças e adolescentes apresentem, pelo menos, um transtorno mental em todo o mundo, o que traduz um número absoluto de 10 milhões de crianças e adolescentes no Brasil (Polanczyk, 2008).

Estudos apontam que o transtorno tem idade de início em torno dos três anos e a do diagnóstico, entre oito e nove anos. A maioria são meninos, numa proporção de 3:1, sendo que a prevalência do transtorno apresenta uma prevalência de 9:1 de meninos para meninas (Hojman, 2008, Rohde & Halpern, 2004).

No mesmo sentido, alguns resultados demonstram uma associação do TDAH com complicações durante a gestação e o parto, pós-maturidade fetal, duração prolongada do parto, sofrimento fetal, baixo peso ao nascer e hemorragia pré-parto. Como também, os fatores ambientais estão relacionados ao TDAH, pois estudos apresentam que, por exemplo, desentendimentos familiares, filhos de pais solteiros, presença de transtornos mentais nos pais, baixo nível de educação materna, pobreza, conflito paternal crônico, abuso sexual, dentre outros, sejam alguns destes fatores (Muzetti & Luca-Vinhas, 2011).

Os fatores ambientais que afetam o sistema nervoso central e que estão relacionados ao TDAH derivam de diferentes possíveis etiologias, podendo ser: trauma de cabeça, exposição ao chumbo, exposição ao cigarro e extremo baixo peso ao nascer (menos de

1.000g), maternagem com transtornos mentais do tipo depressão, esquizofrenia, tem quatro vezes mais chance de ter filhos com o transtorno do que o restante da população (Algeri & Zottis, 2008).

Pesquisadores identificaram que as características em várias regiões do cérebro de quem sofre TDAH são diferentes das demais, na média, tanto o lobo frontal como o cerebelo destes sujeitos, são menores, assim como os lobos parietal e temporal. Assim, o TDAH parece ser resultado de um processamento anormal de informações nas áreas cerebrais, responsáveis pela emoção e pelo controle dos impulsos e dos movimentos, sendo possível identificar, além desta, um conjunto de características que o diferenciam do comportamento adequado para cada idade (Currie & Stabile, 2006).

Segundo Rohde *et al.* (1998), o TDAH é observado a partir de três tipos/subtipos: o que predomina as dificuldades de atenção; a impulsividade e a hiperatividade; e o que combina os dois anteriores. Conforme Pires (2011), o indivíduo com transtorno irá apresentar dificuldades no âmbito acadêmico e familiar, sendo que, enquanto adulto apresenta problemas de relacionamento interpessoal, no desenvolvimento e manutenção da atividade laboral.

Fatores genéticos, biológicos, ambientais e sociais estão associados ao TDAH, resultado de uma combinação complexa dos mesmos, sendo de extrema necessidade que o diagnóstico do TDAH seja feito precocemente, pois pode haver relação de comorbidade entre os transtornos de depressão, ansiedade e de aprendizagem (Santos & Vasconcelos, 2010, Sampaio, 2008).

No Brasil, estudos realizados utilizando critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) revelaram prevalências distintas de TDAH em escolares, variando de 5,8% a 17,1%. Em estudo ocorrido no estado do Rio de Janeiro, em 2003, frequências de 39,1% para o tipo/subtipo desatento, 37,7% para combinado e 23,2% para o tipo/subtipo hiperativo. Já em Porto Alegre, adolescentes portadores de TDAH em escolas, apresentaram uma prevalência de 52,2% para combinado, 34,8% para desatento e 13% para o tipo/subtipo hiperativo (Vasconcelos *et al.*, 2003).

O TDAH e o transtorno de humor bipolar (THB) são considerados enfermidades graves, tendo evolução crônica, gerando grande impacto na vida social, familiar e educacional do indivíduo. Estudos nacionais e internacionais estabelecem a prevalência destes transtornos entre 3% e 6%, na população de crianças em idade escolar. A incidência desses transtornos comportamentais mostra a necessidade de reflexão sobre práticas educativas, para melhor desempenho das crianças no período escolar (Moraes, Silva, & Andrade, 2007).

A alta frequência de diagnósticos de TDAH no ambiente escolar conduz a uma

reflexão crítica ao sistema de educação. As mudanças na família clássica, os novos modelos de comunicação, o grande número de crianças e jovens por sala de aula se constituem apenas em alguns dos principais fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de comportamentos de risco, os quais podem ser precipitadamente classificados em diagnósticos psiquiátricos (Naves & Castro, 2012).

Além disso, no que tange ao tratamento do TDAH existe uma combinação de medicamentos, orientações aos pais e professores, além de técnicas específicas que são ensinadas ao sujeito com transtorno. Os medicamentos são fundamentais juntamente com a psicoterapia, sendo que a mais indicada é a Terapia Cognitivo Comportamental, bem como a influência dos pais e/ou responsáveis sobre o bom prognóstico que dar-se-á na forma de educar o filho (Farias & Cordeiro, 2008).

O enfermeiro, dentre suas atribuições, é um consultor sobre educação em saúde para os educadores, além de fornecer informações sobre práticas de saúde, dar aulas de saúde e participar do desenvolvimento do currículo de educação em saúde. Também auxilia quando um aluno apresenta um problema de saúde especial ou uma incapacidade, com intuito de suprimir eventuais dissonâncias socioeducativas e culturais (Smeltzer & Bare, 2005).

O profissional de enfermagem vem ganhando um espaço cada vez maior de atuação nas escolas através de programas e políticas do sistema de saúde. Nas escolas, tem seus papéis de prestador de cuidados, educador de saúde, consultor e conselheiro. Ele atua com os alunos, pais e/ou responsáveis, administradores, educadores e outros profissionais de saúde e do serviço social em consequência de problemas de saúde dos estudantes.

Considerando essas informações, o tema do estudo foi “o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade no ambiente escolar. O objetivo da pesquisa foi descrever o conhecimento dos docentes do ensino fundamental sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e a forma de manejo do transtorno no ambiente escolar. Como questão norteadora: o corpo docente tem conhecimento do que é o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade no ambiente escolar e de como tratar tais situações?

## **2. Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de natureza qualitativa. Para Pereira, Shitsuka, Parreira, & Shitsuka (2018), a realização de pesquisas são uma forma de se buscar respostas para um problema, bem como ao utilizar o método qualitativo o pesquisador interpreta utilizando da sua opinião o fenômeno em estudo. Esta ocorreu em uma escola de

ensino fundamental e médio, em uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. O município possui, aproximadamente, 32 mil habitantes, e oferece uma rede de escolas municipais, estaduais e particulares (IBGE, 2015).

A escola possui cerca de 1.000 alunos, distribuídos em três turnos, sendo estes manhã, tarde e noite. A mesma apresenta boa estrutura em relação a dependências, com 16 salas utilizadas, dentre elas, sala de recursos multifuncionais para atendimento educacional especializado (AEE). Oferece aos alunos ensino fundamental, ensino médio, educação de jovens e adultos – supletivos e ensino médio supletivo.

Participaram da pesquisa oito docentes das quatro séries iniciais do ensino fundamental, dos turnos da manhã e tarde, por meio de agendamento prévio em horário conforme a disponibilidade dos docentes. O local foi disponibilizado pela escola, sendo que este manteve a privacidade aos participantes. Os critérios de inclusão foram: docentes das quatro séries iniciais do ensino fundamental que estiverem presentes no período em que será efetuada a pesquisa e que aceitem participar do estudo. Já os critérios de exclusão: docentes que estiverem afastados do trabalho no período que será efetuada a pesquisa, por motivo de licença de saúde, licença maternidade, etc.

Para a entrevista utilizou-se um instrumento que continha oito questões norteadoras. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após leitura e esclarecimentos. A entrevista foi gravada e, posteriormente, transcrita. Para todos os procedimentos do estudo se seguiram os preceitos éticos contidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos (CNS, 2012).

### **3. Resultados e discussão**

Participaram do estudo oito docentes do ensino fundamental de uma escola do interior do estado do Rio Grande do Sul. Após as entrevistas, o material de áudio foi transcrito e elaborado um banco de dados para análise conforme a Análise de Conteúdo de Bardin (2016). Os participantes escolheram o nome de uma flor como pseudônimo de identificação.

Todos os participantes eram do sexo feminino; a idade variou entre 24 e 66 anos, sendo que a maioria apresentou entre 45 e 66 anos. Todas as participantes eram graduadas, sendo que três referiram curso de especialização – Educação especial, Letras e Orientação e supervisão educacional. O tempo de formação variou de sete a 40 anos; o tempo de atuação no ensino fundamental, de dois a 44 anos; e o tempo de atuação na escola, de dois a 30 anos,

conforme pode ser verificado no Quadro 1.

Pseudônimo	Idade	Formação	Atuação no ensino fund. (anos)	Atuação na escola (anos)	Formação (anos)
Tulipa	34	Pós-graduação - Educação especial	3	2	12
Camélia	24	Magistério e Psicologia	8	7	7
Amor perfeito	29	Pós-graduação - Orientação e supervisão educacional	6	2	10
Amarilis	45	Graduação - Educação física	26	19	22
Margarida	52	Magistério e Graduação - Educação física	25	5	16
Girassol	48	Graduação - Educação física	30	23	20
Azaleia	58	Graduação - Pedagogia	2	2	15
Hibisco	66	Pós-graduação - Letras	44	30	40

Fonte: Dados da pesquisadora (2019).

Analisando o quadro, podemos observar que 50% (quatro) das participantes possuem experiência a mais de 10 anos no ensino fundamental e 50% (quatro) com tempo inferior a 10 anos, já a atuação na escola e os anos de formação não se observa significativa diferença.

### **3.1. Categoria 1 - Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e transtorno de humor bipolar (THB): entendimento dos professores**

Nesta categoria, a maioria dos professores descreveu que entende o TDAH e o THB, como uma dificuldade de concentração, desatenção, impulsividade e mudanças de humor. Conforme podemos observar nos relatos abaixo:

TDAH – transtorno onde a criança tem dificuldades em se concentrar. Pode ser só desatento ou apresentar desatenção mais agitação, impedindo-a de realizar atividades que requerem atenção. O transtorno humor bipolar caracteriza-se por oscilação do humor, mas na infância tem sintomas semelhantes ao TDAH (Camélia).

O TDAH é um transtorno neurobiológico que aparece na infância e que na maioria dos casos acompanha o indivíduo por toda a vida. Se caracteriza pela combinação de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. O transtorno bipolar se caracteriza pela alternância de humor (Amarilis).

São transtornos comportamentais neurológicos que não são diagnosticados com exames sofisticados. Em geral, o TDAH começa na infância e pode persistir na vida adulta. Quando crianças, estas pessoas apresentam dificuldades de aprendizado na escola. Quando adultos, normalmente são problemáticos nos relacionamentos e no

trabalho. Já os bipolares não têm um meio termo, ou estão lá no alto, muito felizes, ou no fundo do poço, muito infelizes (Azaleia).

O transtorno de déficit de atenção, no meu ver, é quando a criança não consegue concentrar-se mesmo o professor tendo diferentes alternativas e possibilidades no ensino, a criança ainda apresenta dificuldades. A hiperatividade quando a criança é muito agitada não conseguindo permanecer no seu lugar, sempre manipulando diferentes materiais, ou até mesmo caminhando pela sala em vários momentos. O transtorno bipolar, quando a criança apresenta sentimentos opostos e muito distintos em pequenos instantes (Amor perfeito).

Segundo Lorenzi, Rissato & Silva (2012), o conceito de TDAH referencia a construção de uma espécie de observação de sintomas utilizados no exercício analítico, como maneira de identificar os sinais e sintomas que indicam a presença de um transtorno sujeito a tratamento especializado. São identificados através de comportamentos sinalizados por níveis elevados de atividade, impulsividade e desatenção.

Já o THB é caracterizado na população escolar como ativa, impulsiva, explosiva, fala em excesso, pouca necessidade de sono, humor irritável, labilidade afetiva, ciclagem rápida, delírios de grandeza e explosão de raiva, pode acreditar ter habilidades especiais ou realizar coisas impossíveis. O grande dilema no diagnóstico das crianças é a ciclagem rápida, pois a criança pode apresentar mudanças de humor em vários momentos durante o dia (Morales *et al.*, 2007).

Segundo Rohde *et al.* (1998), o TDAH é observado a partir de três tipos/subtipos: o que predomina as dificuldades de atenção; a impulsividade e a hiperatividade; e o que combina os dois anteriores. Conforme Pires (2011), a pessoa com transtorno irá apresentar dificuldades no âmbito acadêmico e familiar, sendo que, enquanto adulto apresenta problemas de relacionamento interpessoal, no desenvolvimento e manutenção da atividade laboral.

A terminologia “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)” tem sido aplicada sem restrições por profissionais da área de saúde e educação, especialmente como forma de expressar comportamentos sinalizados por níveis elevados de atividade, impulsividade e desatenção (Lorenzi *et al.*, 2012).

Com relação à origem do TDAH e do THB, os docentes referenciaram que sua origem se deve à variações genéticas e neurobiológicas, bem como a algum trauma, conforme podemos verificar nos discursos abaixo:

Acredito ser de resultados de efeitos aditivos e interativos de variações genéticas e neurobiológicas, únicos e compartilhados que estão envolvidos (Hibisco).

TDAH – Transtorno neurológico, podendo ser causa genética, ou por algum trauma vivido. THB – Alguns fatores genéticos, alterações de neurotransmissores, algumas

diferenças físicas em seu cérebro, desequilíbrio hormonal, influência genética. (Margarida).

O TDAH se origina na infância, como possíveis causas: hereditariedade, substâncias ingeridas na gravidez, sofrimento fetal, exposição ao chumbo, problemas familiares e outros. Transtorno bipolar é um problema herdado pelos pais. Basicamente é uma doença de adolescentes e adultos jovens (Amarílis).

Em se tratando das causas que podem comprometer o cérebro da criança, admite que várias causas possam alternar a dinâmica funcional, considerando, inicialmente, o período final de gestação ou a fase do nascimento, quando estas crianças sofrem discretas injúrias causadas por contrações uterinas prolongadas ou partos laboriosos; outras causas estão relacionadas aos recém-nascidos que demoram a chorar ou que apresentam alguma dificuldade para iniciar a respiração. Estes sofrimentos discretos e aparentemente inocentes, por vezes poucos valorizados, provocam alterações no tecido cerebral, causam repercussões importantes no sistema nervoso, que no futuro, poderão ser os fatores determinantes das disfunções cerebrais (Goldstein & Goldstein, 1994).

Os fatores ambientais que afetam o sistema nervoso central e que estão relacionados ao TDAH derivam de diferentes possíveis etiologias, podendo ser estas: trauma de cabeça, exposição ao chumbo, exposição ao cigarro e extremo baixo peso ao nascer (menos de 1.000g), maternagem com transtornos mentais do tipo depressão, esquizofrenia, tem quatro vezes mais chance de ter filhos com o transtorno do que o restante da população (Algeri & Zottis, 2008).

No mesmo sentido, alguns resultados demonstram uma associação do TDAH com complicações durante a gestação e o parto, pós-maturidade fetal, duração prolongada do parto, sofrimento fetal, baixo peso ao nascer e hemorragia pré-parto, como também, os fatores ambientais estão relacionados ao TDAH, pois estudos apresentam que, por exemplo, desentendimentos familiares, filhos de pais solteiros, presença de transtornos mentais nos pais, baixo nível de educação materna, pobreza, conflito paternal crônico, abuso sexual, dentre outros, sejam alguns desses fatores (Muzetti & Luca-Vinhas, 2011).

O TDAH é uma perturbação neurodesenvolvimental, evidenciado pela presença de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade existente em nível mais frequente e grave do que o observado em nível equivalente de desenvolvimento. A prevalência mundial é em torno de 5% e os sintomas iniciam na infância, persistindo na adolescência e na idade adulta em considerável número de casos. Seu diagnóstico é essencialmente clínico, sendo baseado em critérios fundamentados em sistemas como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos

Mentais (DSM) e a da Classificação Internacional de Doenças (CID) e problemas relacionados com a saúde, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993). A avaliação do TDAH deve incluir entrevistas com os pais ou responsáveis, com o próprio paciente, investigação do funcionamento escolar, outras comorbidades psiquiátricas, além de revisão do histórico médico, psicossocial e familiar (Wagner, Rohde, & Trentini, 2016).

A ciência cita o transtorno como um desequilíbrio neuroquímico devido a insuficiência de produção de neurotransmissores denominados dopamina e noradrenalina em determinadas regiões do cérebro, como região parietal posterior, sistema límbico, região frontal e sistema reticular. Com essa deficiência, o indivíduo pode apresentar alterações do sono, levar a comportamento agressivo, distúrbios de atenção, depressão e impulsividade. As áreas afetadas são responsáveis pelo estado de vigília, atenção e controle das emoções (Naves & Castro, 2012).

O impacto desse transtorno é enorme, levando em conta o seu alto custo financeiro, o estresse familiar, prejuízo nas atividades acadêmicas e vocacionais, além de efeitos negativos na autoestima das crianças e adolescentes. Em crianças com essa síndrome, o risco de desenvolver outras doenças psiquiátricas como THB, transtorno de pânico, transtorno de conduta, entre outros, na infância, adolescência e idade adulta está muito presente (Moraes *et al.*, 2007).

Pelo fato de o TDAH e o THB compartilharem sintomas, o diagnóstico é imprescindível, pois as taxas de TDAH encontradas em crianças com THB variam de 49% a 87%. Além dos sintomas típicos de TDAH, os indivíduos com THB podem apresentar comportamentos disruptivos (transgressões de normas). O THB se caracteriza na população pré-escolar como ativa, impulsiva, explosiva, fala em excesso, pouca necessidade de sono, humor irritável, labilidade afetiva, ciclagem rápida, delírios de grandeza e explosão de raiva, pode acreditar ter habilidades especiais ou poder fazer coisas impossíveis. O grande dilema no diagnóstico das crianças é a ciclagem rápida, pois a criança pode apresentar diariamente diversas mudanças de humor (Moraes *et al.*, 2007).

As disfunções do humor estão relacionadas com a alteração de muitas partes do encéfalo ao mesmo tempo, onde se localizam os sistemas modulatórios difusos, como o sistema serotoninérgico e o sistema noradrenérgico. O sistema serotoninérgico abrange o neocortex, gânglios da base, tálamo, hipotálamo, lobo temporal, núcleos de rafe e cerebelo. Já o sistema noradrenérgico abrange o neocortex, tálamo, hipotálamo, lobo temporal, locus ceruleus, cerebelo, sendo que ambos os sistemas seguem também para a medula espinhal (Filho, Bueno, & Nardi, 2001).

### **3.2. Categoria 2 – Abordagem do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e transtorno de humor bipolar (THB): a formação do professor**

Nesta categoria abordamos a formação do docente em relação ao TDAH e THB. Os docentes relataram que na sua formação tiveram essa temática abordada, num total de cinco docentes, bem como outros afirmaram que não tiveram acesso ao assunto, sendo três docentes. Podemos verificar no que segue:

Tive algumas disciplinas na faculdade que abordaram sobre o assunto, principalmente na minha pós-graduação (Tulipa).

Houve, em diversos momentos (Camélia).

Sim, houve abordagem sobre o assunto para conhecimentos prévios (Amor perfeito).

Em minha formação na graduação, não, mas no decorrer de minha vida pessoal e pela profissão tive muito interesse em saber um pouco sobre esse assunto, e fui em busca de muita leitura (Margarida).

Não (Amarlis).

Não (Hibisco).

No Projeto de Lei nº 7.081-C, de 2010, o Art. 1º determina que “O poder público deve manter programa de diagnóstico e tratamento de estudantes da educação básica com dislexia e Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade TDAH”. Quanto ao tratamento e diagnóstico, deve acontecer através de equipe multidisciplinar, sendo papel da escola “assegurar às crianças e aos adolescentes com dislexia e TDAH o acesso aos recursos didáticos adequados ao desenvolvimento de sua aprendizagem.” Aos professores devem ser garantidos cursos sobre diagnóstico e tratamento da dislexia e do TDAH, sendo que isso irá facilitar o trabalho da equipe multidisciplinar (Brasil, 2010, p. 2).

A Resolução do Conselho Nacional de Educação, nº 2, de 11 de setembro de 2001, institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação:

Art. 5º Consideram-se educandos com necessidades educacionais especiais os que, durante o processo educacional, apresentarem:

I – dificuldades acentuadas de aprendizagem ou limitações no processo de desenvolvimento que dificultem o acompanhamento das atividades curriculares, compreendidas em dois grupos. a) Aquelas não vinculadas a causas orgânicas específicas; b) Aquelas relacionadas a condições, disfunções, limitações ou deficiências, II – dificuldades de comunicação e sinalização diferenciadas dos demais alunos, demandando a utilização de linguagem e códigos aplicáveis, III – altas

habilidades/superdotação, grande facilidade de aprendizagem que o leve a dominar rapidamente os conceitos, procedimentos e atitudes (CNE, 2001, p 2).

O Estatuto da Criança e do Adolescente determina que os indivíduos com deficiências ou necessidades especiais tenham o direito de receber educação na rede regular de ensino, sendo que métodos, currículos e avaliações devem ser específicos para a avaliação de cada caso. Após o estabelecimento das diretrizes, verificou-se a necessidade de maior envolvimento dos profissionais da educação, quanto ao conhecimento dos conceitos dos transtornos, do histórico do aluno com transtorno, e da busca de estratégias de identificação destes sintomas (Brasil, 2008).

Segundo a Lei que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, é assegurado aos alunos com necessidades especiais o direito a currículos, métodos, recursos educativos e de organização, específicos para o atendimento de suas necessidades, direcionando um olhar pedagógico especializado a estes alunos (Brasil, 1996).

Para isto, o sentido da inclusão não sustenta rótulos entre alunos deficientes e não deficientes. A integração destes alunos na classe se faz necessária para que o conhecimento se suceda. Assim, integração e inclusão se completam. Uma postura crítica, principalmente partindo dos professores, diante da sociedade, fará com que rotulações e comparações caiam em desuso e as diferenças sejam consideradas comuns (Carvalho, 2004).

A escola hoje requisita um professor que expresse em seu fazer pedagógico as dimensões humana, tecnológica e política, e que seja capaz de visualizar os efeitos sociais do trabalho pedagógico e dos condicionamentos que nele interferem. Em se tratando de TDAH, fica evidente a necessidade em ter atividades que exijam coordenação de movimentos, contato direto com familiares da referida criança em processo de ensino e, especialmente, dar mais atenção ao aluno justamente por seguir o tratamento adequado e permitir que a criança possa superar os problemas encontrados (Naves & Castro, 2012).

Quando tratamos da formação, questionamos o que seria um alerta para o professor na identificação de um possível caso, os relatos foram os seguintes:

A inquietude, a agitação constante dos alunos, a falta de calma, a falta de atenção e a pouca concentração às atividades propostas. Exemplo: a pintura de um desenho. São raros os alunos que possuem a calma e paciência para uma pintura, fazem de qualquer jeito, não respeitam linhas de contorno, para passarem para outra atividade (Margarida).

Dificuldades na aprendizagem, no reconhecimento de letras e números, na dificuldade de concentração, no relacionamento com colegas e professores, na dificuldade da coordenação motora fina e ampla, controle emocional (Hibisco).

Não é fácil definir precisamente um transtorno, uma vez que fatores ambientais possam estar influenciando tais comportamentos como: dificuldades de adaptação à proposta pedagógica, atividades e conteúdos que não lhes fazem nenhum sentido, ou contrário, quando a exigência é demais, sendo o aluno carregado de tarefas, assim como problemas familiares também podem estar influenciando. Sendo assim, se faz necessária a contínua atenção e encaminhamento médico após conversa e conscientização da família (a família que deve encaminhar) (Tulipa).

Agitação, inquietude, impulsividade, falta de atenção e concentração, desinteresse por algumas atividades que exigem mais organização, falta de paciência, distração... (Girassol).

Quando a criança tem dificuldade de se manter atenta aos conteúdos propostos e se manter sentada em sala de aula (Azaleia).

Identifica-se a desatenção pelos seguintes sintomas: dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e de trabalho; dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; parecer não escutar quando lhe é dirigida a palavra; dificuldade de seguir as instruções e não terminar as tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais; dificuldade em organizar tarefas e atividades; relutar em se envolver em tarefas que exijam esforço mental constante; perder coisas necessárias para tarefas ou atividades; é facilmente distraído por estímulos alheios as tarefas e esquecimento em tarefas diárias. A hiperatividade se caracteriza por agitação de mãos ou pés, ou se remexer na cadeira; abandonar sua cadeira na sala de aula ou em outro local onde era esperado que ficasse sentado; correr ou escalar em demasia em situações impróprias; dificuldade em brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer; estar sempre a mil, falar em demasia. E as características da impulsividade: precipitação nas respostas antes das perguntas serem concluídas; dificuldade em esperar sua vez; interromper ou se intrometer em assuntos de outrem frequentemente (Rohde, Barbosa, Tramontina, & Polanczyk, 2000).

No mesmo sentido, quais seriam os recursos do professor para interagir com o aluno em sala de aula:

Atividades diferenciadas, aluno sentado próximo a professora, deixar uma mesa próxima do aluno para que possa organizar seu material, pois precisa de mais espaço. Oferecer uma atividade de cada vez, manter uma rotina diária, não sentar o aluno próximo a janelas ou porta, pois se distrai com facilidade. Proporcionar atividades e jogos que estimulem a memória, sequência lógica, atividades que envolvam estímulos audiovisuais e sensoriais, menos cópias do quadro e textos muito extensos. A aula deve ser dinâmica. A professora deve atentar para seu tom de voz, mudando-o quando quiser informar algo mais importante ao aluno. Usar mecanismos que possam auxiliar o aluno a compensar suas dificuldades de memorização; usar tabelas, lembretes, anotações, etiquetar, sublinhar, colorir partes importantes de uma tarefa (Girassol).

Faço aula diferenciada, porém, procuro tratar ele igual aos demais alunos (Azaleia).

Atenção especial; atividades diferenciais conforme sua dificuldade; encaminhamento (Hibisco).

Levando em conta a dificuldade do foco do aluno, crio estratégias em que consiga “capturar” pedagogicamente, provocando um estímulo, um desafio, algo que faça sentido ao aluno, fazendo com que se interesse, assim mobilizando sua concentração e curiosidade (Tulipa).

O TDAH traz novos desafios à prática educativa interligando os campos da saúde e da educação. Sendo assim, os professores são agentes importantes no encaminhamento da criança com TDAH para tratamento especializado. São eles que usualmente reconhecem problemas de atenção, de aprendizagem, ou mesmo problemas emocionais (THB). A maneira como os docentes denotam os comportamentos do aluno na escola é fundamental para o modo como essa criança será avaliada, seja pela família, na busca por um tratamento especializado, ou pelo próprio docente, na criação de estratégias diferentes de ensino (Lorenzi *et al.*, 2012).

Cerca de um terço ou mais de todas as crianças portadoras de TDAH ficam para trás na escola, pelo menos em uma série, durante sua vida escolar, e cerca de 35% não chegam a concluir o ensino médio. Estes indivíduos devem ser muito estimulados. Para tanto, a escola que atende alunos com TDAH deve desenvolver estratégias específicas para atender o potencial peculiar de cada um, observar seus pontos fortes e incentivar a superar seus pontos fracos. Estes alunos necessitam de atenção mais intensiva; acomodações específicas que atendam suas necessidades dependem do conhecimento, da direção e dos professores a respeito dos transtornos. Os docentes são os profissionais que com maior frequência percebem os problemas de aprendizagem e relacionamentos destes indivíduos. É função da escola tornar claras as causas e os problemas existentes. O professor deve oferecer um acompanhamento constante, comunicação clara, regras bem definidas, recompensas, pois o aluno com TDAH tem necessidades destas regras (Oliveira, 2014).

Percebe-se que na formação do professor devem ser contempladas as temáticas dos transtornos, visto que é este profissional que ao acompanhar o desenvolvimento da criança na escola, poderá identificar e sinalizar situações e encaminhar para acompanhamento especializado.

### **3.3. Categoria 3 – Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtorno de humor bipolar (THB): manejo e recursos de apoio à escola**

Nesta categoria, abordamos as dificuldades na questão de busca de recursos oferecidos pela escola, abordagem sobre o assunto com os pais e responsáveis, e apoio extra escolar.

A maior dificuldade que encontro é a falta de compreensão por parte da família, onde algumas não compreendem a importância do trabalho em conjunto (escola, família, profissionais especializados) para que se possa efetivar um trabalho significativo (Tulipa).

Lidar com a sua individualidade no coletivo, quando o aluno demanda um atendimento mais exclusivo, mas também tem todos os outros para serem atendidos (seja por questões comportamentais ou para a realização de atividades específicas). A forma de resolver é buscar um equilíbrio. E reconhecer os próprios limites, solicitando ajuda da equipe diretiva quando alguma situação não pode ser resolvida por mim (Camélia).

Muitas vezes a maior dificuldade é não saber como lidar com as diferentes reações destes alunos com transtornos. Procurar ajuda com a direção da escola para auxiliar (Amor perfeito).

Sempre com um diálogo claro e respeitoso. Quando os pais têm clareza da situação e há a possibilidade de dialogar, conseguimos estabelecer uma parceria com um objetivo claro: ajudar a criança, para que aprenda e conviva no ambiente escolar da melhor forma possível (Camélia).

Conversa com os pais, família ou responsável, direção e coordenação da escola. Após conversa, encaminhar para profissionais da área (Amor perfeito).

Eu particularmente acho bastante complicado e delicado. Percebo que os pais não têm conhecimento destes distúrbios e em geral não aceitam, e até alguns abominam estes assuntos e não querem reconhecê-los em seus filhos. Procuro abordar como se fosse normal, porém, requerer um pouco mais de atenção e algumas medidas para amenizar (Margarida).

Na escola procuramos conversar com os pais, sempre alertando da importância de procurar ajuda adequada para que o filho tenha uma aprendizagem significativa (Girassol).

Procuro apontar as dificuldades do seu filho sem dar diagnósticos, pois não é minha competência. Sugiro que procurem um profissional da área (Azaleia).

No Projeto de Lei nº 7.081-C, de 2010, o Art. 1º determina que: “O poder público deve manter programa de diagnóstico e tratamento de estudantes da educação básica com dislexia e Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade TDAH.” Quanto ao tratamento e diagnóstico, deve acontecer através de equipe multidisciplinar, sendo papel da escola “assegurar às crianças e aos adolescentes com dislexia e TDAH o acesso aos recursos didáticos adequados ao desenvolvimento de sua aprendizagem.” Aos professores devem ser garantidos cursos sobre diagnóstico e o tratamento da dislexia e do TDAH, sendo que isso irá facilitar o trabalho da equipe multidisciplinar (Brasil, 2010, p. 2).

A entrevista clínica semidirigida com as crianças e seus pais ou responsáveis na fase escolar, proporciona um entendimento a respeito das relações que estas crianças instituem nos ambientes em que convivem. O encontro tem por interesse resgatar dados relevantes da vida pessoal e familiar desses indivíduos, principalmente os sentidos que a mãe ou familiar imputam a estes dados, sendo estas observações importantes para identificar os comportamentos considerados “inadequados”, conforme critérios significativos pelo DSM-IV. Para que os pais possam participar e se envolver no aprendizado e melhorar a interação família, escola e professores, se faz necessário que os mesmos tenham conhecimento pleno sobre o distúrbio e suas consequências e que, através de palestras, reuniões e treinamentos desenvolvidos pela escola ou profissionais de saúde, distingam os problemas que são consequências da incapacidade, dos problemas resultantes de desobediência às ordens dadas (Graeff & Vaz, 2008).

Segundo Cunha (1997), levando em conta uma criança hiperativa e a aprendizagem, vincula necessariamente a obrigação de controlar seu comportamento diante das pessoas, convivendo com uma criança que não responde ao que é ensinado, vive derrubando as coisas. Nessa situação, o importante é compreender os problemas sociais escolares e familiares que a criança enfrenta e disposição a auxiliá-la sempre.

A alfabetização tem sido uma questão bastante discutida por educadores, já que há muitas décadas são observadas as mesmas dificuldades que as crianças têm na aprendizagem, as inúmeras reprovações e a evasão escolar. Atualmente, essa questão vem recebendo uma atenção especial da parte dos órgãos oficiais, os quais, entretanto, não têm obtido resultados expressivos em suas tentativas de solucionar os problemas citados (Cagliari, 2003).

Ao dar ênfase no autocontrole, devem ser desenvolvidas instruções de cada dia, demonstrando a capacidade da criança e sua atenção em sala de aula para superar a deficiência no sistema nervoso. Os pais de crianças com déficits de atenção e hiperatividade podem se sentir cansados, abatidos, preocupados e até certa frustração devido a tamanha atenção que dispensam ao filho. Apesar de tudo, é importante que os pais sejam conscientes de suas necessidades. Buscar apoio é fundamental tanto para os pais quanto para a criança, e até conversar com os professores de seu filho (Sanseverino, 2005).

A hiperatividade demonstra ser um problema que tem solução, ajuda especializada e a compreensão da família torna a vida da criança muito mais feliz. Para isso, condiciona uma verdadeira união entre pais, professores e médicos com o tratamento através de uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas, como reconhecimentos de uma condição crônica. Manejo guiado por médicos, professores e pais,

usam de medicação estimulante, presença de comorbidade, monitoramento dos objetivos propostos, além de informações claras e precisas (Garfinkel, 1992).

A maioria dos professores referiu que o apoio ocorre por meio de orientação da direção e coordenação pedagógica:

Equipe diretiva e pedagógica (Tulipa).

A escola, como um todo, forma uma rede interna de apoio: professores, orientação, coordenação, direção. Por vezes, solicitamos o apoio da rede de saúde, mas por conta da grande demanda, nem sempre ocorre da melhor forma: com listas de espera, poucos profissionais. Porém, em diversos casos, tivemos experiências positivas que, com o apoio da rede e dos familiares, trouxeram a possibilidade de avanços significativos para os alunos (Camélia).

Somente a escola (direção, coordenação) (Amor perfeito).

Na escola, o serviço de orientação educacional e Sala de recursos (Amarílis).

Acredito que instituições como Apae, psicólogos, neurologistas, pediatras (Margarida).

É um trabalho em conjunto: professor da sala regular, professor da sala de recursos, coordenação pedagógica, orientação educacional, direção. E se o aluno tiver outros atendimentos (terapeuta, psicólogo, psiquiatra), estes profissionais da área da saúde também serão contatados para possíveis trocas de ideias e manejo adequado (Girassol).

A escola tem sala de apoio com profissional (Azaleia).

Os alunos são encaminhados pelo posto de saúde até chegar a Apae (Hibisco).

A Unidade Básica de Saúde (UBS), por meio da atenção básica, atende o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, visando à atenção integral; sendo assim, a escola é um espaço privilegiado para atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), já que a promoção de saúde e a educação são estratégias interligadas e essenciais para qualquer projeto de saúde (Brasil, 2009).

Na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino (ensino fundamental, ensino médio, rede federal de educação profissional e tecnológica, educação de jovens e adultos), foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE) por Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resultante de uma articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura. O PSE tem, entre seus objetivos, articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de educação básica, a

fim de ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis (Brasil, 2007).

A escola é espaço de grande relevância para promoção da saúde, principalmente quando exerce papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida, com opção por atitudes mais saudáveis. As iniciativas de promoção da saúde escolar constituem ações efetivas para a consecução dos objetivos citados, o que pode ser potencializado no Brasil pela participação ativa das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), sempre em associação com as equipes de educação (Demarzo & Aquilante, 2008).

As avaliações clínicas periódicas multidisciplinares permitem identificar e atuar sobre fatores de risco, de forma preventiva, contribuindo para redução da morbidade e mortalidade (Brasil, 2009). Na ESF, são empregados métodos de trabalho alicerçados em ciências como a sociologia e a psicologia, com o propósito de promover a qualidade de vida e a prevenção dos fatores que colocam em risco a saúde da família. A educação em saúde é um passo importante na utilização de tais métodos. A saúde e a educação são processos que, por sua contribuição mútua para o indivíduo e a sociedade, necessitam caminhar juntas na formação do cidadão (Ditterich, Gabardo, & Moysés, 2009).

O PSE preconiza que crianças, adolescentes e jovens escolares tenham acesso, pelo menos uma vez por ano, preferencialmente nos inícios dos períodos letivos, à avaliação clínica e psicossocial. O objetivo dessas avaliações deve ser o de fomentar o desenvolvimento físico e mental saudáveis, em cada fase da vida do escolar, oferecendo cuidado integral, de acordo com as necessidades de saúde detectadas. Na prática, essas avaliações permitem observar o crescimento e desenvolvimento dos estudantes (inclusive no que diz respeito aqueles com deficiência e aos aspectos de saúde mental) e cuidar da manutenção de um estado de saúde geral adequado (Brasil, 2007).

Não há dificuldade em constatar que o enfermeiro é o primeiro profissional de saúde nos Programas Saúde da Família (PSF) das UBS, escolas entre outros, com a qual as famílias das crianças e adolescentes mantêm o primeiro contato. Para tanto, deve manter-se atualizado, buscando conhecimento e subsídios para que os cuidados de enfermagem às crianças e adolescentes com o TDAH sejam realizados de maneira competente (Anflor, 2014).

Como gestor de equipes de saúde ou na liderança de equipes de enfermagem, deve prover para que toda equipe seja capacitada, através de palestras, treinamentos, vídeos, simpósios e cursos. É relevante a atuação do enfermeiro na problemática do TDAH. Assim, juntamente com a família e a escola, poderá adotar estratégias para minimizar o sofrimento

das crianças, pois o transtorno desestrutura a vida familiar e social, inteferindo no desenvolvimento emocional, comportamental e social do indivíduo (Anflor, 2014).

O enfermeiro é fundamental no reconhecimento do TDAH, pois, através do acompanhamento no âmbito do cuidado à saúde no PSF, baseando-se em ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação de agravos na infância, ligados ao crescimento e desenvolvimento infantil, reconhecendo os sintomas do transtorno, poderá tomar providências cabíveis, referenciando a criança para um atendimento especializado, orientando também a família. É de suma importância o conhecimento da realidade do meio em que vive a criança, tanto familiar como em comunidade, para poder formular um plano de cuidados adequado conforme as suas necessidades. Desta forma, torna-se fundamental o completo conhecimento da complexidade dessas condições, a fim de estabelecer um vínculo entre paciente, profissional e família, para uma melhor orientação, organização dos cuidados e avaliação de possível apoio na educação e na vida emocional de ambos (Nascimento, Silva, Silva, Sousa, & Wanderley, 2016).

#### **4. Considerações finais**

Conforme as questões foram sendo respondidas, observou-se que os docentes, em sua vida acadêmica, tiveram pouca abordagem em relação aos transtornos. Diante das respostas, percebe-se que estão mais preocupados em resolver as situações pedagógicas que surgem em consequência dos transtornos que os alunos possam apresentar, referindo, em momentos esporádicos, a tentativa de solucionar o problema através da busca de auxílio dos profissionais da saúde. Além disso, existe a dificuldade de aceitação e a incompreensão dos pais em relação aos transtornos, deixando ao docente e à escola a solução do problema.

Faz-se necessária uma maior integração entre as áreas da saúde e da educação, com docentes que se habilitem através de cursos e capacitações na área da saúde, e com profissionais da saúde que se aproximem mais da escola através dos programas de saúde pública, cabendo ao enfermeiro preencher esta lacuna, apresentando os programas e as políticas do sistema de saúde na escola, além de atuar como prestador de cuidados, educador de saúde e conselheiro, e, juntamente com os pais, docentes, outros profissionais de saúde e serviços sociais procurar a melhor solução para cada problemática existente.

Este apoio e trabalho em conjunto para um diagnóstico mais preciso, determina uma intervenção direta para o tratamento da doença, pois, quanto mais precoce o início do tratamento, melhor será a qualidade de vida desse indivíduo.

Cabe também as universidades, faculdades e escolas preparatórias de docentes, incluïrem em suas metodologias de ensino, abordagens mais aprofundadas sobre o assunto e orientações para busca de soluções dos problemas de saúde através das políticas públicas de saúde.

No mesmo sentido, acreditamos que trabalhos científicos que permeiem estes temas sejam relevantes, devam ser realizados e irão auxiliar tanto na educação quanto para os profissionais de saúde para a condução e tratamento dos casos.

## Referências

Algeri, S., & Zottis, H. A G. (2008). *Atribuições do enfermeiro no cuidado à criança com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.

Anflor, E. P. (2014). Cuidados de Enfermagem à criança e adolescentes com Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade: uma revisão integrativa. 2014. 31 f. *Monografia* (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Barkley, R. A. (Org.). (2008). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: manual de diagnóstico e tratamento*. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed.

Brasil. (1996). *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1996 dez 23; Seção 1:27833.

Brasil. (2007). *Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007*. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2007 dez 6; Seção 1:2.

Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3a. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Recuperado em 14 de abril de 2019, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_crianca\\_adolescente\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_crianca_adolescente_3ed.pdf).

Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Básica. Departamento de Atenção Básica. *Saúde na escola*. Série B. Textos básicos de saúde. Caderno de atenção básica, n. 24. Brasília (DF): Ministério da saúde. Recuperado em 14 de abril de 2019, de [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd24.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd24.pdf).

Brasil. (2010). Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei nº 7.081-C, de 2010*. Dispõe sobre o diagnóstico e o tratamento da dislexia e do Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade na educação básica. Recuperado em 2 de maio de 2019, de [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=A1D0602707145381CABAD225961E88AA.proposicoesWeb2?codteor=1373328&filename=Avulso+-PL+7081/2010](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A1D0602707145381CABAD225961E88AA.proposicoesWeb2?codteor=1373328&filename=Avulso+-PL+7081/2010).

Cagliari, L. (2003). *Alfabetização e linguística*. São Paulo: Editora Scipione.

Carvalho, R. E. (2004). *Educação Inclusiva: com os pingos nos "is"*. Porto Alegre: Mediação.

Conselho Nacional de Educação. *Resolução CNE/CEB nº 2, de 11 de setembro de 2001*. (2001). Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2001 set 14; Seção 1:39-40.

Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. (2012). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2013 jun 13; Seção 1:59.

Cunha, N. (1997). *Brincar, pensar e conhecer: brinquedos, jogos e atividades*. São Paulo: Maltese.

Currie, J., & Stabile, M. (2006). Child mental health and human capital accumulation: The case of ADHD. *EconPapers*, 25 (6), 1094-1118.

Demarzo, M. M. P., & Aquilante, A. G. (2008). Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. In: *Programa de Atualização em Medicina da Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artemed Pan-Americana.

Ditterich, R. G., Gabardo, M. C. L., & Moysés, S. J. (2009). As Ferramentas de Trabalho com Famílias Utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de Curitiba, PR. *Saúde e Sociedade*, 18 (3), 515-524.

Farias, A. C., & Cordeiro, M. L. (2008). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): diagnóstico, etiologia, tratamento, prognóstico e mitos. In: Weber, L. (Org.). *Família e desenvolvimento: visões interdisciplinares*. Curitiba: Juruá Editora. p. 132-144.

Filho, E. P. N., Bueno, J. R., & Nardi, A. E. (2001). *Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais*. São Paulo: Atheneu.

Garfinkel, C. (1992). *Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Goldstein, S., & Goldstein, M. (1994). *Hiperatividade: Como desenvolver a capacidade de atenção da criança*. Campinas: Papirus Editora.

Graeff, R. L., & Vaz, C. E. (2008). Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Psicologia USP*, 19 (3), 341-361.

Hojman, H. (2008). The danger of shortcuts in diagnosing children and adolescents. *The brown University Child and adolescent Behavior Letter*, 24 (7), 1-7.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). Panorama, 2015. Recuperado em 3 de abril de 2019, de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/estrela/panorama>.

Institute for Clinical Systems Improvement. (2007). Preventive services for children and adolescents, 2007. Recuperado em 20 de abril de 2019, de <http://www.icsi.org/preventive-service-for-children-guideline-/preventive-service-for-children-and-adolescents - 2531.html>.

Lorenzi, C. G., Rissato, G. B., & Silva, S. P. da. (2012). Sentidos construídos por educadores sobre transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e implicações para a prática educativa. *Saúde e Transformação Social*, 3 (2), 84-95.

Moraes, C. de, Silva, F. M. B. N., & Andrade, Ê. R. de. (2007). Diagnóstico e tratamento de transtorno bipolar e TDAH na infância: desafios na prática clínica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (s. 1), 19-24.

Muzetti, C. M. G., & Luca-Vinhas, M. C. Z. de. (2011). Influência do déficit de atenção e hiperatividade na aprendizagem em escolares. *Psicologia Argumento*, 29 (65), 237-248.

Nascimento, E. S. do, Silva, G. M. S. da, Silva, L. F. A. M. da, Sousa, V. J. de, & Wanderley, T. da C. (2016). Conhecimento de enfermeiros sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. 2016. 14 f. *Monografia* (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário Tabosa de Almeida, Caruaru, PE, Brasil.

Naves, E. C. V., & Castro, E. M. (2012). A hiperatividade no contexto escolar. *Cadernos da FUNCAMP*, 10 (13), 56-70.

Oliveira, R. M. do N. (2014). O professor e a inclusão do aluno com déficit de atenção e hiperatividade. In: Paraná (Estado). Secretaria de Estado da Educação. Programa de Desenvolvimento Educacional (PDE). *Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor PDE*. v. 1. Jacarezinho: Governo do Estado do Paraná.

Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica [recurso eletrônico]*. 3a. Ed. Santa Maria (RS): UFSM, NTE. Recuperado em 25 de outubro de 2019, em [https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic\\_Computacao\\_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1).

- Pires, T. de O. (2011). Fatores psicossociais relacionados ao transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em escolares do município de São Gonçalo. 2011. 85 f. *Dissertação* (Mestrado em Ciências, na área de Epidemiologia em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Polanczyk, G. V. (2008). Estudo da prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância, adolescência e idade adulta. 2008. 160 f. *Tese* (Doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Rohde, L. A., Busnello, E. D'A., Chachamovich, E., Vieira, G. M., Pinzon, V., & Ketzer, C. R. (1998). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: revisando conhecimentos. *Revista ABP-APAL*, 20 (4), 166-178.
- Rohde, L. A., Barbosa, G., Tramontina, S., & Polanczyk, G. (2000). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (s. 2), p. 7-11, 2000.
- Rohde, L. A., & Halpern, R. (2004). Recent advances on attention deficit/hyperactivity disorder. *Jornal de Pediatria*, 80 (2) (s. 1), 61-70.
- Sampaio, A. S. (2008). Hiperatividade e Terapia Cognitiva Comportamental: Uma revisão de literatura. Recuperado em 15 de abril de 2019, de <https://docplayer.com.br/17056190-Hiperatividade-e-terapia-cognitiva-comportamental-uma-revisao-de-literatura.html>.
- Sanseverino, M. (2005). *Hiperatividade*. Revista do Educador. Guia Prático para Professores de Educação Infantil, v. 3, n. 30. Cotia (SP).
- Santos, L. de F., & Vasconcelos, L. A. (2010). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (4), 717-724.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2005). *Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-cirurgica*. 10a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Vasconcelos, M. M., Werner Jr. J., Malheiros, A. F. de A., Lima, D. F. N., Santos, Í. S. O., & Barbosa, J. B. (2003). Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61 (1), 67-73.

Wagner, F., Rohde, L. A., & Trentini, C. M. (2016). Neuropsicologia do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Modelos Neuropsicológicos e Resultados de Estudos Empíricos. *Psicologia USF*, 21 (3), 573-582.

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Maria Nirce Wendt – 25%

Paula Michele Lohmann – 25%

Arlete Eli Kunz da Costa – 25%

Eliane Lavall – 25%