



ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Educação
Fundação Catarinense de Educação Especial
Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional da Grande Florianópolis
Gerência de Educação da Grande Florianópolis

**INVESTIGAÇÃO DE ALTERNATIVAS METODOLÓGICAS
PARA A IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO
EDUCACIONAL ESPECIALIZADO – SAEDE – PARA
EDUCANDOS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)**

São José (SC)
2011



ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Educação
Fundação Catarinense de Educação Especial
Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional da Grande Florianópolis
Gerência de Educação da Grande Florianópolis

**Serviço de Atendimento Educacional
Especializado – SAEDE para educandos com
diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção
e Hiperatividade (TDAH)**

São José (SC)
2011



ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Educação
Fundação Catarinense de Educação Especial
Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional da Grande Florianópolis
Gerência de Educação da Grande Florianópolis

**Investigação metodológica para implantação
do Serviço de Atendimento Educacional
Especializado – SAEDE para educandos com
diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção
e Hiperatividade (TDAH)**

GOVERNADOR DO ESTADO
João Raimundo Colombo

VICE-GOVERNADOR
Eduardo Pinho Moreira

SECRETÁRIO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
Marcos Antônio Tebaldi

SECRETÁRIO ADJUNTO DA EDUCAÇÃO
Eduardo Deschamps

PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL
Rosemeri Bartucheski

DIRETOR ADMINISTRATIVO
Leandro Domingues

DIRETORA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
Raquel Santos Rachadel da Silva

GERENTE DE PESQUISA E CONHECIMENTOS APLICADOS
Carmem Cunha Halsey

GERENTE DE CAPACITAÇÃO, EXTENSÃO E ARTICULAÇÃO
Juliana Luchi Schmitz

SUPERVISORA DE ATIVIDADES EDUCACIONAIS EXTENSIVAS
Edite Sehnem

SUPERVISORA DE ATIVIDADES EDUCACIONAIS NUCLEARES
Janice Aparecida Steidel Krasniak

SECRETÁRIO DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO
REGIONAL – GRANDE FLORIANÓPOLIS
Renato Luiz Hinnig

GERENTE DE EDUCAÇÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS
Mario Benedet Filho

SUPERVISORA DE EDUCAÇÃO BÁSICA E PROFISSIONAL DA GERÊNCIA
DA GRANDE FLORIANÓPOLIS
Zulmara Luiza Gesser

INTEGRADORA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL E DIVERSIDADE DA GERÊNCIA
DA GRANDE FLORIANÓPOLIS
Ivone Schaefer

PESQUISADORAS

Márcia Andréa dos Santos Silva Mafra
Maria Aparecida Santos da Silva Garcia

ESCOLAS PARTICIPANTES

EEB Celso Ramos
EEF Marcília de Oliveira
EEB Oswaldo Rodrigues Cabral
EEB Tânia Mara
EEB Henrique Estefano Koerich
EEB Américo Vespúcio
EEB Nossa Senhora da Conceição
EEF Venceslau Bueno
EEB José Boiteux
EEB Governador Pedro Ivo
EEB Aldo Câmara

COLABORADORAS

Flora Tereza C. Rodrigues
Márcia de Souza Lehmkuhl
Maria Nilza E'ckel

REVISÃO TÉCNICA

Edite Sehnem
Janice Aparecida Steidel Krasniak
Sergio Otavio Bassetti

Elaboração dos originais:

Márcia Andréa dos Santos Silva Mafra

Licenciada em Pedagogia pela Universidade Federal de Santa Catarina, com habilitação em Deficiência Auditiva, com Pós-Graduação – Mestrado – Psicopedagogia. Atua há 16 anos na área da educação.

Maria Aparecida Santos da Silva Garcia

Licenciada em Pedagogia pela UNIVALI, com habilitação em Educação Infantil e Séries Iniciais, com complementação em Educação Especial. Atua há 10 anos na educação.

Ficha catalográfica elaborada por: Ineida Pastro Krowczuk CRB - 14/1238 e
Laura da Rosa Bourscheid CRB-14/983

S231i SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Educação. Fundação Catarinense de Educação Especial.

Investigação Metodológica para a Implantação do Serviço de Atendimento Educacional Especializado-SAEDE para educandos com diagnóstico de Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade/TDAH/Secretaria de Estado da Educação. Fundação Catarinense de Educação Especial. Mafra, Márcia Andréa dos Santos Silva, et.al. São José. FCEE, 2011

96 p.

1. Educação Especial - Hiperatividade. Mafra, Márcia Andréa dos Santos Silva.

I. Título

CDD 371.009

*Dedicamos este estudo aos educadores que “batalham”
por uma educação genuinamente inclusiva.*

AGRADECIMENTOS

Em especial, aos educandos que participaram desta pesquisa, sem os quais não seria possível a realização deste estudo, e a seus familiares, pela confiança e carinho demonstrados.

À Associação de Pais e Educandos – APE da Fundação Catarinense de Educação Especial.

Às escolas e aos educadores que participaram, desde a coleta de dados, até a conclusão desta pesquisa.

À Gerência de Educação da Grande Florianópolis, na pessoa da Integradora de Educação Especial e Diversidade, Ivone Schaefer, pela confiabilidade.

À Secretaria de Estado da Educação, por autorizar a realização desta pesquisa de cunho científico, com conjunturas para todo o Estado catarinense.

À Escola de Educação Básica Governador Ivo Silveira, localizada no centro do município de Palhoça, por ter cedido um espaço que chamamos de polo, para atendimento dos educandos de outras escolas com o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), mesmo não tendo nesta escola nenhum educando elegível para a pesquisa.

À Supervisora de Atividades Educacionais Nucleares, Janice Aparecida Steidel Krasniak, e à Coordenadora do Centro de Capacitação de Profissionais de Educação e de Atendimento às Pessoas com Surdez – CAS, Patrícia Amaral, ambas da FCCE, por terem cedido espaço à pesquisadora e copesquisadora para a escrita deste relatório.

Agradecemos aos orientadores técnicos Edite Sehnem e Sérgio Otávio Bassetti, da Fundação Catarinense de Educação Especial, pelos ensinamentos e por terem compartilhado momentos de angústia e de realizações.

À Prefeitura Municipal de Santo Amaro da Imperatriz, na pessoa da profissional técnica em educação especial Nilva Arminda Buchner Schaden, pelo empréstimo de alguns jogos que contribuíram qualitativamente com o desenvolvimento desta pesquisa, e por ter confiado nos frutos deste estudo.

Às colegas de trabalho da educação especial da Gerência de Educação da Grande Florianópolis pelo apoio oferecido.

SUMÁRIO

Prezado leitor	17
APRESENTAÇÃO	19
INTRODUÇÃO	21
1. OS CAMINHOS PERCORRIDOS	23
1.1 Os percalços no caminho	23
1.2 Os êxitos no caminho.....	25
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	26
3. CONHECENDO UM POUCO MAIS SOBRE TDAH	28
DESATENÇÃO:	29
HIPERATIVIDADE:	29
4. PÚBLICO ALVO E O LOCAL DA PESQUISA	33
4.1 Síntese da dinâmica das intervenções:	34
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
Mas, afinal, o que é atenção e concentração?	72
BIBLIOGRAFIA	79
ANEXOS.....	83

Prezado leitor,

Fomentar e difundir o conhecimento científico e tecnológico na área da Educação Especial é a missão primordial da Fundação Catarinense de Educação Especial, instituição para a qual não temos medido esforços para respaldar todas as ações, dando apoio necessário a experiências inovadoras que possam mudar a vida das pessoas.

A pesquisa **Investigação metodológica para a implantação do Serviço de Atendimento Educacional Especializado – SAEDE para educandos com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)** é a materialização de um trabalho em equipe dos profissionais da Fundação Catarinense de Educação Especial e da Gerência Regional de Educação da Grande Florianópolis, que visa subsidiar as ações voltadas para um público alvo da Política de Educação Especial do Estado de Santa Catarina.

Ressaltamos que por ser uma pesquisa desenvolvida por técnicos que atuam diretamente nesta área, seu valor ainda é mais expressivo, exatamente porque foi elaborada e desenvolvida por quem conhece, vive e cuida das pessoas em primeiro lugar.

Esta pesquisa irá subsidiar o trabalho desenvolvido pelos profissionais da área da educação que atuam com educandos com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, rompendo com diversos estigmas existentes.

Que a leitura desta pesquisa seja uma experiência rica, que venha contribuir com a implementação da política de educação especial de qualidade em Santa Catarina.

João Raimundo Colombo

Governador do Estado

APRESENTAÇÃO

O Programa Pedagógico da Política de Educação Especial de Santa Catarina institui as diretrizes dos Serviços de Atendimento Educacional Especializado – SAEDEs, para educandos com deficiência, matriculados nas escolas do ensino regular.

Este mesmo documento propõe a implantação de SAEDEs para alunos com condutas típicas e altas habilidades, fato este que requer a realização de estudos e pesquisas para a definição das diretrizes destes novos serviços.

Como Presidente da Fundação Catarinense de Educação Especial e Dirigente de Educação Especial, é com satisfação que apresento esta pesquisa, que foi realizada no período de setembro de 2008 a dezembro de 2011, e teve como objetivo a investigação de metodologia para a implantação do Serviço de Atendimento Educacional Especializado – SAEDE para educandos com o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) com ou sem deficiência ou comorbidades associadas.

Trabalhar num projeto de pesquisa requer espírito investigativo, coragem de rever conceitos, aprofundá-los e ao mesmo tempo ter consciência de que, ao término da pesquisa, não teremos todas as respostas... algumas sim e, ao mesmo tempo, outras interrogações que demandarão novos estudos e pesquisas.

Um dos êxitos desta pesquisa foi, sem dúvida, a possibilidade de instituir as diretrizes básicas para a implantação de SAEDE/TDAH nas escolas da rede estadual de ensino, possibilitando o atendimento aos educandos com este diagnóstico nas escolas da rede pública estadual de ensino, efetivando o compromisso do poder público estadual com o processo de inclusão.

Merece destaque, no término desta pesquisa, a responsabilidade e o compromisso com o estudo e a pesquisa por parte da pesquisadora e copesquisadora, ambas profissionais contratadas pela GERED da Grande Florianópolis, parceira da Fundação Catarinense de Educação Especial no desenvolvimento do presente trabalho que ora apresentamos ao Estado.

“Todos somos iguais, o que nos difere são as oportunidades que temos na vida”.

Rosemeri Bartucheski

Presidente da Fundação Catarinense de Educação Especial

Dirigente de Educação Especial de Santa Catarina.

INTRODUÇÃO

A educação formal, acadêmica, com profissionais formados por escolas e/ou universidades legalmente reconhecidas, é um ato social, que deve ser para todos. Sendo assim, é primordial que os profissionais da educação pensem ou reflitam, cotidianamente a respeito da prática pedagógica, dos recursos, estratégias e procedimentos utilizados não apenas em sala de aula, mas em todo contexto acadêmico para tornar o processo de ensino e aprendizagem cada vez mais produtivo e prazeroso, tanto para os educandos quanto para os próprios educadores. Sabe-se que ainda hoje, alguns educadores desenvolvem suas atividades centradas num padrão determinado de aluno, de pensamento, de aprendizagem, de ensino e de comportamento, o que por vezes, torna a tarefa de ensinar e de aprender difícil para todos aqueles envolvidos no processo.

Quanto à educação especial, sua área de abrangência, historicamente vem sofrendo alterações. O Ministério da Educação – MEC, em 1994, estabeleceu esta classificação como segue: deficiência auditiva, física, visual, mental e múltipla, condutas típicas e altas habilidades. Quanto às condutas típicas, o MEC e depois o Estado de Santa Catarina, em 1996, definiram como sendo “... manifestações de comportamentos próprios de síndromes, que ocasionam atrasos na aprendizagem, comprometendo o desenvolvimento e acarretando prejuízos no seu relacionamento social” (SANTA CATARINA, 1996). Pode-se perceber que nesta definição muitos quadros poderiam ser incluídos, o que a tornava muito ampla.

O Estado de Santa Catarina, por intermédio da Fundação Catarinense de Educação Especial – FCEE e da Secretaria de Estado da Educação – SED formula uma nova política de educação especial, em 2006, a qual foi regulamentada pela Resolução nº 112, de 12 de dezembro do mesmo ano, do Conselho Estadual de Educação, e homologada pelo Decreto nº 4.490, de 15 de dezembro de 2006, da Secretaria de Estado da Educação. Essa política manteve como elegíveis as pessoas com deficiência, condutas típicas e altas habilidades/superdotação. Nesta Resolução está definido o conceito de condutas típicas para o Estado de Santa Catarina:

A pessoa com condutas típicas é aquela que apresenta manifestações típicas dos seguintes quadros, de maneira isolada ou combinada:

I. Transtorno hipercinético ou do déficit de atenção por hiperatividade/impulsividade se caracteriza pela combinação de comportamento hiperativo com desatenção marcante;

II. Transtornos invasivos do desenvolvimento se caracterizam por anormalidades qualitativas em interações sociais recíprocas e em padrões de comunicação e, por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo.

Essa Política concebeu que nesta área são necessárias articulações que contemplem verdadeiramente as necessidades das pessoas público alvo da educação especial. Assim, instituiu programas de

educação especial com o fundamento de compartilhamento de responsabilidades, principalmente entre as Secretarias Setoriais de Estado: Reabilitatório, Profissionalizante, Assistência Social e Pedagógico.

O Programa Pedagógico estabelece diretrizes dos serviços de educação especial com o objetivo de qualificar o processo de ensino e aprendizagem dos educandos com deficiência, condutas típicas e altas habilidades, matriculados no ensino regular.

Entre estes serviços está o Serviço de Atendimento Educacional Especializado – SAEDE, que foi implementado nas áreas da deficiência mental (antes Serviço de Apoio Pedagógico), deficiência visual e deficiência auditiva (antigas Salas de Recursos). Neste mesmo documento existe a proposta de implantação de outros SAEDEs, entre eles o SAEDE/TDAH. Importante salientar que já existe no Estado de Santa Catarina o Serviço de Atendimento Educacional Especializado para deficiência mental, visual e auditiva.

O presente documento tem por objetivo relatar a pesquisa “Investigação metodológica para a implantação do Serviço de Atendimento Educacional Especializado – SAEDE para educandos com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), realizada em 7 (sete) escolas da rede estadual de ensino de Santa Catarina, localizadas nos municípios de Florianópolis, São José, Biguaçu e Palhoça.

Estas escolas da rede regular de ensino são gerenciadas pela Gerência de Educação – GERED, órgão responsável pela Educação Básica (ensino fundamental, médio e modalidades) dos 13 municípios que compõem a Grande Florianópolis, nas quais são matriculados educandos com diferentes diagnósticos: deficiência mental, surdez, cegueira, surdo cegueira... Para atender as prerrogativas prescritas no Programa Pedagógico são implantados nas escolas o Serviço de Atendimento Educacional Especializado (SAEDEs) e/ou o Atendimento em Classe – AC¹ com objetivo de qualificar o processo de aprendizagem desses educandos.

Em relação às crianças/adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) com a sintomatologia exacerbada, também se disponibiliza 1 (um) professor, conforme os critérios estabelecidos no Programa Pedagógico. Todavia, percebemos que, na maioria das vezes, não foi suficiente apenas esta contratação, no sentido de ampliar a qualidade da ação pedagógica, sendo necessária uma investigação de cunho científico que colaborasse com os processos de aprendizagens destes educandos.

No primeiro capítulo encontram-se Os caminhos percorridos, Os percalços no caminho e Os êxitos no caminho. O segundo capítulo abordará a Fundamentação Teórica, com um breve resumo da história da educação especial. No terceiro capítulo, o leitor estará Conhecendo um pouco sobre TDAH. No quarto capítulo está o Público Alvo e o local da pesquisa e a Síntese da Dinâmica das Intervenções. No quinto e último capítulo, as Considerações Finais. Esperamos que, de alguma forma, esta pesquisa contribua para a melhor atuação dos profissionais da educação, e também possibilita espaços inclusivos para os educandos com TDAH.

¹ Tipos de Atendimento em Classe - AC: 2º professor, professor guia-interprete, professor bilíngue, professor interprete e instrutor de Libras (SANTA CATARINA, 2009 b, p 16).

1. OS CAMINHOS PERCORRIDOS

Esta pesquisa foi pensada, inicialmente, para ser desenvolvida por uma pesquisadora com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, em 3 (três) escolas da rede estadual de ensino, todas localizadas no município de Biguaçu (Escola de Ensino Fundamental Areias de Cima, Escola de Educação Básica Eloísa Maria Prazeres e Escola de Educação Básica Avelino Muller). Optou-se por este município, em função do maior número de crianças com o diagnóstico de TDAH (sem outros transtornos ou deficiências associadas) matriculados nas escolas, e também pela agilidade na locomoção da pesquisadora, considerando a proximidade geográfica entre as escolas e por ser um serviço itinerante².

1.1 Os percalços no caminho

No momento da apresentação do Projeto de Pesquisa – Carta de Apresentação (Anexo 1) às escolas, pela Integradora de Educação Especial e Diversidade e pela Pesquisadora, essas foram informadas pela Diretora de uma das escolas que um dos educandos triado para a pesquisa foi transferido para outro município. A gestora da outra escola comunicou que os 2 (dois) educandos eram atendidos por uma instituição especializada na área da deficiência intelectual, portanto, inelegíveis aos critérios da pesquisa.

Dessa forma, o universo da pesquisa ficou restrito a um educando e a uma escola, tornando-se um estudo de caso, que não contemplaria a proposta de investigação de alternativas metodológicas para o atendimento deste SAEDE.

Relatando o fato às orientadoras da pesquisa da Fundação Catarinense de Educação Especial – FCEE, “voltamos ao começo”, ou seja, realizar novamente análise dos processos³, número de escolas, número de educandos, localização geográfica, carga horária da pesquisadora. Importante explicitar que, durante o ocorrido, o número de processos solicitando um segundo professor para os educandos com TDAH nas diversas escolas dos municípios da Grande Florianópolis aumentou significativamente, em função disso, constatamos a necessidade de mais 40 (quarenta) horas para a pesquisa. Assim sendo, oficializamos à Secretaria de Estado da Educação a solicitação por meio de um processo analisado pela equipe técnica da FCEE, a contratação de mais 01 (um) professor com a carga horária de 40 horas/semanais para atuar como copesquisadora, ou seja, não receberia as orientações técnicas, pedagógicas e psicológicas pertinentes à pesquisa (grupo piloto).

Conforme mencionado, em decorrência da distância entre as escolas, a equipe de orientação da pesquisa da FCEE e a pesquisadora analisaram e distribuíram-nas conforme segue:

² Segundo o Programa Pedagógico, serviço itinerante ocorre quando não houver possibilidade de acesso do aluno ao polo, ou não houver número mínimo de alunos para compor turma, deverá ocorrer o deslocamento sistemático do professor – atendimento itinerante – para as escolas nas quais os alunos estão matriculados, garantindo-lhes atendimento semanal.

³ Trata-se das solicitações das escolas estaduais à GERED/FCEE/SED de 2º professor (AC), atendimento domiciliar, intérprete e instrutor.

Pesquisadora com carga horária de 20 (vinte) horas semanais atuaria em:

- EEB Eloísa Prazeres (município de Biguaçu);
- EEB Oswaldo Rodrigues Cabral (município de São José);
- EEB Nossa Senhora da Conceição (município de São José)⁴.

Copesquisadora com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais atuaria em:

- EEB Henrique Estefano Koerich (município de Palhoça);
- EEB Pedro Ivo Campos (município de Palhoça);
- EEB Dom Jaime de Barros Câmara (município de Palhoça);
- EEB Venceslau Bueno (município de Palhoça);
- EEB Celso Ramos, atendimento matutino e vespertino (município de Florianópolis);
- EEB Lauro Muller (município de Florianópolis);
- EEB José Boiteux (município de Florianópolis);
- EEB Américo Vespúcio (município de São José);
- EEB Aldo Câmara (município de São José);
- EEB Conselheiro Manoel Philippi (município de Águas Mornas)⁵.

Prudente deixar claro que, durante este processo de análise dos diagnósticos até a efetivação da prática, alguns percalços aconteceram, a saber:

Equívoco da escola quanto ao turno da frequência dos educandos. O que demandou em refazermos os horários de atendimentos, uma vez que, tanto a pesquisadora, quanto a copesquisadora, tiveram que se deslocar às escolas. Outro momento que requereu tempo se refere ao horário dos transportes coletivos, incompatíveis para a locomoção da pesquisadora e copesquisadora às escolas, explicitando que o atendimento aconteceu de forma itinerante. A indisponibilidade da família em levar o filho à escola com SAEDE (serviço implantado em uma unidade escolar), em virtude dos pais/responsáveis, trabalharem e não ter como levá-lo aos atendimentos realizados no contraturno foi outro fato. Nesses casos, tivemos que fazer nova análise dos diagnósticos e da proximidade geográfica das escolas para ingresso de outros educandos.

Outro fato que merece destaque foi à condição imposta por uma das famílias para que seu filho participasse da pesquisa. Esta condição estava relacionada à “cura” do filho pela pesquisadora.

Neste sentido, entendemos que:

Os sentimentos de que temos consciência podem ser comparados à ponta visível de um iceberg sua parte menor, enquanto o grosso de seu volume, como nossos sentimentos e motivos inconsciente, permanecem submerso e invisível (...). Nesse sentido e tendo como parâmetros o relato dos pais, entendemos que “... sempre que emoções profundas nos levam a agir, é provável que motivos

⁴ Educando com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção (TDA).

⁵ Em relação ao município de Águas Mornas, a pesquisa não foi realizada em função da escassez do transporte coletivo.

inconscientes também estejam atuando, isto é, motivos de cuja existência não nos apercebemos. Nosso comportamento é, portanto, 'sobre determinado', o que quer dizer que, embora percebamos alguns de nossos motivos, outros, que também influenciam nosso comportamento, permanecem inconscientes, e quase sempre são esses que, fundamentalmente nos impulsionam. Nessas instâncias, nossas ações, assim como nossos pensamentos e sentimentos, resultam de confluência de muitas correntes diferentes, de variados resíduos de experiência e sentimentos bem mais antigos... (BETTELHEIM, 1997, *apud* SANTA CATARINA, 2002 p. 44)

Prudente dizer que, mesmo após a explicação do que é TDAH e o objetivo da pesquisa, os pais não autorizaram a participação do filho na pesquisa, porque a expectativa era relacionada à cura do filho, deixando transparecer sentimentos ambivalentes, principalmente relacionados à culpa, proteção e negação do transtorno.

1.2 Os êxitos no caminho

Podemos mencionar como êxito a participação da equipe técnica da FCEE na orientação do pré-projeto e do projeto para implantação do serviço. Sabemos que os técnicos têm outras atividades relacionadas à Instituição, e que nem sempre havia a disponibilidade para reuniões ou encontros para discutirmos a escrita do pré-projeto e, posteriormente, do projeto desta pesquisa. Salientamos que mesmo não havendo sistematicamente as orientações, nos momentos em que ocorreram, repercutiram significativamente, culminando com a efetivação desta.

Outro ponto positivo foi a capacitação em forma de curso (40 horas) tendo como tema o TDAH. Os docentes, todos com experiência na área, sugeriram alguns recursos para utilizarmos nos atendimentos, bem como elucidaram algumas dúvidas, não só à pesquisadora e à copesquisadora, mas também aos demais discentes.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Refletindo a respeito da educação especial em Santa Catarina, deparamo-nos com vários momentos de acertos e fragilidades em relação, principalmente a inclusão dos educandos com TDAH no sistema regular de ensino. Embora já fizessem parte do cotidiano escolar, muitas dessas crianças/adolescentes foram ignoradas ou estigmatizadas pelo comportamento e/ou atitudes de desatenção. Geralmente, “[...] indisciplinado para os professores, mal educado para as outras mães e evitado pelos coleguinhas [...]”. (SILVA, 2009, p. 60)

Importante dizer que algumas crianças apresentam tal comportamento, mas que não são diagnosticadas como TDAH. Para que assim sejam consideradas, há necessidade de observar características principais: distração, impulsividade e hiperatividade. E o que pode diferenciar uma criança com TDAH de outra que não o seja é a intensidade, a frequência e a constância de como elas acontecem, e a dificuldade em adequar-se a rotinas tão esquematizadas.

“[...] é preciso aprender a navegar em oceano de incertezas em meio a arquipélagos de certeza”. (MORIN, 2000, p. 17)

De acordo com a citação acima, é preciso questionar, duvidar, investigar o que parece óbvio, para que não cometamos injustiças e generalizações. As pessoas são diferentes, independente de possuírem ou não algum tipo de diagnóstico. Comumente é dito que todas as pessoas mais “agitadas” são hiperativas, sem saber ao certo o real conceito.

Muitos estudos aconteceram e acontecem em relação ao desenvolvimento humano e gradativamente novas obras abordam o TDAH, a exemplo de Rohde e Benczik (1999, p. 37) no qual consideram que o transtorno “[...] é um problema de saúde mental que tem três características básicas: a desatenção, a agitação ou hiperatividade e a impulsividade [...]”, ou conforme consta num informativo de um laboratório que fabrica medicamentos específicos ao transtorno: “TDAH é um distúrbio neurocomportamental [...] é a condição crônica de saúde de maior prevalência em crianças em idade escolar”.

Parafraseando Silva (2003, p. 20) o cérebro não é “defeituoso”, na verdade ele apresenta um funcionamento bastante peculiar, que acaba por trazer-lhe um comportamento típico, que pode ser responsável, tanto por suas melhores características, como por suas maiores angústias e desacertos vitais.

Para Antunes (2003, p. 20) “[...] a criança com TDAH constitui um imenso desafio para os pais, uma dificuldade para os professores, e se não compreendida, um suplício para ela mesma”. Portanto, faz-se necessário investir em propostas pedagógicas diversificadas, alternativas que contemplem a diversidade, que compreendam a heterogeneidade humana.

“Eu vivo sempre no mundo da lua, tenho alma de artista, sou um gênio sonhador e romântico [...]”.

Com base no pequeno trecho da música de autoria de Guilherme Arantes, refletimos sobre os chavões ditos por profissionais da educação institucionalizada e por pessoas de forma geral a respeito daqueles que são diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: “Ele vive no mundo da lua”; “Ele não sabe a hora de parar”, dentre outros. É nesse contexto escolar que começam as dificuldades quando a criança é solicitada a cumprir metas e seguir rotinas, executar tarefas, e é recompensada ou punida de acordo com a eficiência com que são cumpridas. Poucos professores conseguem entender e modificar a forma de pensar sobre estes educandos.

A intervenção escolar, que é necessária em alguns casos, pode facilitar o convívio destas crianças com os colegas e também evitar que elas se desinteressem pela escola.

Nem todas as pessoas conseguem demonstrar e controlar seus sentimentos e atitudes conforme as normas sociais, e quando não o fazem, são recriminadas, julgadas e excluídas. Assim:

A inclusão, como os demais movimentos provocados por grupos que historicamente foram excluídos da escola e da cidadania plena, é uma denúncia ao que Hannah Arendt chamou de “abstrata nudez”, pois é inovação incompatível com a abstração das diferenças, para chegar a um sujeito universal. Quando entendemos que não é a universalidade da espécie que define um sujeito, as suas peculiaridades, ligadas a sexo, etnia, origem, crenças, tratar as pessoas diferentemente pode enfatizar suas diferenças, assim como tratar igualmente os diferentes pode esconder as suas especificidades e excluí-los do mesmo modo; portanto, ser gente é correr sempre o risco de ser diferente. (MANTOAN, 2006, p. 17)

Incluir é muito mais que receber, é aceitar, é oportunizar, é considerar.

As interações sociais vividas pelas crianças são fundamentais para o desenvolvimento da memória seletiva, da abstração, da atenção concentrada e da intencionalidade na ação entre outras.

Para tanto, o olhar pedagógico deve estar voltado as mais variadas formas de manifestações dos educandos. Sendo o educador um fomentador da curiosidade, do desejo e necessidade de aprender, que traga como consequência o saber generalizado e específico para todos os educandos da turma.

“Em suma, a escola comum tem um compromisso primordial e insubstituível: introduzir o aluno no mundo social, cultural e científico; e todo ser humano, incondicionalmente, tem direito a essa introdução”. (BRASIL, 2007, p. 07)

Assim sendo, a escola deverá também primar pela aceitação e tolerância às diferenças.

Neste sentido, o Artigo 208, da Constituição Federal de 1988, prevê o atendimento educacional especializado preferencialmente na rede regular de ensino, e não o considera ensino particular ou reforço escolar, mas tem o objetivo de transcender as dificuldades peculiares dos educandos com deficiência. No caso desta pesquisa e apoiado no Programa Pedagógico (SED/FCEE) quando instituído na rede regular, poderá, mediante projeto, pesquisar alternativas metodológicas.

3. CONHECENDO UM POUCO MAIS SOBRE TDAH

Sempre soube que havia algo errado comigo, mas jamais atribuí o problema a um determinado transtorno, vivia acreditando que meus comportamentos se davam por pura falta de comprometimento com as tarefas que realizava, relaxo, preguiça e coisas do tipo. Na família ganhava apelidos como “pancada” o qual perdura até os dias de hoje, na escola, as professoras diziam que eu era muito inteligente, porém muito desatenta, e dessa maneira, tinha um desempenho satisfatório, porém aquém do esperado, o que, de certa forma, contribuiu para que ninguém levantasse a suspeita da ocorrência de um transtorno, pois nunca tive dificuldades para alcançar a média. E acredito que essa possa ser a biografia de muitas pessoas que identificam em si múltiplas capacidades, porém parecem sempre estar se autossabotando. (CORNACHINI, s.d.) ⁶

Constantemente ouvimos falar em crianças e adolescentes que estão a “mil”, que não conseguem ficar paradas e que correm de um lado para outro como se estivessem “fora de controle”, ou até mesmo quando não prestam atenção em nada, que se distraem com facilidade. Mas como compreender esse processo de desgaste emocional que os rotula de rebeldes, mal-educados, preguiçosos, indisciplinados?

As primeiras referências surgiram na metade do século XIX. Mas, somente no início do século XX começou-se a descrever o quadro clínico de forma mais sistemática.

Segundo Barkley, Russel A. (2010, p. 47):

Desde a década de 40, os psiquiatras têm aplicado rótulos variados às crianças hiperativas, desatentas e excessivamente impulsivas. As denominações variaram entre “disfunção cerebral mínima”, “lesão cerebral mínima”, “reação hipercinética da infância”, “síndrome da criança hiperativa” e, mais recentemente “transtorno do déficit de atenção e hiperatividade”. As mudanças frequentes refletem a incerteza sobre a etiologia e até sobre os critérios para um diagnóstico.

Nas décadas de 60 e 70 era comum justificar que a causa da hiperatividade devia-se a lesões ocorridas durante o parto, uma vez que, para atravessar o canal de parto, a cabeça precisava alterar o formato, e assim, os ossos do crânio sofriam pressões, alterações, compressões. Vasos sanguíneos cerebrais poderiam se romper em função destas compressões, daí, podendo causar a hiperatividade.

Os estudos sobre os sintomas e as causas começaram a ser esclarecidos nos anos 80 considerando a genética, ou seja, o TDAH não é um transtorno da falta de atenção isolada, mas, uma consequência de uma falha de desenvolvimento no cérebro responsável pela inibição e autorregulação, o que ocasiona prejuízos de outras funções cerebrais fundamentais para manter a atenção, entre elas planejar a ação.

⁶ Viviane Cornachini é Psicóloga Clínica, formada pela Universidade Católica de Santos. Interessou-se pelo tema a partir de uma aula sobre TDAH no curso de Psicologia, onde o professor, ao falar do assunto, parecia estar descrevendo sua vida e a de alguns de seus familiares. Desde então vem dedicando-se ao estudo deste tema, atendendo a adultos e crianças em Santos e em São Paulo, visando ajudá-los a entender e a conviver melhor com esta condição, que também é a sua.

Kaplan e Sadock (1984 *apud* LEITE e FERREIRA, s.d.): “Nos ensinam que não há características físicas específicas no TDAH. A sintomatologia tem início antes dos 7 anos de idade. Os marcos deste quadro são: desatenção, impulsividade e hiperatividade”.

O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM - IV (2002, p. 112) considera:

A característica essencial do Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade consiste num padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, mais frequente e grave do que aquele tipicamente observado nos indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento [...] Alguns sintomas hiperativo-impulsivos que causam comprometimento devem ter estado presentes antes dos 7 anos, mas muitos indivíduos são diagnosticados depois, após a presença dos sintomas por alguns anos [...].

Também no mesmo Manual é explicitado que, para estabelecer o diagnóstico, é necessário que a criança apresente sinais de desatenção e hiperatividade (seis ou mais), em período de tempo não menor que seis meses. Estes sinais envolvem algumas dificuldades:

DESATENÇÃO:

- prestar e ou manter atenção;
- demonstrar que está escutando quando lhe dirigem a palavra;
- organizar tarefas;
- seguir instruções;
- terminar tarefas ou atividades;
- lembrar-se dos compromissos diários;
- envolver-se em atividades que exijam esforço mental constante;
- zelar pelos seus objetos.

HIPERATIVIDADE:

- manter-se quieto quando o ambiente “solicita”;
- brincar ou envolver-se silenciosamente em atividade de lazer;
- escutar e esperar a vez para falar ou responder;
- em situação de jogos, brincadeiras, não conseguem aguardar a sua vez;
- falar com moderação;
- manter-se sentado sem agitar as mãos, pés ou pernas;
- não envolver-se em assuntos alheios.

Os sintomas devem estar presentes em pelo menos dois espaços, casa-escola e escola-trabalho, devem ser constantes e apresentar situações conflitantes nas relações sociais, acadêmicas ou de trabalho.

Góes (1999, p. 67) diz que a atenção pode ser definida como a capacidade de o indivíduo filtrar os estímulos de uma situação e manter-se focalizado neles por certo tempo, mesmo na presença de estímulos secundários. Sendo a atenção uma atividade cerebral, portanto, complexa, há de se considerar 3 (três) aspectos funcionais: a *seletividade*, a *persistência* e a *inibição*. A seletividade é a habilidade do indivíduo em manter-se focalizado em um estímulo central, quando outros fatores de distração estão presentes. A persistência é o tempo em que um indivíduo consegue manter-se focado e envolvido na tarefa (embora não haja um tempo padrão), crianças com TDAH apresentam mais fadiga mental. Já a falta de inibição é entendida como impulsividade, ou seja, é a rapidez no tempo entre o evento e a resposta que a pessoa dá. As respostas são impulsivas e geralmente equivocadas.

Ainda, segundo o DSM - IV:

Os hábitos de trabalho frequentemente são desorganizados e os materiais necessários para a realização da tarefa com frequência são espalhados, perdidos ou manuseados com desleixo e danificados. [...] Os indivíduos com este transtorno são facilmente distraídos por estímulos irrelevantes e habitualmente interrompem tarefas em andamento para dar atenção a ruídos ou eventos triviais que em geral são facilmente ignorados por outros (p. ex. a buzina de um automóvel, uma conversa ao fundo) [...]. Eles frequentemente se esquecem de coisas nas atividades diárias (p. ex. faltar a compromissos marcados, esquecer de levar o lanche para o trabalho ou a escola). (p. 112)

Na mesma obra:

A hiperatividade pode variar de acordo com a idade e o nível de desenvolvimento do indivíduo, devendo o diagnóstico ser feito com cautela em crianças pequenas. Os bebês e pré-escolares com este transtorno diferem de crianças ativas, por estarem constantemente inquietos e envolvidos com tudo à sua volta; eles andam para lá e para cá, movem-se “mais rápido que a sombra”, sobem ou escalam móveis, correm pela casa e têm dificuldades em participar de atividades sedentárias em grupo durante a pré-escola (p.ex. para escutar uma história).

As crianças, na sua maioria, apresentam comportamentos parecidos, são desatentas, impulsivas e exibem muita energia, mas com menor frequência ou intensidade. As crianças com TDAH têm dificuldade para permanecer sentado, levantam-se e remexem ou sentam na beira da cadeira. Simultaneamente mexem em objetos, com as mãos, balançam as pernas e os braços. No momento das refeições, de ver televisão, ou da realização dos deveres de casa, levantam-se com frequência. Podem fazer ruídos demasiados durante atividades tranquilas.

Segundo Leite e Ferreira (s.d.), “A criança fica bastante suscetível a acidentes, cria proble-

mas com os colegas e perturba o andamento da aula. Ainda na escola, pode iniciar rapidamente um trabalho, mas não terminá-lo. Pode ser incapaz de esperar a sua vez de ser chamada e responder pelos outros”. Em situações que exigem a atenção ou esforço mental constante, ou monótonas, por exemplo, escutar o professor, fazer as tarefas escolares, leituras extensas, a criança com TDAH pode tornar-se ainda mais impulsiva.

Importante dizer que estudos subsidiados por neurologistas e pesquisados pelo pedopsiquiatra alemão Johannes Hebebrand e equipe, citados na “Revista Doenças do Cérebro: hiperatividade e epilepsia”, que mapearam o cérebro de algumas crianças com TDAH, perceberam mutações genéticas. Os lobos frontal, parietal, temporal e o cerebelo dessas crianças eram menores, parecendo resultar em processamento anormal de informações nas áreas responsáveis pela emoção, pelo controle de impulsos e dos movimentos. Todavia, é de fundamental importância explicitar que tais alterações não são sinônimos de deficiência intelectual.

Outro fato que merece ser mencionado é que em algumas pessoas com TDAH poderá predominar a impulsividade ou a desatenção, são subtipos, a saber:

314.01 – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção e seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade persistem há pelo menos 6 meses. A maioria das crianças e adolescentes com o transtorno tem o Tipo Combinado. Não se sabe se o mesmo vale para adultos com o transtorno.

314.00 – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção (mas menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade) persistem há pelo menos 6 meses.

314.00 – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade (porém, menos de seis sintomas de desatenção) persistem há pelo menos 6 meses. A desatenção pode, com frequência, ser uma característica clínica importante nesses casos. (DSM - IV, 2002, p. 114)

É importante também lembrar que algumas pessoas com TDAH apresentam comorbidades, que é a coexistência de transtornos, ou seja, é a ocorrência simultânea de 2 (dois) ou mais problemas de saúde na mesma pessoa.

Os estudos epidemiológicos realizados em crianças portadoras de TDAH documentam uma incidência elevada de distúrbios psiquiátricos comórbidos (Rohde *et al.*, 1999) incluindo Transtornos Disruptivos de Comportamento (Transtorno Opositivo Desafiador, Transtorno de Conduta, Transtorno de Personalidade Anti-social): 30 a 50% (Biedemann, 1991); Transtorno de Aprendizagem Escolar: 20 a 80%; Transtorno de Ansiedade: 8 a 30% (Biedemann, 1991); Transtorno

do Humor: 15% e 75% (Biedemann, 2005), e Transtorno de Tics: 3,5 A 17% (Souza, 2003). (CORNACHINI, s.d.)

Para finalizar, outro fato que merece ser explicitado é que não existe teste, comprovado cientificamente, para diagnosticar o TDAH. É necessário coletar e analisar todas as informações: médicas, pedagógicas, psicológicas, comportamentais, observar a criança nos variados espaços, perceber como e por que se comporta dessa ou daquela forma, e por quanto tempo perduram estes comportamentos. Lembrando, o TDAH pode ser melhor descrito como uma forma exacerbada daquilo que pode ser um comportamento apropriado para a idade.

4. PÚBLICO ALVO E O LOCAL DA PESQUISA

Fizeram parte desta pesquisa 18 (dezoito) educandos com diagnóstico de TDAH sendo, 7 (sete) adolescentes e 11 (onze) crianças. Das 18 (dezoito), 4 (quatro) com deficiência intelectual associada, todas frequentando o ensino regular, conforme quadro abaixo:

Educando	Idade/série	Escola	Município	Escola/SAEDE	Município	Diagnóstico
R.C.	10 anos 4ª série	EEB Celso Ramos	Florianópolis	EEB Celso Ramos	Florianópolis	DI/TDAH e B.V
M.M.	14 anos 3ª série	EEB Celso Ramos	Florianópolis	EEB Celso Ramos	Florianópolis	DM/TDAH
M.F.	18 anos 4ª série	EEB Celso Ramos	Florianópolis	EEB Celso Ramos	Florianópolis	DM/TDAH
M.S.	13 anos 4ª série	EEF Marcília de Oliveira	São José	EEF Marcília de Oliveira	São José	DM/TDAH
J.N.	13 anos 4ª série	EEB Osvaldo R. Cabral	São José	EEB Osvaldo R. Cabral	São José	DA/TDAH
B.A.	09 anos 3ª série	EEB Tânia Mara	Biguaçu	EEB Tânia Mara	Biguaçu	TDAH
M.D.	10 anos 4ª série	EEF Marcília de Oliveira	São José	EEF Marcília de Oliveira	São José	TDAH
D.O.	09 anos 3ª série	EEB Henrique Estefano Koerich	Palhoça	EEB Governador Ivo Silveira	Palhoça	TDAH
A.E.	13 anos 7ª série	EEB Henrique Estefano Koerich	Palhoça	EEB Governador Ivo Silveira	Palhoça	TDAH
L.I.	08 anos 3ª série	EEB Henrique Estefano Koerich	Palhoça	EEB Governador Ivo Silveira	Palhoça	TDAH
S.F.	11 anos 4ª série	EEB Américo Vespúcio	São José	EEB Américo Vespúcio	São José	TDAH
R.F.	10 anos 3ª série	EEB Nossa Senhora da Conceição	São José	EEB Nossa Senhora da Conceição	São José	TDAH
N.A.	11 anos 6ª série	EEF Venceslau Bueno	Palhoça	EEB Governador Ivo Silveira	Palhoça	TDAH
N.R.	14 anos 6ª série	EEF Venceslau Bueno	Palhoça	EEB Governador Ivo Silveira	Palhoça	TDAH
B.E.	13 anos 4ª série	EEB José Boiteux	Florianópolis	EEB José Boiteux	Florianópolis	TDAH
E.L.	10 anos 4ª série	EEB José Boiteux	Florianópolis	EEB José Boiteux	Florianópolis	TDAH
S.M.	10 anos 3ª série	EEB Aldo Câmara	São José	EEB Aldo Câmara	São José	TDAH
A.N.	09 anos 3ª série	EEB Governador Pedro Ivo	Palhoça	EEB Governador Ivo Silveira	Palhoça	TDAH

Fonte: Márcia Andréa e Maria Aparecida (pesquisadora e copesquisadora)

Abreviaturas: DA – Deficiência Auditiva; DV – Deficiência Visual (cegueira ou baixa visão); DI – Deficiência Intelectual.

Cabe destacar que, no tocante ao diagnóstico dos educandos R.C. M.M. e J.N., há contradições expressas nos laudos diagnósticos emitidos por diferentes instituições e/ou profissionais, os quais são transcritos abaixo:

R.C. – Avaliação diagnóstica em 06/2004, realizada por equipe multidisciplinar: Apresenta comportamento sugestivo de TDAH, atraso no desenvolvimento da linguagem, alteração oromiofuncional, apresentando atraso generalizado neuropsicomotor. Em 09/2004, avaliação realizada por neurologista infantil: Atraso no DNPM (Desenvolvimento Neuropsicomotor), retardo mental e dificuldade na fala.

M.M. – Avaliação realizada em 06/2002 por equipe multidisciplinar: Hidrocefalia compensada por derivação liquórica, epilepsia controlada por medicação, apresentando comportamentos sugestivos de TDAH, necessitando de controle externo constante, com nível intelectual esperado para a idade. Em 12/2009, avaliação realizada por outra equipe multidisciplinar: Encefalopatia crônica congênita com deficiência múltipla (Paralisia Cerebral, Deficiência Mental e Deficiência Visual).

J.N. – Avaliação realizada em 12/2004 por equipe multidisciplinar: Perda auditiva mista bilateral, retardo no desenvolvimento da linguagem, impressionando como TDAH, segundo critérios do CID 10 e DSM IV, com sérias defasagens acadêmicas. Em 11/2009, pela mesma equipe multidisciplinar: Perda auditiva mista bilateral, leve à direita e profunda à esquerda, alterações fonéticas, fonológicas e articulatórias. Não impressiona com deficiência mental. No mesmo relatório de avaliação diagnóstica: **Neuropediatra:** Questiona retardo mental leve. Não impressiona como TDAH. **Psiquiatra:** Possível retardo mental leve. Não parece ter sintomas importantes para TDAH.

4.1 Síntese da dinâmica das intervenções:

Conforme mencionamos no início deste relatório, nos critérios definidos para a pesquisa, participaram 18 (dezoito) educandos, entre crianças e adolescentes com o diagnóstico de TDAH, com ou sem deficiência ou comorbidades associadas e que não estivessem recebendo atendimento em instituição especializada.

Prudente dizer, que para preservar a identidade dos educandos optamos em utilizar nomes fictícios, bem como não identificar em qual das 7 (sete) escolas eles frequentavam.

Outro fato que merece destaque é que durante o estudo e escrita do Projeto, um dos objetivos era verificar o tempo/sessões (30, 45 ou 60 minutos) de atendimento individual, ou em grupo, seria suficiente para desenvolver os processos atencionais. No decorrer desta escrita estaremos explicitando.

Salientamos que, antes de iniciarmos os atendimentos, realizamos reunião com os pais e/ou responsáveis dos educandos para apresentar a pesquisa (autorização para filmagens e fotos),

e também apresentar as pesquisadoras, bem como conhecer as crianças/adolescentes e famílias.

A intervenção pedagógica teve como objetivo a qualificação dos processos atencionais dos educandos envolvidos na pesquisa. Para tanto, os recursos utilizados foram predominantemente lúdicos. Em ocasiões específicas diversificamos as atividades em função da baixa tolerância, do cansaço, ou mesmo pela necessidade em ouvir dos educandos assuntos trazidos por eles ou demandados pelas famílias, os quais ganharam um caráter mais de desabafo que pedagógico. Por vezes, estratégias como aula passeio foram necessárias, diversificando a atividade e mantendo o objetivo. Conforme Piaget:

O jogo facilita a apreensão da realidade e é muito mais um processo do que um produto. Por meio dele a criança percebe como se dão as relações humanas, pois explora e desenvolve noções sobre o mundo físico, estabelecendo novas cadeias de significados, e amplia sua percepção do real. (AROEIRA, 1996, p. 69, *apud* LEITE E FERREIRA)

Nome: R.C.

Data de nascimento: 04/01/2000

Diagnóstico: TDAH – DI – BV

R.C. é filha única. Os pais não têm formação acadêmica. Ele trabalha de vigia noturno, e durante à tarde o casal cata lixo (papelão) para reciclagem, no período em que R.C. está na escola regular.

Durante os dois anos de intervenção, a família foi bem presente, atendendo as solicitações das pesquisadoras e da escola. Quando R.C. não podia comparecer, a mãe justificava com antecedência, por exemplo, consultas ao médico, nutricionista (em função da fenilcetonúria⁷), dentista, entre outros. Quando a filha estava doente, a mãe telefonava para a copesquisadora avisando, pois sabia que iriam à escola só para atendê-la.

Em função de a educanda ter associado ao TDAH a baixa visão e a deficiência intelectual, a copesquisadora após 4 (quatro) meses de atuação sozinha, de outubro de 2008 a março de 2009, sentiu dificuldades em desenvolver algumas atividades pedagógicas e relatou este fato à equipe de orientação da pesquisa da FCEE, que sugeriu a participação da pesquisadora, que iniciou em abril de 2009 o trabalho em parceria.

Prudente dizer também que o atendimento individual com R.C. foi de outubro de 2008 a dezembro de 2009, e que de março a dezembro de 2010 o atendimento foi em grupo.

Apesar de R.C. estar cursando a 4ª série do ensino fundamental de oito anos, não está alfabetizada. Embora apresente um quadro significativo de dispersão e de desatenção, foi possível realizar os atendimentos com sessões de 60 (sessenta) minutos.

Utilizamos diversos jogos e dinâmicas com o objetivo de qualificar os processos atencionais de R.C. No início desta pesquisa, a educanda comentava fatos ocorridos em casa que não havia necessidade em dizê-los, iniciava um assunto e não concluía, mudava de assunto, fazia uma pergunta, e ao iniciarmos a resposta fazia outra pergunta de outro assunto que não estava em pauta. Outra atitude rotineira de R.C. era dizer que não sabia fazer determinada atividade ou jogo, antes mesmo de iniciá-lo. No decorrer dos atendimentos, com intervenção, mediação, ela reverteu parte destes comportamentos. Hoje tem consciência sobre os assuntos que pode expressar e os que não pode. Por exemplo, em um dos momentos em que trabalhamos com o jogo de quebra-cabeça “lobo mal e os três porquinhos”, quando indagamos porque o lobo não conseguiu derrubar a casa de alvenaria, respondeu baixinho sobre o morro aonde mora e os traficantes, mas quando pedíamos que repetisse porque não tínhamos ouvido dizia: *“Ah, deixa pra lá, Márcia, eu não posso falar sobre isso não”*.

7 Fenilcetonúria – A fenilcetonúria é uma doença genética, que transforma um aminoácido comum, encontrado nos alimentos, em toxina para o cérebro. A ausência da enzima responsável pela digestão e eliminação da fenilalanina faz com que ela se acumule no organismo, tornando-a um subproduto tóxico, que ataca principalmente o cérebro e tem efeitos irreversíveis, como retardo mental permanente. Disponível em: <<http://www.tuasaude.com/fenilcetonuria/>>. Acesso em: 19 abr. 2011.

Outro fato que deve ser relatado é que a acuidade visual de R.C. estava diminuindo. Percebemos isto pelas atitudes dela, ou seja, aproximava muito o objeto (pequeno) do olho direito ou curvava-se sobre a mesa para olhar os objetos grandes. Quando perguntávamos o que era, dizia não estar vendo. Segundo BARRAGA:

A aprendizagem visual é dependente, não apenas do olho, mas também da capacidade do cérebro de realizar as suas funções, de aprender qualquer informação vinda dos olhos, codificando, selecionando e organizando em imagens e armazenando para associação com outras mensagens sensoriais ou para relembrar mais tarde. (...) A capacidade de funcionamento visual da criança depende fundamentalmente de desenvolvimento – quanto mais a criança olha, especialmente em pequena distância, mais ela estimula os canais para o cérebro. Conforme o cérebro recebe mais e mais informações, há uma eventual acumulação de uma variedade de imagens visuais. Um dos principais problemas da criança com visão subnormal é que há muito poucas coisas que ela pode “captar” casualmente através do seu sentido da visão. Ela necessita que lhe ensine o processo de discriminação entre as formas, contornos, figuras e símbolos que nunca teriam sido trazidos à sua atenção. Este processo não “acontece simplesmente” quando ela olha; é um complexo sistema de aprendizagem, começando com os mais simples tipos de formas visuais e progredindo gradualmente para padrões mais detalhados de representações visuais. (1978, p. 8)

Utilizamos vários recursos/jogos com contraste com a intenção de estimulá-la, mas estava se tornando cada vez mais difícil para ela ver os objetos. Em função deste quadro, sugerimos que a família agendasse uma reavaliação visual para R.C. Porém, para ela ser atendida na FCEE deveria ter um encaminhamento do oftalmologista da comunidade, que só foi possível em março/2010. Em maio de 2010 foi avaliada na FCEE. (Anexo 2)

Outro procedimento utilizado na pesquisa foi a filmagem que possibilitou às pesquisadoras análise das intervenções.

Além dos fatos já mencionados, constatamos ainda que nestes dois anos de atendimento, mesmo com a participação da pesquisadora, foi difícil verificar qual o maior impedimento para a aprendizagem de R.C. – baixa visão, cegueira, deficiência intelectual ou transtorno de déficit de atenção ou hiperatividade, mesmo assim, podemos afirmar que conseguimos alguns avanços com ela, a saber:

- mais tolerância para aguardar a vez para jogar, falar...;
- pensa um pouco mais, antes de dizer algo particular;
- caminha com mais cuidado;
- mais preocupação com a higiene pessoal e com os pertences dela;
- menos invasiva.

Nome: M.M.

Data de nascimento: 09/01/1995

Diagnóstico: TDAH – DI

O casal tem dois filhos e M.M. é o caçula. O casal exerce função autônoma - a mãe como artesã e o pai como mestre de obras. Ambos concluíram o ensino fundamental.

O casal demonstrou interesse em compreender o processo de M.M., embora o sentimento de piedade proporcionasse atitudes de proteção exagerada, por exemplo, quando ele não realizava as atividades diárias (vestir-se, despir-se) a mãe fazia por ele e justificava dizendo que era em função dos “problemas dele”. Faz uso de medicamentos para controle das crises convulsivas (epilepsia) e para o TDAH, prescritos por um neurologista.

Durante os dois anos de atendimento foi pouco assíduo, porém, a mãe avisava com antecedência quando havia indisponibilidade no comparecimento, visto que ele não ia sozinho. Em função da idade (14 anos), sugeri que o educando viesse sozinho para o atendimento em SAEDE, porém, a mãe relatou que tinha muito medo do filho descer o morro por causa dos traficantes e, também, em atravessar a rua, em virtude do movimento intenso dos carros.

M.M. está frequentando a 3ª série do ensino fundamental de oito anos e não está alfabetizado. Apesar de conhecer as letras, em alguns momentos trocava ou omitia as do seu nome. Copiava os conteúdos do quadro, mas, de acordo com a segunda professora de sala, tinha pouca tolerância, o que acarretava cópias inconclusas.

O tempo planejado para cada sessão de atendimento foi de 60 (sessenta) minutos, mas, no início, o educando não demonstrou muita tolerância para realizar as atividades, conversando constantemente sobre diversos assuntos alheios às atividades. Mencionava com frequência alguns fatos ocorridos no dia a dia, dentre estes, quando abalizou a localização e a posição dos olheiros dos traficantes: “Eles avisam quando a polícia tá chegando”. Também mencionou que para subir no morro é preciso ter autorização: “Fica um aqui embaixo” apontando para a rua. Em alguns momentos comenta sobre filmes, principalmente, se o assunto for sobre carros, policiais e armas. Narra a história com entusiasmo, porém, parece não ter discernimento entre a realidade e a fantasia, como pode ser ilustrado pelo seguinte exemplo: “Eu tenho uma coleção de armas de fogo, como o policial do filme Velozes e Furiosos”. Ou também, quando diz que dirige o carro do pai em alta velocidade como no filme acima citado. Percebi que estes comportamentos se manifestavam, principalmente, quando tinha que realizar alguma atividade que considerava muito difícil, como nos jogos: 7 erros, resta UM, entre outros. Em conversa com a mãe, a respeito dos comentários do filho sobre armas e carros, esta disse que, embora o morro seja perigoso, não há na casa nenhum tipo de arma e que ele não sabe dirigir: “Nunca permitimos que ele pegasse o carro”.

Outro fato significativo é a preferência por jogos que envolvam valores monetários. Nestes casos fica ansioso, falando constantemente: “É muito dinheiro, vo comprar um carro”. Nas ativi-

dades nas quais estava envolvida a representação de carros, era mais participativo e apresentava mais tolerância. Nas que envolvia representação de dinheiro, além de ficar mais agitado, pôde-se constatar que não fazia relação entre valor e quantidade.

Quando M.M. conseguia realizar, sem auxílio, um jogo, solicitava constantemente que fosse repetido, como era o caso do jogo da cilada, especificamente o de número 33. Mas, quando jogava e perdia, ficava aborrecido e calado, e só se disponibilizava a fazer outros números do mesmo jogo, barganhando com a copesquisadora sua vitória: “Eu tenho um chocolate, queres? Aí tu *deixa* eu *ganhá?*”.

Para finalizar, embora M.M. tenha tido avanços, ainda que pequenos, foi possível realizar os atendimentos com sessões de 60 minutos, nos quais apresentava maior atenção às atividades e menos conversa com a copesquisadora. Todavia, até o momento, continuou a não estabelecer relação entre fonema e grafema e número com quantidade. Parece, também, que apesar de todas as intervenções feitas no sentido de torná-lo mais autônomo, continuou a depender da mãe para vestir-se, despir-se, ir e vir para escola, dentre outras.

Nome: M.F.

Data de nascimento: 03/11/1992

Diagnóstico: TDAH – DI

M.F. é a caçula entre os 4 (quatro) filhos, sendo a única do sexo feminino. A mãe não exerce função remunerada e o pai a função de padeiro. O pai tem o ensino fundamental completo e a mãe não soube dizer qual a sua formação.

A educanda não foi assídua e as faltas não foram justificadas pela família e, quando comparecia, chegava atrasada. Conversamos diversas vezes com a mãe, que era a responsável em levar e buscar M.F. nos atendimentos solicitando que chegassem no horário para não atrapalhar as atividades, uma vez que era em grupo. Mas a genitora se desculpava, responsabilizando-a: “chegamos atrasadas porque ela não dormiu bem”.

Na orientação com a professora de sala, esta nos relatou que M.F. também era faltosa e com chegadas tardias. M.F. tem direito ao passe livre intermunicipal com acompanhante⁸. A professora da sala de aula suspeitava que ela só frequentava a escola em função dessa gratuidade, uma vez que a mãe poderia passear pelo comércio. Suspeitava também que, quando a educanda faltava, era porque ia fazer visitas aos parentes.

Apesar de estar com 17 anos, apresentou algumas atitudes incompatíveis com a idade: ciclo de colegas restrito ao espaço escolar e na faixa etária entre 10 e 14 anos: brincava de bonecas em casa (*sic* mãe). Em outros momentos tinha atitudes compatíveis com a idade: gostava de maquiagem, de músicas, de roupas e acessórios da moda e perguntava às pesquisadoras aonde compravam as roupas, dentre outros.

Embora M.F. estivesse cursando a 4ª série do ensino fundamental de oito anos, não estava alfabetizada. Conhecia as letras, mas não fazia relação entre fonema e grafema. Copiava a escrita do quadro, de livros, de revistas, mas não sabia o que estava escrevendo. Em quase todas as sessões, as pesquisadoras receberam envelopes com folha de caderno contendo “cartinhas” (palavra denominada por ela) com desenhos não produzidos por ela, mas, contornados de gibis e/ou historinhas infantis. Apesar de não saber ler, olhava para o envelope contendo os nomes, e entregava para as respectivas pessoas. (Anexo 3)

M.F. e R.C. faziam parte do mesmo grupo no SAEDE, e M.F., por diversas vezes, auxiliou a colega. Por exemplo: mesmo com suas chegadas tardias, compreendia o que as pesquisadoras estavam propondo, notadamente nas atividades de classificação. Resolvía a tarefa com acerto e depois ajudava R.C., mesmo quando esta rejeitava a ajuda. Mediava R.C., parecendo imitar as pesquisadoras, embora com vocabulário bastante limitado. Porém, quando encerrávamos os

8 Gratuidade no transporte rodoviário intermunicipal de passageiros às pessoas com deficiência. São elegíveis à gratuidade as pessoas com: deficiência física permanente, com dificuldade de locomoção; deficiência mental moderada, severa ou profunda; deficiência visual (cegueira ou baixa visão); deficiência auditiva moderada, severa ou profunda (bilateral); transtorno global do desenvolvimento e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Disponível em: <http://www.fcee.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=32>. Acesso em: 05 maio 2011.

atendimentos, M.F. mudava o comportamento. Nos corredores da escola, provocava os outros educandos dizendo: “vaza daí”, “rala”, “cai fora”... As pesquisadoras chamavam a atenção dela, mas M.F. andava na frente, ignorando-as, parecendo ter consciência e vergonha por estar em um atendimento especializado. Esta inferência era corroborada por outros episódios. Por exemplo, quando a copesquisadora ia à escola no outro período, atender outro educando, M.F. fazia de conta que não a conhecia.

Prudente dizer que, mesmo tendo o diagnóstico de TDAH e DI, demonstrou durante este 1 (um) ano de intervenção no SAEDE tranquilidade para realizar as atividades, para ouvir, para conversar e para responder aos questionamentos. Estas manifestações comportamentais parecem ser incompatíveis com a sintomatologia esperada para os diagnósticos de TDAH e DI.

Sugerimos à família que M.F. frequentasse em 2011, Educação de Jovens e Adultos – EJA, mas a família arguiu afirmando que “ela tem 17 anos, mas é uma criança, as amiguinhas dela tem 10 anos [...] as moças da idade dela não dão bola pra ela [...]”.

Nome: M.S.

Data de nascimento: 13/06/1998

Diagnóstico: TDAH – DI

M.S. é filho do segundo casamento da mãe. Ela (mãe) não exerce função remunerada e o pai está aposentado por problemas de saúde (coração). Ambos concluíram o ensino médio.

Em casa, M.S. “[...] é muito agitado, não para, nem para almoçar [...]”; “Fala muito, corre muito, já quebrou a perna, tava soltando pipa, ele gosta muito [...]”; “Não ajuda em casa, não faz nada, gosta muito de desenhar.” (sic mãe).

O educando teve baixa assiduidade sem que a família justificasse sua faltas. Solicitamos, por diversas vezes (copesquisadora e escola), à família o comparecimento de M.S. aos atendimentos. Depois de inúmeras tentativas, a irmã compareceu e justificou as ausências dele, dizendo que os pais estavam com problemas de saúde, e que este fato mudou a dinâmica da família, e que ela estava assumindo a responsabilidade sobre M.S. Mas as faltas não cessaram.

Faz uso de medicamento para TDAH, prescrito por neurologista.

Iniciou os atendimentos em março de 2010, em grupo, com sessões de 60 (sessenta) minutos. M.S. é agitado, falante, mexe-se constantemente movimentando as mãos e pernas, porém, permanece sentado, atento às informações e sugestões da copesquisadora sobre as atividades, principalmente se estiverem relacionadas com jogos da memória, quebra-cabeça e outros.

M.S. está cursando a 4ª série do ensino fundamental de oito anos, não está alfabetizado. Escreve o nome dele, soletra quando solicitado, mas não o identifica dentro de um texto, por exemplo. Conhece algumas letras, confundindo “d” e “t” e “m” e “n”.

No SAEDE, M.S. fazia dupla com outra colega (M.D.) que estuda na mesma sala do ensino regular que ele. Nos atendimentos havia um sincronismo entre ambos, ou seja, uma relação de confiabilidade e de interação. M.S. era auxiliado nas atividades de leitura ou escrita por M.D.

Nas atividades que envolviam memória, geralmente, M.S. necessitava de orientação e “dicas” como, por exemplo: quando trabalhei com o “jogo da memorização”, no qual os educandos têm um determinado tempo, combinado entre eles, para visualizar as fichas e depois, sem olhá-las, dizer o que lembravam. M.S. lembrou um número significativo de figuras (de 10, lembrou 04), tendo em vista o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Porém, solicitou que eu falasse mais sobre as gravuras, dando “dicas” para que ele pudesse lembrar mais. Com estas “dicas” realizou a atividade com mais êxito.

Nos jogos, como quebra-cabeça, separava as peças por cores, montando com coerência.

No jogo dos “7 erros”, com a intenção de desenvolver os níveis de concentração e atenção, fazia com rapidez, mas com erros, visto que não comparava os desenhos.

Importante dizer que, sempre que acontecia algum fato atípico antes dos atendimentos, M.S. chegava muito agitado e falando constantemente sobre, por exemplo: ocorreu um incêndio

próximo a casa dele que o deixou abalado, porém, falou incessantemente sobre o assunto em vários atendimentos, mesmo com as intervenções no sentido de que não falasse mais sobre este assunto, para que pudesse se concentrar nas atividades propostas.

A escola também considerou, durante as orientações da copesquisadora, que M.S. estava mais participativo, realizando os afazeres da sala de aula. A segunda professora de turma comentou: “[...] mas é prejudicado por causa da agitação, ele nota tudo que acontece na sala de aula, percebe quando um colega da sala traz um lápis novo [...], mexe e remexe muito na cadeira.” Conforme Silva, “Pequenas coisas são capazes de lhe despertar grandes emoções, e a força dessas emoções gera o combustível aditivado de suas ações”. (2009, p. 23)

Segundo relato da mãe, ele ficava muito ocioso em casa. Em decorrência, sugeri que ele deveria ter uma melhor organização de seu tempo livre, realizando as tarefas da escola e contribuindo com os afazeres domésticos, e que as informações dadas a ele deveriam ser objetivas e diretas. A família concordou, porém, percebi, durante as conversas com M.S., que não foram operacionalizadas.

Em todas as atividades propostas no SAEDE M.S. participava com interesse, expressando que gostava das atividades e solicitava que as repetisse. É importante destacar que, no início dos atendimentos, M.S. apresentava intensa agitação motora, mexendo constantemente os pés, as mãos e falando ininterruptamente de forma descontextualizada. Depois de um ano de intervenção M.S. mudou de comportamento, sua agitação motora diminuiu sobremaneira, bem como a fala se tornou mais contextualizada.

Nome: J.N.

Data de nascimento: 02/09/1997

Diagnóstico: TDAH – surdez bilateral mista

J.N. é filho único. O pai faleceu e a mãe recebe a pensão por morte. Esporadicamente trabalhava de diarista. A mãe concluiu as séries iniciais do ensino fundamental.

Na escola era faltoso e a mãe pouco presente (*sic* ATP⁹). No SAEDE, durante os dois anos de intervenção, J.N. também foi pouco assíduo, porém, a mãe avisava com antecedência. Interessada em conhecer mais sobre o TDAH, demonstrou preocupação com o futuro do filho, porque ele não sabia ler e escrever. Também porque o pai, traficante e usuário de drogas ilícitas, foi assassinado durante o recreio, na porta da escola. Embora J.N. não tenha presenciado a cena, este acontecimento teve repercussão na escola e comunidade (*sic* mãe). Todavia, durante os atendimentos, diversas vezes, nas mais variadas atividades e situações, aparentemente fora do contexto, J.N. falou exageradamente sobre sangue, cemitérios e mortes. Dizia que sonhava que trabalhava no cemitério, que enterrava pessoas vivas e que gostava do serviço, dizia que gostava de ver o medo nas pessoas entre outros relatos macabros. Em conversa com a mãe, esta relatou que em casa isto acontecia nos momentos de “rebeldia” e que ele a culpava pelo assassinato do pai. Diante do exposto, encaminhei com objetivo de verificar possível distúrbio de conduta, para avaliação com equipe multidisciplinar, que nada constatou.

Estava frequentando a 4ª série do ensino fundamental de oito anos, mas não era alfabetizado. Não fazia relação entre fonema e grafema e não hipotetizava a escrita. Apesar do diagnóstico de surdez, J.N. parecia escutar muito bem. Diversas vezes, mesmo falando com ele distante do campo de visão, ou com a boca coberta, entendia o que havia sido dito, ou comentava sobre as conversas que aconteciam no corredor, identifica as vozes das pessoas na sala ao lado (sem vê-las), ou pedia para fechar a porta da sala, alegando que havia muito barulho. De fato havia. A escola trabalha com salas ambiente¹⁰ (embora não houvesse uma sala específica para o SAEDE, conforme apregoado na Política de educação especial). Na maioria das vezes J.N. falava com omissões ou troca de fonemas, por exemplo: *xôra* para professora, *Márxa* para Márcia. Em outros momentos a fala era ininteligível ou infantilizada. Em relação a esta última, não apenas a fala, mas também o comportamento, principalmente perto da mãe, por exemplo: no pátio da escola, antes de bater o sinal da entrada da aula, sentava no colo da mãe, falava com a cabeça dele apoiada no pescoço dela e, com voz de ‘criancinha’, beijava exageradamente seu rosto e fazia solicitações desnecessárias, como, por exemplo, autorização para ir ao banheiro ou beber água, tendo em vista sua idade cronológica. Diversas vezes foram orientados para terem um comportamento mais

⁹ Assistente Técnico Pedagógico da Unidade Escolar.

¹⁰ Sala ambiente – É uma sala de aula, na qual se dispõem recursos didático-pedagógicos que atendam um fim educacional específico. A ideia é fazer o aluno interagir com uma maior diversidade de recursos e materiais pedagógicos e ter mais condições de estabelecer uma relação entre o conhecimento escolar, a sua vida e o mundo. Além disso, o conceito de sala ambiente considera que o quadro negro não é o único recurso válido no processo de ensino-aprendizagem na forma presencial. Disponível em: <<http://www.educabrasil.com.br>>. Acesso em: 09 ago. 2011.

compatível com a idade, afinal de contas ele já tinha 13 (treze) anos. Importante dizer que, na presença da pesquisadora, a genitora parecia concordar com as orientações, por exemplo: dar mais liberdade para que ele pudesse saciar as necessidades básicas sem consultá-la o tempo inteiro, bem como restringir os carinhos exagerados dele para com ela. Este comportamento infantilizado foi também constatado e relatado pela equipe de profissionais de uma instituição especializada que fez a reavaliação diagnóstica e que, também sugeriu mais independência para ele, inclusive de ir e vir sozinho à escola. Após algumas aulas-passeio, J.N. passou a ir e vir sozinho. No início a mãe o acompanhava a distância e, gradativamente, foi permitindo que ele fizesse o trajeto sozinho, mas com horário para chegar a casa.

Em relação aos conteúdos acadêmicos: na matemática – reconhece os números, mas não fazia relação com a quantidade, necessitando de recurso concreto para fazer adição e subtração até 2 (duas) dezenas. O mesmo acontecia com as cédulas de dinheiro fictício: reconhecia, mas não fazia relação com o valor monetário, por exemplo, dizia: 2 reais, 10 reais, 50 reais, 1 real para as respectivas cédulas, mas quando pedi para montar 18 reais, não o fez. Em uma determinada situação a pesquisadora contabilizou um valor monetário e pediu para que ele contasse, diante da dificuldade, sugeriu que ele fizesse rabiscos no caderno para auxiliá-lo, mas mesmo assim, sem sucesso. No final da pesquisa, J.N. estava somando e subtraindo com menos erros, embora ainda com auxílio de recursos concretos.

Em relação à leitura e escrita, houve relativo ganho apenas na escrita do nome. No início fazia apenas o primeiro nome. A segunda professora da sala regular o ensinou a copiar o nome e sobrenomes. No final do ano letivo o fazia sem cópia, mas ainda sem relação entre fonema e grafema.

Outras mudanças aconteceram nestes 2 (dois) anos de intervenção. Antes, o educando demonstrava dificuldades para localizar-se na comunidade. Não planejava o trajeto. Quando perguntava para ele como faríamos para ir ao mercado, caixa eletrônico, padaria, locais que já havíamos ido e discutido em aulas-passeio, ou quando inicialmente ia com sua mãe aos locais supracitados, ela, para verificar se o filho tinha compreensão para realizar determinados procedimentos, o deixava fazê-lo, mas constatava que não sabia, por exemplo, sacar dinheiro, fazer pequenas compras, algumas vezes comprava guloseimas que não eram solicitadas, esquecia o que era para comprar, “desviava-se” do caminho para soltar pipa, brincava com colegas... Talvez este comportamento tenha sido ocasionado porque, até então, não havia sido ensinado. Após algumas intervenções com a família, aula-passeio na comunidade realizando saques com a pesquisadora, fazendo relação de compras, fazendo estimativa de gastos, planejando o caminho, entre outros, o quadro reverteu. Ao término da pesquisa, J.N. já tinha autonomia para realizar alguns procedimentos, tais como pagar contas de água, luz... Esta situação foi geradora do incremento de sua autoconfiança, bem como da confiança recíproca que se estabeleceu entre mãe e filho. Nos jogos como: quebra-cabeça, memória, sequência lógica, estava realizando com atenção e

eram necessárias poucas intervenções da pesquisadora. Em relação aos relatos macabros citados anteriormente, não cessaram, mas diminuíram.

Para finalizar relatarei uma cena para refletirmos:

Em conversa com a pesquisadora J.N. diz:

- *Sabia que eu estou trabalhando Xôra?*
- *E onde estás trabalhando?* (pesquisadora)
- *Aqui na escola xôra!* (J.N.)
- *De quê?* (pesquisadora)
- *De xô (professor), xôra!* (J.N.)
- *Como J.N.? Para ser professor tem que saber ler e escrever!* (pesquisadora)
- *Não precisa não xôra, é só mandar um aluno pegar o livro, escrever no quadro e os outros copiar. Facinho, facinho.* (J.N.)

Nome: B.A.

Data de nascimento: 28/07/2000

Diagnóstico: TDAH

O casal tem 2 (dois) filhos, sendo B.A. o caçula. A mãe exerce a função de auxiliar de serviços gerais na mesma escola que os filhos estudam. O pai é motorista de caminhão de uma empresa de materiais de construção. Ambos concluíram a 4ª série do ensino fundamental.

Em função dos remanejamentos citados no início desta escrita, iniciei o atendimento com B.A. em abril de 2010. A família foi bem prestativa, colaboradora, e interessada no processo de aprendizagem do filho. Durante este 1 (um) ano de atendimento, o educando foi assíduo e, nas raríssimas vezes que necessitou faltar, a mãe ligou para a pesquisadora avisando-a.

No momento da anamnese, a mãe relatou que B.A. era muito teimoso, esquecido, e que não entendia como ele sabia escrever, mas não sabia ler. Relatou também que o maior desejo dela era que ele fosse menos esquecido e teimoso, e que aprendesse a ler. No decorrer dos atendimentos, constatei que ele possuía as características de uma pessoa com TDAH e que, de fato, a mãe tinha razão, ele conhecia algumas letras do alfabeto, todavia, não sabia ler e escrever, fazia cópias apenas.

O mesmo aconteceu com os números. B.A. os conhecia, mas não relacionava: número – quantidade. Para fazer adição e subtração simples necessitava de recurso concreto.

Prudente dizer que desde o início da pesquisa B.A. foi falante, questionador, e tinha pouca tolerância para receber orientação, o que por diversas vezes inibiu o trabalho, visto que, a cada dificuldade, a pesquisadora necessitava intervir, ele interrompia dizendo que já havia entendido. Por exemplo, na apresentação do jogo “Resta 1”. Ele não conhecia. Tentei explicar e mostrar como se joga, mas imediatamente afastou minhas mãos do brinquedo, dizendo que havia entendido, mas quando executou, o fez sem êxito. Tentou mais duas vezes, ainda sem sucesso. Questionei sobre as possíveis causas do erro. Irritou-se dizendo que o erro estava no jogo porque estava faltando peças, ou utilizava-se de outros argumentos, mas sempre responsabilizando a pesquisadora pelo insucesso. Todavia, quando acertava, falava incessantemente do quanto ele era inteligente: – *Márcia, eu sou o cara!* Enquanto falava, remexia-se na cadeira, andava pela sala, abria e fechava porta, tocava nos objetos da sala. Estes comportamentos eram quase constantes. Quando errava, a responsabilidade era de outrem (pesquisadora, professora de sala, mãe, jogos...). Quando acertava, era dele e só dele.

Outro fato que considero importante explicitar é que, em função de começarmos cedo, nas raras vezes que B.A. não estava na escola, a mãe que já estava trabalhando, telefonava para casa pedindo para a avó mandá-lo para o atendimento (a avó era a responsável em acordá-lo). Isto aconteceu em dias com chuva e frio intensos, começávamos às 07h20min da manhã. B.A. vinha para o atendimento sem fazer o desjejum e dizia que estava com fome, com sono e frio.

No verão, quando eu chegava, ele estava brincando no pátio com outras crianças, que por algum motivo estavam sem aula, e B.A. tinha que parar a brincadeira para começarmos as atividades. Geralmente, entrava na sala dizendo: “Por que viesse? A brincadeira tava tão boa.” Dizia também que ele não precisava mais do SAEDE, que era chato... Estas situações também tiveram que ser cautelosamente pensadas no momento de planejar as atividades e torná-las prazerosas, tanto para o educando quanto para a pesquisadora. Vale lembrar que também o educador é alguém que pensa, deseja, tem angústias, e precisa estar bem, tanto para aprender quanto para ensinar. Parafraseando Paulo Freire, temos de ser eticamente responsáveis pelo nosso mover-se no mundo. Somos responsáveis por aquilo que fazemos e por aquilo que optamos. Uma prática pedagógica verdadeiramente competente pressupõe este compromisso.

B.A. frequentava a 3ª série do ensino fundamental de 8 (oito) anos, mas não estava alfabetizado. Conhecia as letras do alfabeto, mas não fazia relação entre fonema e grafema, embora em diversas atividades tentasse hipotetizar ou relacioná-las. Por exemplo, sabia quais as letras necessárias para escrever o nome dele, o meu, o da mãe dele, e a partir daí, quando havia necessidade da leitura, como no jogo “Passeando no Shopping”, no qual teríamos de comprar, dar troco, escolher objetos para trocar os cupons, ficar sem jogar, voltar casas no tabuleiro entre outros, estava começando a estabelecer relação entre os fonemas e os grafemas, sempre com intervenção da pesquisadora e pouca vontade dele. Com o objetivo de reverter a situação, pesquisei sobre o desenho animado “Ben 10”, pois em vários momentos o educando falava sobre. Levei revistas, álbum de figurinhas, textos retirados na internet sobre o desenho. B.A. mudou de comportamento. Passou a vir com mais vontade aos atendimentos, participava mais, conversava sobre os personagens, explicava com detalhes, olhando para a pesquisadora, não mais com tanta hiperatividade motora... Diante disto, eu também passei a ter mais criatividade e vontade em criar recursos pedagógicos, pensar em estratégias e procedimentos para melhor atendê-lo. Ao término da pesquisa, B.A. estava lendo e escrevendo, demonstrava mais tranquilidade para receber as intervenções e comentava com a mãe sobre os êxitos alcançados. Esta o abraçava, beijava, agradecia exageradamente à pesquisadora, comentava com os demais funcionários na escola... Antes, quando o educando demonstrava desinteresse e eu comentava com a mãe, ela, geralmente, “batia” com o cabo da vassoura na cabeça dele ou o deixava de castigo. Outra mudança positiva: Desde o início da pesquisa até o término, trabalhei com a porta aberta, em função de ser atendimento individual, mas no começo, o barulho das crianças no pátio, conversa das pessoas no corredor, cheiro de comida na cozinha (a pequeníssima sala destinada ao SAEDE era o depósito de mantimentos) entre outros, eram motivos de dispersão. Porém, no final, B.A. estava atento às atividades, ignorando o que acontecia fora da sala. Alicia Fernandez diz “... não aprendemos com qualquer um, aprendemos daquele a quem outorgamos confiança e direito de ensinar.” (1991, p. 52).

Nome: M.D.

Data de nascimento: 05/08/2000

Diagnóstico: TDAH

M.D. é a filha caçula. O casal tem 02 filhas. A mãe não exerce função remunerada e o pai é repositor de mercadorias em um supermercado. Ambos concluíram o ensino fundamental.

Durante os 2 (dois) anos de intervenção a família foi bem presente e, quando M.D. precisava faltar, a genitora informava por telefone. Os pais são superprotetores. Todavia, enquanto a mãe protegia e reclamava que a filha era totalmente dependente em atividades de vida diária (vestir-se, despir-se, banhar-se) e não ajudava nos afazeres domésticos, o pai atendia todos os desejos da filha e parecia não se incomodar. Esta preocupação excessiva da mãe fazia com que ela tomasse atitudes protecionistas. Por exemplo, quando a filha se queixava de eventuais incidentes na escola, como dos empurrões que recebia em jogos em geral, na brincadeira de “pega-pega”, entre outros, ela (a mãe) tentava resolver conversando/reclamando com a direção e/ou com as professoras. Em virtude da queixas de M.D. e, por consequente excesso de zelo da família, a mãe solicitou transferência de turno, alegando que um colega da turma “batia” muito na filha. Este fato ocasionou mudança do horário de atendimento no SAEDE. No princípio, era individual com a pesquisadora (2009) e, no ano seguinte, passou a ser atendida em grupo pela copesquisadora. Em ambas as situações o tempo das sessões foi de 60 (sessenta) minutos.

M.D. frequentava a 4ª série do ensino fundamental de oito anos, está alfabetizada. Faz leituras e escritas coerentemente, e na matemática realiza as quatro operações de forma correta.

M.D. e M.S. estudam na mesma sala de aula. No SAEDE também faziam dupla. Nos atendimentos havia um sincronismo entre ambos, ou seja, uma relação de confiabilidade. M.D. auxiliava o colega nas atividades de leitura ou escrita.

Em face das constantes reclamações da mãe quanto à dependência da filha, a pesquisadora, e depois, a copesquisadora, orientaram-na a mudar de atitudes. No entanto, em nenhum momento, durante a pesquisa, a mãe atendeu as sugestões. Um dos exemplos que pode ser citado das intervenções, diz respeito à autonomia de M.D. ir à padaria, ir para o atendimento do SAEDE sozinha (a residência é próxima da escola e sem trânsito), arrumar a mochila e o uniforme que ficam espalhados pelo quarto (*sic* mãe). Porém, a mãe contra-argumentou cada sugestão e não as colocou em prática.

Durante os atendimentos, M.D. ficava esperando orientação do que era para fazer. Diversas vezes expliquei que precisávamos organizar a sala e cada um de nós teria de contribuir. Como os atendimentos eram realizados na mesma sala, não havia necessidade de repetir o que era para ser feito, ou seja, colocar a mesa e as cadeiras no centro da sala (estavam encostados na parede). Intencionalmente, eu e M.S. colocávamos duas cadeiras próximas à mesa. M.D. ficava em pé, esperando orientação do que fazer, e perguntava: “É para pegar uma cadeira?”. “Pega pra

mim M.S., é muito pesada". Não sendo atendida, ficava olhando para o colega, e só depois de alguns minutos é que buscava a cadeira para ela, enquanto M.S. já estava realizando as atividades.

Observei que a desatenção era predominante. Quando lhe eram propostas as atividades não conseguia manter a atenção focalizada, nem se organizar para realizá-las. Muitas vezes ficava alheia às informações prestadas e, quando indagada sobre o que estava fazendo, respondia: "Não sei, não tava prestando atenção". Constantemente fazia referência a fatos alheios à atividade, como por exemplo, no jogo de memória com a temática de frutas, falava: "o meu cachorrinho me arranhou" e procurava auxílio no outro, seja no colega, seja na copesquisadora.

No jogo de memória com o tema "animais", quando questionei, sobre os elementos que constavam no jogo, ela mencionava somente duas gravuras, apesar das dicas sobre os desenhos. O mesmo acontecia quando ela tinha que escrever o nome das figuras. Com a modificação de estratégia, ou seja, quando eu escrevia o nome das gravuras, ela rememorava mais animais, porém, ainda necessitava de mediação direta e dicas.

Ao final das intervenções M.D. estava com mais iniciativa, ajudando a guardar os jogos, a organizar a sala para o atendimento (sala de vídeo), entre outros. Em casa as atitudes permaneceram as mesmas.

Nome: D.O.

Data de nascimento: 17/04/2001

Diagnóstico: TDAH – não-oralizada

D.O. foi adotada aos 17 (dezesete) dias de vida (segundo a mãe adotiva, os pais biológicos são irmãos e a mãe tem deficiência intelectual). O casal adotivo tem 3 (três) filhos, sendo 1(um) biológico, os quais têm consciência desta condição. A mãe não exerce função remunerada e o pai é mecânico de automóveis.

A mãe relatou que em casa “ela é muito agitada, sem concentração, quando não está tomando o medicamento para hiperatividade”. Em relação à não oralidade, a família buscou auxílio para solucionar ou investigar o motivo de D.O. não falar. Disse também que ela havia frequentado uma instituição especializada, mas foi desligada, porque a “menina não era caso para eles” (sic mãe). “Não consegui nada”.

D.O. está cursando a 3ª série do ensino fundamental de oito anos, não está alfabetizada. Não conhece as letras, não identifica o seu nome... Com referência à matemática, não reconhece números, sinais gráficos...

Iniciou em outubro de 2008 o atendimento na pesquisa, de forma individual, duas vezes por semana, 60 (sessenta) minutos. Inicialmente D.O. participava das atividades, realizando-as com interesse, mas com impaciência. Por exemplo, em jogos de memória, antes mesmo de finalizar, já apontava de imediato para outra atividade. No entanto, no decorrer dos atendimentos, D.O. continuou a demonstrar interesse nas atividades com maior controle da impulsividade.

Expressa a escrita em forma de “bolinhas e rabiscos”, os quais não têm significado. Por exemplo, quando era indagada: “é banana?”, “é abacaxi?”, (copesquisadora apontando para suas “bolinhas e rabiscos”) D.O. respondia balançando a cabeça afirmativamente para todas as perguntas, como se aqueles “grafemas” indicassem ao mesmo tempo todas as figuras suscitadas pelo jogo ou outra atividade.

Em relação às pinturas em figuras impressas com formas definidas eram totalmente disformes, sem respeitar os limites. (Anexo 4)

No final das intervenções D.O. já estava pintando dentro dos limites. (Anexo 5)

O fato de não falar, não era impedimento para comunicação. D.O. utilizava gestos, mímicas e expressões faciais. Por exemplo: os atendimentos aconteciam na sala em frente a uma quadra poliesportiva. Quando os educandos do ensino médio se dirigiam para a aula de educação física, o faziam com barulho, conversas em voz alta, música com volume alto no celular, dentre outros alaridos. Nestes momentos D.O. se deslocava até a janela da sala do SAEDE e solicitava, por meio do gesto característico de silêncio, que diminuíssem o “barulho”, porém, era ignorada pelos educandos. Para instigar a comunicação, utilizei livros, histórias, gravuras, conforme sugerido por uma fonoaudióloga em conversa informal. Mencionava fatos ocorridos em sua vida por

meio de gestos, os quais a copesquisadora tentava entender, mediante perguntas sobre os prováveis lugares e pessoas que pudessem estar relacionados com os gestos. Quando a interpretação da copesquisadora era correta, D.O. meneava a cabeça afirmativamente, quando não acertava, ela fazia expressões faciais e gestos com as mãos, na maioria das vezes acompanhadas por vocalizações.

D.O. participava, no ano de 2009, de diversas atividades extraclasses no contraturno escolar, a saber: nas segundas e terças-feiras atendimento no SAEDE e futebol; nas terças e quintas-feiras aula de dança e catequese; nas sextas-feiras, a mãe a levava para possíveis tratamentos e, conseqüentemente, a cura da não oralização da filha.

Importante ressaltar que em diversos momentos a mãe relatou à copesquisadora que sobrearregou a filha com atividades extraclasses com o objetivo de diminuir a inquietude, afirmando: “é bom para ela gastar energia”. Estas inúmeras atribuições me pareceram comprometer os atendimentos no SAEDE, pois, na maioria das vezes, se mostrava apática, com certa rebeldia e cansaço. Sugeri à família que diminuíssem as atividades extracurriculares. A mãe pareceu ter compreendido. D.O. não participava das aulas de dança e do futebol. Percebi que a redução provocou uma transformação significativa, na medida em que permanecia mais atenta nas atividades.

No final do ano de 2010, a mãe mencionou que a família estava passando por momentos difíceis, e que estava cansada de tanto correr atrás da solução ou o motivo de D.O. não falar. Disse também que o médico neurologista havia suspenso o uso do medicamento da filha. Questionou-me se os atendimentos poderiam ocorrer somente uma vez por semana. De fato, as dificuldades familiares estavam interferindo no comportamento de D.O. Em razão disso, conversei com a equipe da pesquisa da FCEE e decidimos atender a solicitação da mãe. Prudente dizer que a redução no atendimento não prejudicou a intervenção. Conforme Paniagua, “O fato de que ser pai seja algo habitual não significa que seja fácil e, quando o filho tem uma dificuldade séria, tudo pode tornar-se particularmente difícil”. (2010, p. 331)

Constatei, ao término dos atendimentos, que os objetivos de qualificar os processos atencionais foram atingidos, pois passou a ter mais tolerância para aguardar a vez para jogar e as suas ações estavam mais ponderadas e organizadas.

Com referência a oralidade, já estava mencionando “mama” para mamãe, “papa” para papai, “xis” para abacaxi.

Em relação à escrita, continuou a fazer registros em forma de “bolinhas” e rabiscos, sem significá-los.

Nome: A.E.

Data de nascimento: 23/01/1997

Diagnóstico: TDAH

O casal tem 2 (dois) filhos, sendo A.E. o caçula. A mãe não exerce função remunerada e o pai é mecânico de caminhões. Ambos concluíram o ensino médio.

A mãe relatou que A.E. é muito teimoso, principalmente quando deseja algo que lhe é prometido. Irrita-se quando a promessa não é cumprida. “É muito malcriado, grita muito e fala muitos palavrões.”; “[...] eu não dou mais conta dele, os deveres e os trabalhos eu preciso dizer para fazer”; “[...] às vezes é muito infantil”. Esses comentários aconteceram na presença de A.E.

Durante o ano de intervenção, a família foi bem presente, atendendo as solicitações da copesquisadora. Quando A.E. não podia comparecer aos atendimentos, a mãe telefonava justificando a ausência.

Faz uso de medicação para TDAH, prescrito por uma neurologista.

Começou os atendimentos em setembro de 2009, individualmente, com sessões de 60 (sessenta) minutos, inicialmente participativo, interessado nas atividades propostas, principalmente no “Jogo da Cilada” e no “Logix”. Nas atividades que necessitavam da escrita e leitura tinha pouca tolerância. Por exemplo: “Sudoku” e “Racha-Cuca”.

Mesmo cursando a 6ª série do ensino fundamental, os textos elaborados por ele eram com frases curtas e infantilizadas, por exemplo: “A água é boa. A água é branca. A água é limpa”. Texto elaborado em uma aula de ciências versando sobre o tema “água”. Este texto foi trazido nos atendimentos da pesquisa pela mãe de A.E., para que a copesquisadora conversasse com ele, orientando-o quanto à necessidade de ter mais desenvoltura na escrita, de ter mais leitura, porque a produção escrita não estava coerente com a idade e série. Em vários momentos a copesquisadora conversou com ele, mas A.E. demonstrou não ter interesse, dizia que já estava aprovado (não estava) e que não precisava ler mais. Dizia também que não tinha tempo porque trabalhava no supermercado do avô. Importante dizer que ele auxiliava o avô dois dias na semana e nos finais de semana, perfazendo um total de 12 (doze) horas semanais.

Durante as intervenções, e alguns relatos da família, percebemos que A.E. tinha consciência do seu diagnóstico. Quando conversei a respeito das responsabilidades dele na realização da tarefa escolar, por exemplo, ou quando negava auxílio nos afazeres domésticos, dizia que a responsável era a mãe: “Não posso fazer nada, eu tenho um problema, sou esquecido, a mãe tem que me lembrar”. Sugeri à mãe mudança de atitude, haja vista que, aparentemente, ocorria uma superproteção por parte da genitora e certa autoridade exacerbada por parte do pai. Em virtude dessas situações, houve a necessidade de diversificarmos os atendimentos, ou seja, não só pedagógico, mas também conciliatório.

Outro fato que concorria aos atendimentos era a necessidade de orientá-lo quanto à se-

xualidade, pois se mostrava totalmente ignorante quanto, por exemplo, à reprodução humana. Propusemos uma atividade para ser realizada na residência de A.E. entre os familiares, com o objetivo de que pudessem conversar sobre diversos assuntos, inclusive sobre sexualidade, haja vista que os pais tinham vergonha em falar sobre este tema. Porém, esse fato não aconteceu como o planejado, pois a família não se dispôs a realizá-lo.

Para concluir, é prudente dizer que os fatos descritos acima não são para destacar fatos negativos ou impeditivos da intervenção pedagógica, mas sim os mais significativos, pois, mesmo mantendo como propósito a qualificação dos processos atencionais, a intervenção realizada durante a pesquisa não resultou em mudanças no déficit de atenção, nem no comportamento de A.E. Destaca-se na perspectiva da pesquisa que seu objetivo reitor era o de desenvolver metodologia de atendimento aos educandos com diagnóstico de TDAH, e não o de modificação comportamental que não era decorrente do transtorno.

Nome: L.I.

Data de nascimento: 18/04/2001

Diagnóstico: TDAH

A família de L.I. é constituída de mãe, padrasto e quatro filhos, sendo que três do primeiro casamento. Ele é fruto de um namoro que antecedeu o atual relacionamento. Atualmente, a mãe exerce a função de auxiliar de serviços gerais, no período matutino, e no período vespertino é diarista. O padrasto é vigia noturno. Ambos não concluíram o ensino médio.

A família mencionou que L.I. “É muito teimoso, mas muito esperto.”, “[...] gosta de comer muito é não tem hora para isso.”, “[...] a avó é que dá comida e faz as vontades dele, sempre que pede.”, “É muito agitado, por isso come muito.”, “Gosta de assistir televisão, principalmente desenhos do Ben 10, Power Rangers [...]”. Ainda, conforme a mãe, a avó demonstra sentimento de superproteção e piedade, faz tudo o que ele quer. Ocorre conflito familiar nesse aspecto.

Nesse período de intervenção a família foi bem presente, informando, por telefone, quando não havia disponibilidade de levá-lo aos atendimentos. Preocupavam-se com o apetite exagerado. O neurologista o diagnosticou com quadro de ansiedade e prescreveu antidepressivo, ansiolítico e estimulante do sistema nervoso central, para controle do TDAH. E sugeriu controle da alimentação. Segundo a mãe, ele come em qualquer horário e exageradamente. A genitora iniciou uma dieta (sem orientação de um profissional), reduzindo drasticamente a quantidade de alimentos, porém, não informou e também não explicou o motivo para o filho. Diante dessa redução alimentar, segundo relato do padrasto, L.I. apresentou comportamentos agressivos, gritando e ofendendo a todos da família, em casa. No SAEDE, dizia que estava com fome e sono. O que interferiu na qualidade do processo e produto das atividades.

L.I. está frequentando a 3ª série do ensino fundamental de oito anos, não está alfabetizado. Conhecia algumas letras, mas não fazia relação entre grafema e fonema. Escreve algumas letras de forma espelhada, principalmente o “n” do seu nome.

Iniciou o atendimento individual no SAEDE em agosto/2009, com sessões de 60 (sessenta) minutos.

Durante as intervenções, o educando realizava as atividades sugeridas, porém, quando estas não eram as que queria fazer, apresentava atitudes inapropriadas, como levantar a mão ameaçando agredir a copesquisadora, retirar-lhe os óculos, bater o pé numa manifestação de birra, além de alterar a voz caluniando-a de bater nele. Nestes momentos, a copesquisadora entrevistava de forma clara e objetiva, esclarecendo que estas atitudes eram desagradáveis e desnecessárias. Como o padrasto ficava aguardando o término do atendimento na antessala, solicitava que entrasse na sala para ver o comportamento do enteado. Nestes momentos dizia que em casa era semelhante, quando deseja brincar com o que não lhe era permitido, também reagia com comportamentos inconvenientes e declarou: “[...] para evitar conflitos em casa, as vontades são sempre realizadas”.

Sugeri à família, mudança de atitudes, com a imposição de limites, que deveriam explicar ao L.I. a necessidade de cumprir as regras estabelecidas em casa, pois elas são para todos da família.

Em outras ocasiões, o educando mencionava ou relacionava fatos com alguma atividade que estava sendo realizada, por exemplo: atividade da sequência lógica (índio/peixe), quando finalizou disse: “[...] ontem eu comi peixe, é bom, deixa a gente forte.”, (erguendo os braços). Também comentava sobre os filmes, principalmente dos Power Rangers, narrava e imitava, enaltecendo as armas e os monstros. Esses fatos também aconteciam na escola (sala de aula e recreio), L.I. corria atrás dos colegas para “matá-los”. Algumas vezes, nestas circunstâncias, a escola chamava a família para levá-lo embora. Em outra ocasião, em casa, pôs fogo nos pés, para imitar e ver como ocorre a transformação do Ben 10.

L.I. apresentava pouca tolerância para realizar a maioria das atividades, agia com impulsividade, principalmente quando não tinha interesse. Nestes casos não respeitava as regras do jogo, não aguardava a sua vez para jogar, virando ou tocando nas peças para compor o par (jogo da memória). Foi necessário repensar o planejamento, buscando alternativas que proporcionassem mais interesse nas atividades, como por exemplo, utilizando o jogo da memória Ben 10, um dos seus preferidos.

Finalizando, depois desse período de intervenção, percebi que L.I. mudou o comportamento. Estava mais compreensivo, realizando e respeitando as regras estabelecidas nos jogos e aceitando as atividades, mesmo aquelas que outrora não lhe proporcionavam. “Esse é legal Cida, eu gosto muito da Cida”. Prudente dizer que, as fugas, atitudes agressivas e birras, podem estar relacionadas à falta de limites estabelecidos nas relações sociais de L.I., e não diretamente relacionadas ao diagnóstico de TDAH. A qualificação dos processos atencionais contribuiu com as mudanças comportamentais.

Nome: S.F.

Data de nascimento: 10/10/1999

Diagnóstico: TDAH

A família é constituída de mãe e 3 (três) filhas de três relacionamentos. S.F. é filha do segundo relacionamento. O pai é falecido; a mãe é funcionária pública, possui nível superior.

Conforme relato da mãe, S.F. tem iniciativa para realizar algumas atividades diárias, não mencionou quais. Também citou que tem muita dificuldade para auxiliar nos afazeres da escola: “Brigamos muito, quem ajuda é o meu sobrinho, mas é às 23h15min, quando chega da universidade”. Quando não deseja realizar as atividades, esconde os cadernos. Apresenta comportamentos agressivos em casa, “Tem ciúme do meu namorado e da irmã pequena” (*sic* mãe).

Faz uso de medicação para TDAH, prescrito pelo neurologista.

Durante os dois anos de intervenção, inicialmente, a família foi presente, porém, no ano de 2009, a mãe passou a trabalhar em período integral, o que acarretou dificuldades na comunicação. S.F. ficava sozinha em casa, não tendo iniciativa ou entendimento da necessidade de informar à copesquisadora sobre o não comparecimento, ou quando comparecia não era no dia e horário corretos. Em uma ocasião ela saiu para vir ao SAEDE, mas no transcurso, encontrou um cachorrinho em frente de uma casa, entrou e ficou brincando, esquecendo do compromisso. No outro dia, fui informada pela diretora da escola do ocorrido, mas quando perguntei a S.F. sobre o acontecimento, mudou de assunto. Em relação às faltas, ela respondia que estava doente, que havia ido ao médico. Porém, durante nossas conversas, constatei que S.F. esquecia de vir ao SAEDE, dormia, ficava assistindo filme [...].

S.F. frequentava a 4ª série do ensino fundamental de oito anos, mas não estava alfabetizada. Na matemática reconhece os números, mas não fazia relação com a quantidade, necessitando de recurso concreto para fazer adição e subtração de unidades. O mesmo acontecia com as cédulas de dinheiro fictício, reconhecia, mas não fazia relação com o valor monetário. No final da pesquisa, quando sentia necessidade de calcular, por exemplo, o fazia contando os centímetros/milímetros da régua. Permanecia com dificuldades na divisão.

Em relação à leitura e escrita houve relativo ganho. Ao final do ano de 2010, ela havia ampliado o vocabulário, estava escrevendo, não só o nome dela, mas também estava começando a estabelecer relação entre fonema e grafema, hipotetizando a escrita.

De outubro/2008 até dezembro/2009 o atendimento foi em grupo. No início, S.F. era tímida, o que dificultou a relação entre os colegas, pois eles eram muito falantes e agitados, e ela não tinha espaço para se expressar. Foram necessárias atividades diversas para diminuir a timidez, como por exemplo, a história da formiga que gostava de ajudar as outras, cujo sentido era de que, mesmo sem ter nada, a formiga ajudava as demais. Perguntei se haviam entendido a história e solicitei que cada um dissesse 3 (três) palavras que haviam lembrado (sem repeti-las). Após

cada educando dizer, escrevi no quadro e montei um caça-palavras, no qual deveriam achá-las. Prudente salientar que, apesar das enormes dificuldades que senti em atender 3 (três) educandos com o diagnóstico de TDAH, por ser um grupo muito disperso, falante e com muita impulsividade, para S.F. foi muito significativo. Ela estava mais colaborativa e compreendendo o trabalho no coletivo. No ano de 2010, S.F. passou a ser atendida individualmente, porque um dos educandos foi transferido de município e o outro foi atendido em uma escola mais próxima da residência dele (a pedido da família).

Com o objetivo de auxiliá-la na organização espaço-temporal, elaborei, com a participação de S.F., um calendário, conforme a programação da televisão, de acordo com sua preferência e, com base nos horários das aulas de artes e educação física. Todavia, este recurso foi infrutífero, em razão de S.F. tê-lo extraviado. Sendo assim, durante as orientações, solicitei à segunda professora que a lembrasse verbalmente dos horários do SAEDE.

Em alguns momentos, S.F. se dirigia à sala do atendimento sozinha, porém, quando havia atividades no pátio da escola com os outros educandos, como por exemplo: arrumação do pátio para a festa do dia das mães ou outra atividade com a professora de artes, ela ficava esperando que eu fosse buscá-la ou que um profissional da secretaria a levasse para a sala. Em resposta a minha indagação sobre sua atitude, respondeu: “Eu tenho medo deles”. M.E. não participava das aulas de educação física, e no recreio estava sempre sozinha, em ambos os casos ela fica brincando e falando com pedrinhas que estavam espalhadas no chão do pátio.

Esses comportamentos de isolamento não se manifestavam no atendimento individual do SAEDE. Nestas ocasiões percebi que era mais falante, relatando fatos do dia a dia. Nas atividades com jogos, tais como: “Cilada”, “Resta Um”, “Sete Erros”, dentre outros, S.F. planejava e organizava as ações, atenta e concentrada no que estava fazendo. Estas atitudes parecem ser incompatíveis com o quadro de transtorno de déficit de atenção com hiperatividade. Esta análise será aprofundada no capítulo deste relatório dedicado às considerações finais.

Nome: R.F.

Data de nascimento: 10/10/2000

Diagnóstico: TDAH

R.F. é filho único. O pai é vigia noturno, a mãe cozinheira. Ambos não concluíram o ensino fundamental. No início do ano de 2010, a mãe começou a frequentar a Educação de Jovens e Adultos, “Preciso saber mais, para ajudar o R.F., também quero fazer a faculdade de nutrição”.

A família foi presente nesses dois anos de intervenção, e nas raríssimas vezes que o filho necessitava faltar, o pai, que também era responsável em levá-lo ao atendimento do SAEDE, avisava. Importante dizer que esses atendimentos aconteciam numa escola distante da sua residência.

Faz uso de medicação, prescrito por neurologista, para TDAH.

R.F. estava matriculado e frequentava a 3ª série do ensino fundamental de oito anos. A leitura, a escrita e a fala eram realizadas com trocas ou omissão silábicas, “BIGA” para BRIGA, “CALO” para CARRO [...]. Segundo sua mãe, esse fato produzia inibição e medo de falar, haja vista que os seus colegas, e alguns parentes, riam do seu jeito de se comunicar. R.F. não costumava perguntar para professora quando tinha dúvidas, por vergonha (*sic* mãe). A família procurou orientação de uma fonoaudióloga ou de uma instituição especializada. Por razões financeiras não foi possível dar continuidade a esta terapia. Não há atendimento pelo SUS de fono (*sic* mãe). Com referência à matemática, apresentava dificuldades na multiplicação e na divisão, necessitava de material concreto para realizar as operações, mas mesmo assim não era bem sucedido. Raramente R.F. prestava atenção nas aulas, preferia ficar desenhando bonecos do desenho animado “Naruto” ou do “Ben 10”, talvez por não conseguir acompanhar as aulas.

De outubro/2008 até dezembro/2009 o atendimento foi em grupo. Também, durante as intervenções falava pouco, mas sempre muito agitado motoramente, vivia correndo entre as cadeiras. Além da inibição, talvez ocasionada pelas omissões ou trocas de sílabas na fala, o grupo em que estava, muito agitado e falante, não possibilitava ao educando expressar sua opinião. Utilizei recursos dos mais variados, entre eles: jogo da memória do “Ben 10”, das “Meninas Superpoderosas”, jogo do “mexe-mexe”, histórias infantis que falavam sobre como ajudar/trabalhar em grupo. Aos poucos parece que internalizaram como trabalhar em grupo.

No ano de 2010, a pedido da família, em função do horário de trabalho do pai de R.F. e da disponibilidade de horário da copesquisadora, passou a ser atendido em uma escola mais próxima de sua residência, e o atendimento foi individualizado. Também, em função da proximidade da escola com sua residência o educando deslocava-se sozinho.

Quando iniciamos o atendimento individual, percebi que R.F. estava mais centrado, dialogando e comentando sobre o desenho infantil “Naruto”, que assistia na televisão, como também perguntava sobre vários assuntos, entre eles animais da pré-história – dinossauros [...], sobre os outros alunos atendidos pela copesquisadora: “Como são os *outos* teus alunos [...]?”.

Importante destacar que, na escola onde era realizado o SAEDE, também funcionavam os SAEDEs: DV, DA e DM, e que o SAEDE TDAH, por ser uma pesquisa, acontecia na mesma sala e horário do DV. As professoras colocaram um armário para demarcar os espaços. No início, curioso em saber o que estava acontecendo, em virtude do barulho da máquina Braille, R.F. se dirigiu à professora perguntando sobre a máquina, para que servia, se ele poderia mexer... Após saciar a curiosidade, reiniciamos as atividades.

Geralmente, R.F. perdia seus pertences ou esquecia aonde havia colocado. Em contrapartida, planejava e organizava as ações para desenvolver as atividades, apesar da agitação motora. Outro fato que merece destaque foi em uma ocasião em que ele mencionou que havia pego um livro na biblioteca sobre dinossauros. Quando questionei sobre a leitura, ele abaixou minha cabeça e disse: “É *pala* fala baixinho, eu não sei onde tá, já mexi em tudo lá em casa, acho que *pedi*”. Sugeri anotar os afazeres e afixar em local visível, ele o fez, porém esquecia de olhar para anotação.

No final desses 2 (dois) anos de intervenção a agitação motora de R.F. diminuiu, demonstrou ter mais tolerância, atenção e concentração para realizar as atividades propostas, como também para ouvir, e aguardar a vez para falar. Como por exemplo: “as damas *pimeio* (primeiro)” ou “você pode *começa*”, dirigindo-se a uma colega do grupo, ou quando perguntava a copesquisadora: “Tu tá cansada? Se *tu* tive cansada, porque tu não dá folga *pala* todos os teus alunos *pala* fica em casa *domindo*”? Conforme a professora de sala de aula: “Ele está muito bem. Agora já pergunta, está até fazendo fofoca sobre os colegas da sala de aula, ele nunca fez isso”.

Destaca-se que desde meados de 2009, R.F. não fazia mais uso do medicamento prescrito pelo neurologista, em 2008.

Nome: N.A.

Data de nascimento: 22/04/1998

Diagnóstico: TDAH

N.A. mora com os avós maternos. O irmão mais novo mora com a mãe e com o padrasto de N.A. Os avós são aposentados e não concluíram o ensino fundamental.

Conforme a avó, “A mãe dele é casada pela segunda vez, já tem outro filho que está com 3 (três) anos de idade. Eles (padrasto e mãe) não aceitam o N.A.”. A avó não comentou sobre o pai biológico. Disse ainda que ela cuida de outros netos e que N.A. não os aceita. Relatou também que o neto é muito agressivo física e oralmente. “Bate nos primos menores, ninguém consegue ficar com ele, a situação piora quando volta da visita à casa da mãe. O padrasto não tem paciência e bate muito nele, e a mãe não faz nada”. Ainda, conforme a avó, “Na escola também é terrível. Já fui chamada várias vezes, agora ele tá suspenso, porque rasgou o livro, bateu e cuspiu num colega da sala”.

A família não era presente e não informava ou justificava as faltas. Por diversas vezes a copesquisadora telefonava, buscando o motivo da ausência, e as respostas eram evasivas: “Não sei, acho que tinha médico”, “Ele precisava ir? Eu não sabia”.

Faz uso de medicamento, indicado por neurologista, para TDAH.

Frequentava a 6ª série do ensino fundamental. Estava alfabetizado, mas não tinha interesse em se apropriar dos conhecimentos, mesmo com a intervenção da copesquisadora explicando sobre a importância do aprendizado escolar. Ele dizia: “Não preciso saber ler direito e escrever”, “Eu vou ser jogador de futebol”.

Iniciou no atendimento em abril de 2009. Durante o período de intervenção, mostrou-se diferente do comportamento relatado pela avó. Era educado, carinhoso, flexível aos questionamentos, realizando as atividades com atenção e concentração, principalmente nos jogos como: “UNO”, “Cilada”, “Imagem e Ação” entre outros. Quando N.A. solicitava alguma atividade de sua preferência e, por algum motivo não era possível atendê-lo, a copesquisadora explicava e ele prontamente entendia e realizava a atividade proposta.

O educando comentava fatos ocorridos na escola que o desagradava, por exemplo: ocorreu na sala de aula, troca de materiais de várias educandas, das mais “CDF” (expressão de N.A.). A escola o culpou pelo ocorrido. Porém, nesse dia ele havia faltado à aula. Na orientação, ouvimos de alguns professores e da equipe técnica: “Não sabemos o que fazer como ele”. “É extremamente hostil ao grupo da sala”, “Não respeita ninguém”.

O atendimento foi finalizado em novembro do mesmo ano. Após várias tentativas (telefonemas) para a família, para saber qual o motivo das faltas. Soube, por intermédio de uma tia, que N.A. havia se mudado para outro bairro e que não iria mais frequentar o SAEDE. A tia informou também que ele iria estudar em outra escola, mas não soube dizer qual, nem mesmo o nome do bairro. Assim, N.A. foi desligado do SAEDE.

Nome: N.R.

Data de nascimento: 22/05/1995

Diagnóstico: TDAH

O casal tem 5 (cinco) filhos. N.R. foi adotado, é o único do sexo masculino e o caçula. A mãe não exerce função remunerada e o pai é funcionário público federal. Ambos concluíram o ensino médio.

Os pais relataram que N.R. sabe da adoção, mas não fala sobre o assunto. Comentaram também que ele é atendido 1 (uma) vez por semana por um psiquiatra, em função do comportamento introspectivo, e que havia tentado por duas vezes o suicídio. Relataram ainda que, quando frequentava as primeiras séries do ensino fundamental, o seu lanche e os materiais escolares eram roubados, apanhava dos colegas e, na maioria das vezes, a professora o colocava no horário do recreio na sala da coordenação, pois atribuía a ele a responsabilidade das agressões, ou seja, que ele permitia ser agredido. Importante dizer que, apesar de N.R. nunca ter comentado sobre estes eventos, nem a escola ter informado à família, eles vieram à tona quando começou a manifestar sintomas psicossomáticos, tais como: febre alta, corpo avermelhado, suor excessivo, sendo então diagnosticado pela psiquiatra “fobia escolar”. Diante disto, a família procurou a escola, a qual sugeriu o desligamento. R.N. permaneceu dois anos em casa. Os pais perceberam o filho mais depressivo, sem amigos e com pouca conversa, limitando-se a falar apenas o extremamente necessário. Passou a fazer uso de medicamento para depressão e TDAH, indicado por psiquiatra e neurologista, respectivamente. Com a intenção de reverter a situação, a família mudou de domicílio, indo residir em outro município, outra escola, outros amigos.

Nesse tempo de intervenção, de outubro/2008 a novembro/2009, a família foi presente e preocupada com N.R., principalmente em relação ao suicídio. Vigília constante. Quando precisava faltar aos atendimentos, o pai telefonava para a copesquisadora justificando a ausência.

Frequentava a 6ª série do ensino fundamental. Está alfabetizado. Em algumas disciplinas (ciências, matemática, português), N.R. apresentava dificuldades, não conseguia compreender os conteúdos e não fazia os questionamentos necessários para os professores, permanecendo com dúvidas, distraíndo-se. Conforme relato da equipe escolar, N.R. era considerado um “debochado”, “mal-educado”, “péssimo exemplo para os demais alunos da sala”, “só pede para ir ao banheiro ou tomar água”. Durante os atendimentos, a copesquisadora conversou diversas vezes com ele sobre estes comportamentos. Ele justificava dizendo que se sentia um “peixe fora d’água”, em função da idade e do tamanho. Estava com quase 14 anos, numa 6ª série, com crianças com 10 (dez) e 11(onze) anos de idade.

O início dos atendimentos foi muito difícil. N.R. demonstrava não estar interessado nas atividades. Calado, limitando-se a responder somente sim e não, com os olhos sempre abaixados, parecendo estar desconfortável em estar no SAEDE. Utilizei várias estratégias para obter sua con-

fiança, entre elas: caminhadas pela escola ou nas proximidades, conversas e textos sobre futebol, música, entre outros. N.R. era muito desatento, pouquíssima concentração e, conforme dizia a mãe,: “Muito bagunçado. O quarto, a mochila, e o guarda-roupa são desorganizados”.

Prudente dizer que o educando não tinha autonomia. Era muito dependente do pai. Não ia à padaria, supermercado, ... sozinho. Era inseguro, e a família, por medo, não o incentivava (*sic* pai). Em uma de nossas caminhadas, ao supermercado, o pai (que o esperava em frente à escola) foi ao nosso encontro, preocupado em saber por que não estávamos na escola. Expliquei o objetivo. Esclareço que a mãe havia assinado a autorização para saída.

No decorrer das intervenções, N.R. estava mais participativo, mais confiante e foi se permitindo ouvir e falar. Questionava e comentava sobre vários assuntos: “ficantes”, futebol, situações do dia a dia e da adolescência, por exemplo: “vou ser *DJ* Cida” – referindo-se ao fato de um amigo o ter convidado para auxiliá-lo a colocar o som em eventos na comunidade. Dias depois, trouxe a camiseta que o classificava como *DJ*, e não auxiliar. Notadamente o processo da atenção e concentração estava mais qualificado.

Em outubro/2009, o educando mencionou que talvez fosse trabalhar como *office-boy* numa imobiliária perto da sua residência, e que precisaria se afastar do SAEDE. “O que tu acha?”, “Se der certo, eu vou fazer supletivo, eu vou pagar [...]”. “É isso que eu quero Cida. Quero trabalhar e fazer um curso de música ou informática, mexer com as peças do computador”.

Em novembro/2009, a família compareceu na escola aonde ocorriam os atendimentos, informando que N.R. havia começado a trabalhar numa imobiliária: “Ele ta muito feliz, é outra pessoa, vai pagar os estudos [...]”. “Ele senta para conversar comigo, não fica tanto no quarto” (*sic* mãe). O pai também mencionou que percebeu mudanças no filho, apesar da desorganização, ele lembra do que precisa realizar: “Eu não preciso mandar tantas vezes, digo somente uma vez”. A família agradeceu pelos atendimentos. Também agradeceu pela confiança e por seguirem as orientações.

Diante do exposto, N.R. foi desligado no final de novembro/2009.

Nome: B.E.

Data de nascimento: 16/12/1996

Diagnóstico: TDAH

A família de B.E. é constituída da avó e 4 (quatro) netos, ele é o terceiro. Conforme relato da avó, os pais deles faleceram com AIDS e overdose por drogas ilícitas. Ele e duas irmãs estão sob os cuidados da avó materna. A caçula foi adotada pelos tios maternos. A avó exerce função de faxineira. Não soube informar a escolaridade.

Ainda conforme relato da avó, o neto é muito agressivo física e verbalmente, não respeita ninguém, inclusive na escola, gosta de ficar na rua até tarde da noite: “Sou sempre chamada na escola”. Ela não era presente e parecia não demonstrar preocupação com as atitudes de B.E., e não manifestou interesse quanto à participação do neto na pesquisa ou pelo processo acadêmico. Apesar de, reiteradamente, a escola e a copesquisadora a chamarem para conversar sobre as inúmeras faltas ao atendimento no SAEDE e sobre os comportamentos inapropriados na instituição, não comparecia e não justificava o motivo da ausência. As atitudes agressivas de B.E. geraram vários boletins de ocorrências por parte de alguns pais e também de alguns professores. Em consequência deste comportamento, alguns educandos desta turma, por desejo de seus pais, foram transferidos para outras turmas, de turno ou mesmo de escola.

Frequentava a 3ª série do ensino fundamental de oito anos, não estava alfabetizado. Conhecia as letras, mas não fazia relação entre grafema e fonema, tão pouco distinguia os sinais gráficos. Parecia não estar disposto a aprender. Segundo os relatos da equipe de profissionais da escola e, principalmente, dos professores da sala de aula: “É muito difícil o relacionamento com B.E.”, “Suas respostas para as perguntas feitas na sala de aula ou de um colega, na maioria das vezes são de forma vulgar, ofensiva e relacionadas com a sexualidade”. “Está sempre batendo em alguém, os colegas têm medo dele”. Diante desse quadro, a escola, a copesquisadora e uma pedagoga da FCEE, por sugestão desta, fizeram várias visitas ao Conselho Tutelar com o objetivo de conseguir atendimento com psiquiatra, sem sucesso. Mediante a insistência da pedagoga, o Conselho o encaminhou para um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPSI, que o avaliou e considerou inelegível para o atendimento, uma vez que, segundo relato por escrito, não identificaram problemas psicológicos, e sim, pedagógicos. Sugeriram que a escola flexibilizasse as atividades acadêmicas com B.E. Nessa época também começou a frequentar uma organização de assistência social que desenvolve programas sociais e profissionais, por intermédio da escola. Mas devido às inúmeras faltas, foi desligado. Importante dizer que a escola mostrou empenho em querer contribuir com o aprendizado do educando, mas a família foi bastante ausente neste processo.

Durante os poucos atendimentos que compareceu, B.E. não manifestou os comportamentos citados. Realizava as atividades, algumas dessas com auxílio e orientação, pois se dispersava

querendo saber o que estava acontecendo fora da sala do atendimento. Também apresentava nas atividades pouca tolerância para aguardar a sua vez. Conversava com tranquilidade, fazendo muitas perguntas: “Cida, tu visse o filme de ontem à noite [...]”, ou sobre assuntos diversos, inclusive sexualidade. Quanto a esta, apesar de perguntar, não queria ouvir as repostas: “Não precisa responder”. Por inferir que se sentia constrangido em função de eu ser mulher, sugeri que perguntasse para alguém do sexo masculino, e de confiança. Fui informada pela Diretora que não havia ninguém na escola para orientá-lo quanto à sexualidade. Não tocou mais no assunto. Quando eu perguntava sobre as faltas, respondia: “Eu gosto de ficar na rua brincando. Vou muito à casa de um homem”.

Conforme mencionado anteriormente, a avó não atendia às solicitações para comparecer na escola e no SAEDE e, sendo assim, por orientação da Gerência de Educação da Grande Florianópolis, B.E. foi desligado.

Nome: E.L.

Data de nascimento: 05/04/2000

Diagnóstico: TDAH

A família de E.L. é constituída de mãe, padrasto, 2 (dois) filhos e 1 (um) sobrinho, sendo que ele é fruto de um namoro que antecedeu o atual relacionamento. Atualmente, a mãe não exerce função remunerada e o padrasto, segundo informações da mãe, é autônomo. O pai biológico reside em outro Estado. Com referência à escolaridade, a mãe não soube precisar até que série estudou. Informou que E.L. é muito esperto, agitado, mentiroso, muito teimoso e, quando deseja algo, bate o pé, perturba até ela ceder. Em muitos momentos, a família utiliza o desejo do filho para ver o pai e promete que “Se tu se comportar, tu vai ver o teu pai em São Paulo” (mãe), este fato até o momento não foi realizado. Expressou que tem muita preocupação com o filho: “... ele pula o muro da escola ou não aparece, eu preciso ligar para a escola todos os dias para saber se ele está lá, eles avisam que não compareceu, mas ele diz que estava, mas eu sei que é mentira dele” (sic mãe).

A mãe informava quando E.L. não poderia comparecer aos atendimentos. Também telefonava para a copesquisadora para confirmar se ele tinha ido ao atendimento. Algumas vezes E.L. não comparecia. Quando eu questionava a família sobre o motivo da ausência, diziam: “O E.L. falou que não ia ter”. Esse fato aconteceu em várias ocasiões. Quando perguntava a ele sobre o motivo das faltas, respondia com subterfúgios ou de forma direta: “Fiquei vadiando por aí”.

Frequentava a 3ª série do ensino fundamental de oito anos. Está alfabetizado, mas não demonstra interesse pelos conteúdos curriculares. Na leitura e na escrita apresenta dificuldades, principalmente para interpretar. Na matemática realiza cálculos de adição e subtração com auxílio de material concreto. Na multiplicação e divisão não consegue ainda efetuar os cálculos, sendo necessário a intervenção da segunda professora da turma para que realizasse ou tentasse.

Apesar dos problemas de comportamento e assiduidade, E.L. participava das atividades propostas, com atenção e concentração e tolerância. Aguardava a sua vez para jogar, tinha interesse nos seguintes jogos: “cilada”, “sete erros”, “dominó”, “memória”, mas também jogava os demais. Porém, quando não desejava jogar ou realizar a atividade planejada para o momento, batia o pé, mexia nos objetos da sala, falando palavrões para a copesquisadora e a enfrentava dizendo: “Tu não vai falar nada”. Essas atitudes pareciam ser uma forma de desafiá-la.

Em outros momentos agia de forma colaborativa, como por exemplo, quando sugeriu e trouxe o jogo dos pontinhos – união de pontos para formar quadrados. Essa atividade requer muita atenção e concentração, e para ele era prazerosa: “É muito bom, não é Cida? Dá para trabalhar bastante com ele, mostra para os teus outros alunos”. Concordei e, durante os outros momentos em que jogávamos, mencionei que os outros educandos também haviam gostado e que ia ajudá-los. E.L. esboçou um sorriso parecendo ser de satisfação.

Ao término da pesquisa, reforcei a impressão que vinha tendo sobre o diagnóstico de E.L., ou seja, suas características comportamentais não são compatíveis com o diagnóstico de TDAH, e podem ser consequência do manejo familiar, e contribuindo para a defasagem acadêmica.

Na elaboração deste relatório, o orientador, que também tem formação em psicologia, inferiu que as características comportamentais de E.L. são mais compatíveis com transtorno de conduta, conforme expressa a Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão – CID-10.

Os transtornos de conduta são caracterizados por um padrão repetitivo e persistente de conduta anti-social, agressiva ou desafiadora. Tal comportamento, quando em seu maior extremo, deve alcançar violações importantes das expectativas sociais apropriadas à idade do indivíduo e é, portanto, mais grave que travessuras infantis ou rebeldia adolescente normais. Atos anti-sociais ou criminosos isolados não são, em si mesmos, base para o diagnóstico, o qual implica num padrão permanente de comportamento.

[...]

Julgamentos acerca da presença de transtorno de conduta devem levar em consideração o nível de desenvolvimento da criança. Acessos de birra, por exemplo, são uma parte normal do desenvolvimento aos 3 anos de idade e sua mera presença não seria base para o diagnóstico. Igualmente, a violação de direitos cívicos de outras pessoas (como por crime violento) não está dentro da capacidade da maioria das crianças com 7 anos de idade e então não é um critério diagnóstico necessário para esse grupo etário.

Exemplos de comportamentos nos quais o diagnóstico está baseado incluem os seguintes: níveis excessivos de brigas ou intimidação; crueldade com animais ou outras pessoas; destruição grave de propriedades; comportamento incendiário; roubo; mentiras repetidas; cabular aulas ou fugir de casa; ataques de birra inusualmente freqüentes e graves; comportamento provocativo e desafiador e desobediência grave e persistente. Qualquer uma dessas categorias, se marcante é suficiente para o diagnóstico, mas atos anti-sociais não o são. (1993, p. 260)

Nome: S.M.

Data de nascimento: 27/05/1999

Diagnóstico: TDAH

S.M. é filho único e adotivo. A mãe informou que ele tem consciência do fato, mas nunca comentou sobre o assunto. É funcionária pública, possui nível superior. Quanto ao pai, não se tem informações, porque a mãe praticamente não falou sobre ele, apenas que tem deficiência visual–cegueira.

A mãe relatou que S.M. brinca com amigos, mas na maioria das vezes é sozinho. Participou da escolinha de futebol e que sonha, ser jogador. A mãe comentou também que o filho sofreu muito quando frequentava uma escola particular e que, em virtude do comportamento inadequado (agressividade com os professores e colegas), foi sugerido que estudasse em outra escola. Diante do desgaste emocional e exclusão, a mãe optou pela transferência.

Durante os três meses de intervenção, a família foi bem presente, e quando S.M. raramente precisava faltar, à mãe informava por telefone.

Em função da deliberação da Gerência de Educação da Grande Florianópolis, que mudou o local de atendimento do SAEDE para outra escola, na qual havia mais educandos com diagnóstico de TDAH e, como consequência, a impossibilidade de S.M. se deslocar até esta escola, o atendimento ficou comprometido, pois a copesquisadora não teve condições de atender no sistema de itinerância.

S.M. frequentava a 3ª série do ensino fundamental de oito anos, não estava alfabetizado. Segundo a professora, tinha dificuldades na leitura e escrita, respondia aos questionamentos das atividades escolares oralmente com coerência.

Durante os atendimentos do SAEDE era participativo, atento às informações e às explicações da copesquisadora. Quando as atividades estavam relacionadas à escrita e leitura recusava-se a realizá-las, justificando, no caso de atividades relacionadas à interpretação de histórias: “não consigo ler, porque as linhas e as palavras eram muito juntas”.

No jogo do “dominó”, S.M. organizava as suas ações, elaborando mentalmente cada passo para jogar, “se tu colocasse aqui, que dizer que [aquela] tu não tem”, apontando para as pedras, “então eu vou colocar outra do mesmo número aqui”. Apesar do intenso barulho externo (hora do recreio), não foi impeditivo para a concentração e a atenção de S.M. nas atividades.

Mesmo tendo o diagnóstico de TDAH, S.M. demonstrou durante esse pequeno tempo de intervenção no SAEDE tolerância, tranquilidade, atenção e concentração para realizar as atividades propostas, como também para ouvir e aguardar a sua vez para falar. Estas manifestações comportamentais parecem ser incompatíveis com a sintomatologia esperada para os diagnósticos de TDAH.

Nome: A.N.

Data de nascimento: 24/04/2001

Diagnóstico: TDAH

O casal tem duas filhas, A.N. é a mais velha. A mãe não exerce função remunerada e o pai é militar (exército). A genitora concluiu o ensino médio e o pai está se preparando para seguir na carreira militar (*sic* pai).

A mãe informou que A.N. tem pouca tolerância nas brincadeiras e que não possui organização com seus pertences. Disse também que ela não almoça com calma: “É muito agitada, brinca com a bicicleta por bastante tempo, não para em nenhum momento”. Também mencionou que a filha fica sozinha na hora do recreio, e por isso fala muito na sala de aula. Em contrapartida, o pai dizia que ela corria muito na hora do recreio porque ficava sozinha: “Acho que ela fica sozinha no recreio, porque vive correndo”. Também relatou que: “O transporte escolar passa na casa às 06h20min para buscá-la, e retorna às 14h30 minutos. Ela fica muito cansada”. A residência de A.N. fica muito distante da escola. Sondei sobre a possibilidade de frequentar outra escola, a mãe falou: “tenho medo da mudança”.

O pai gostaria de medicá-la, conforme indicação do psiquiatra, mas a mãe tem medo. Sugeriu que consultassem um neuropediatra, para esclarecer sobre a medicação. Não obtive retorno porque em seguida o pai foi transferido para outro Estado e, em consequência, a família também.

A.N. frequentava a 2ª série do ensino fundamental de oito anos. Está no processo de alfabetização. Apresentava dificuldades em escrever ou ler palavras mais complexas (CH, X, SS, ...). Na matemática resolve com facilidade problemas com dezenas—adição, subtração e multiplicação. Segundo as professoras, a divisão ainda é muito difícil, mas está dentro do esperado para a série e idade.

Nos atendimentos no SAEDE, a educanda era muito falante, questionadora e atenta às informações da copesquisadora. Mexia e remexia-se na cadeira, mas não era impeditivo para realizar as atividades. Mesmo que a atividade fosse mais longa, ela permanecia atenta. Outra questão incompatível com as declarações da mãe era sobre a desorganização de A.N., que não ocorria no SAEDE.

A.N. permaneceu nos atendimentos por apenas 2 meses. O desligamento ocorreu em virtude da transferência do pai para o Estado de Alagoas. Todavia, durante esse tempo, a família demonstrou estar preocupada com o futuro da filha. O pai tinha mais compreensão sobre o diagnóstico e não era superprotetor, ao contrário da mãe.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme citado no capítulo inicial deste relatório, esta pesquisa teve por objetivo a investigação de metodologia para a implantação do Serviço de Atendimento Educacional Especializado – SAEDE, para educandos com o diagnóstico de TDAH, com ou sem deficiência ou comorbidades associadas, matriculados e frequentando o ensino, fundamental da rede regular do sistema estadual de ensino, e que não estivessem recebendo atendimento em instituição especializada.

A concepção inicial da pesquisa seria de atender individualmente 3 (três) educandos, matriculados e frequentando escolas distintas, por uma pesquisadora com 20 (vinte) horas semanais. Como já mencionado, decorrente da análise de processos para contratação de “segundo professor de turma” constatou-se que existiam outros educandos com diagnóstico de TDAH e que poderiam ser contemplados pela pesquisa. Desta forma, foi deliberada a contratação de mais uma profissional, com 40 (quarenta) horas semanais para atuar na função de copesquisadora. No decorrer deste processo, foi sugerido pela FCEE que o grupo atendido pela copesquisadora teria a função de grupo de controle da pesquisa. No entanto, em função da participação da copesquisadora nas orientações da pedagogia mudou o caráter do grupo de controle para grupo experimental.

Faz-se importante mencionar que, desde a escrita do pré-projeto, até a concretude deste relatório, foram 3 (três) anos com dificuldades e êxitos. Explicitando que entendemos que, tanto os entraves quanto os êxitos, não são privilégios desta pesquisa, e sim situações comuns ao processo. Em relação às dificuldades, podemos dizer que a orientação com referência às dúvidas que surgiram no transcorrer das intervenções, por exemplo, no caso dos educandos com baixa visão, cegueira, deficiência intelectual ou surdez associada ao transtorno, não atendeu as necessidades das pesquisadoras. Para desenvolver as atividades com mais qualidade, necessitavam saber o que predominava nos educandos: A baixa visão? Deficiência intelectual? TDAH? Desatenção? Entendemos que tão importante quanto saber sobre a deficiência, é conhecer a pessoa com a deficiência, para que possamos atender e intervir. No início da prática, a orientadora pedagógica da FCEE contribuiu, fazendo valer um dos procedimentos metodológicos da pesquisa. Porém, a contribuição referiu-se apenas ao TDAH, ou seja, as dúvidas permaneceram no que diz respeito às comorbidades e deficiências associadas. Por exemplo, uma educanda tinha diagnóstico de TDAH, deficiência intelectual e baixa visão em um dos olhos e cegueira no outro. Assim, quando não respondia corretamente a uma determinada pergunta, surgia a dúvida: Será que ela não sabe por que não está vendo, ou por que falta atenção? Ou por que não tem o conceito? Mesmo perguntando à educanda se ela estava vendo o objeto, se ela sabia o que era, entre outros questionamentos, muitas vezes ela não sabia dizer ou a resposta não era condizente.

Diante disto, passamos a pesquisar em livros, internet e buscar orientações com profissionais da área da deficiência visual sobre como trabalhar em função da patologia.

Conhecer a história do educando, o contexto em que vive e tratá-lo como sujeito impar, poderá contribuir qualitativamente no desenvolvimento humano. A criança/adolescente com TDAH, como já mencionamos anteriormente, apresenta características específicas, tais como: falta de atenção e concentração, agitação motora excessiva, desorganização e carência no planejamento das ações. Todavia, para ter o diagnóstico é necessário estar associadas outras características, e os sintomas deverão persistir por pelo menos 6 (seis) meses e no mínimo em 2 (dois) ambientes. Por exemplo, na casa e na escola. Ressaltamos que os sintomas devem aparecer de forma exacerbada e que o diagnóstico deverá ser realizado por um neurologista ou por uma equipe multidisciplinar, uma vez que não existe exame específico, mas sim critérios, intensidade ou frequência. Muitos educandos foram diagnosticados com TDAH, porém, no decorrer das intervenções, percebemos que houve equívocos. Alguns apresentaram características do TDAH, mas o que preconizava era a falta de limites sociais de responsabilidade dos pais e/ou superproteção, entre outros.

Como trabalhar as questões de desatenção? Como romper com esse estigma de “cabeça de vento”? Como trabalhar a grande intensidade da agitação motora e mental? Esse foi um grande desafio.

Com o objetivo de reverter os sintomas acima citados, utilizamos, predominantemente, jogos, entendendo que são recursos que proporcionam curiosidade, interesse e motivação e são pré-requisitos necessários ao aprendizado, no sentido mais amplo da palavra, desde que cautelosamente planejado.

Segundo Tessaro (2002, p. 98), ao abordar esta temática, considera: “O jogar fará com que possamos organizar-nos mentalmente, de maneira que, por nossos desejos e emoções, através do brincar possamos vencer, perder, ganhar...”.

Quando a criança/adolescente joga, é fundamental que o educador esteja atento não só às regras e ao resultado, mas também ao processo utilizado pelo educando. No caso de pessoas com TDAH, é primordial também proporcionar situações que provoquem o planejamento das ações, exercitem a memória, desenvolvam a concentração e a atenção, não só ao jogo, mas em outras atividades de forma geral. Podemos citar como exemplo, uma atividade cujo enunciado é “Complete e Pinte” (Anexo 06). Importante explicitar que o objetivo da pesquisadora era trabalhar a percepção e a atenção da educanda. Para tanto, perguntou: “O que estás vendo?” Ela respondeu: “Sabes que eu fui na casa do meu padrinho”. “A minha vizinha ganhou um cachorrinho”. Importante dizer que era uma prática acordada entre ambas que contariam as novidades antes de começar a desenvolver as atividades, portanto, ela já havia comentado no início do atendimento sobre esses acontecimentos. A pesquisadora lembrou a educanda de que já haviam falado sobre esses assuntos, e chamou a atenção dela perguntando: “Está faltando

algo nas gravuras?” Ela disse que não faltava nada. A pesquisadora então fez o pareamento para que ela percebesse.

O que parece simples tornou-se complexo, uma vez que inicialmente a desatenção predominou e ela teve dificuldade em realizar a tarefa. Fazer pareamento, focar a atenção, perceber detalhes, são atitudes que necessitam ser estimuladas nos educandos com TDAH.

É possível planejar e executar atividades que vão ao encontro das necessidades reais dos educandos. Conforme Vygotsky (1994) “[...] na medida que o jogo se desenvolve, observa-se um movimento em direção à realização consciente do seu propósito” (*apud*, Volpato, 2000, p. 87). Para ilustrar o que está dito, elencamos algumas atividades e jogos que foram utilizados durante as intervenções com o objetivo de desenvolver a autorregulação do comportamento. (Anexo 7)

É fundamental que o educador utilize os jogos e demais atividades como recurso pedagógico, de forma planejada, prazerosa, e que em hipótese alguma seja apenas uma reprodução mecânica ou uma alternativa para passar o tempo. A ação cognitiva deverá estar presente em todo processo atencional, sempre com o objetivo de qualificar a atenção. De acordo com Schwartzman [...] dizer que estes indivíduos não prestam atenção a nada não reflete, na verdade, como eles funcionam. Seria melhor dizer que são pessoas que prestam **atenção** (grifo nosso) em tudo e em consequência disto não conseguem se **concentrar** (grifo nosso) em nada. (2001, p 7-8).

Mas, afinal, o que é atenção e concentração?

Uma pessoa atenta nem sempre está concentrada. As duas palavras podem estar interligadas, mas na prática são diferentes. Por exemplo, um jogador de futebol poderá estar atento ao jogo, aos adversários, à bola, enfim, aos mais diversos estímulos, porém, não está concentrado.

A **atenção** é entendida, de modo geral, como um estado seletivo, intensivo e dirigido da percepção. Trata-se de um conceito que compreende o processo de recepção de informações de forma passiva, mas orientado ao processamento dinâmico dos dados.

A **concentração** é a capacidade de manter o foco de atenção sobre os estímulos relevantes ao meio ambiente. Quando o ambiente muda rapidamente, consequentemente o foco de atenção precisa ser alterado também.¹¹

Nos casos de pessoas com diagnóstico de TDAH, os estudos já mencionados ratificam o que foi constatado na pesquisa, ou seja, que nos educandos há predomínio da desatenção.

Para analisar a eficiência do trabalho em SAEDE, principalmente quanto ao aspecto da atenção x desatenção, os educandos foram atendidos intencionalmente em duas modalidades: individual e em grupo.

¹¹ Disponível em: <<http://www.universidadedofutebol.com.br/ConteudoCapacitacao/Artigos/Detalhe.aspx?id=1144&p=>>>. Acesso em: 08 nov. 2011.

Percebemos que no atendimento individual a pesquisadora e educando puderam se conhecer melhor. Houve mais confiança e cumplicidade. Mas, por outro lado, a comunicação e, em algumas vezes, o interesse entre ambos para desenvolver determinadas atividades não foi qualitativa. O reduzido número de educandos e a faixa etária desigual, “impediu” a disputa entre os pares, tornando algumas atividades monótonas e desinteressantes para ambos.

Em relação aos atendimentos em grupos, compostos por mais de 2 (dois) educandos, o desenvolvimento das atividades foi mais improdutivo, principalmente em decorrência dos atos impulsivos, desatenção e dispersão. As ações de organização e planejamento individual, que deveriam ser acionadas para a autorregulação não eram eficientes, o que refletia no plano coletivo, acarretando, na verdade, parafraseando Vygotsky, uma dinâmica sincrética.

No caso de atendimento em grupo, os dados revelaram que é mais adequada a formação de duplas, com faixa etária aproximada, evitando exceder a 3 (três) anos a diferença, para que a troca de informações, bem como a comunicação e a atenção dirigida, ou seja, todo processo atencional, ocorra com mais fluidez.

Constatamos que o atendimento individual ao educando é indicado apenas naqueles casos extremamente necessários: hiperatividade, desatenção e/ou impulsividade exacerbada. Muitos destes casos também devem ter acompanhamento médico e ou psicológico. Quando da minimização da sintomatologia, por decorrência do conjunto de intervenções (professor do ensino regular, do SAEDE, médico e psicólogo) o atendimento deverá ser em grupo. Lembramos que o ingresso em SAEDE não está dependente das demais intervenções.

Em relação ao tempo do atendimento, embora as crianças/adolescentes apresentem comportamentos impulsivos ou de desatenção, a intervenção deverá ser de 60 (sessenta) minutos, pois constatamos que após este tempo a tolerância e a fadiga dos educandos aumenta consideravelmente.

Porém, o professor do SAEDE deverá ter o cuidado de organizar atividades para não ocasionar a ociosidade, uma vez que em educandos sem objetivo, a probabilidade de dispersão será muito grande, o que não resultará o efeito desejado.

Com o objetivo de ilustrar o que estamos relatando até o momento, citaremos a letra da música “Outras frequências” da banda brasileira de pop rock “Engenheiros do Hawai”:

Seria mais fácil fazer como todo mundo faz. O caminho mais curto, produto que rende mais. Seria mais fácil fazer como todo mundo faz. Um tiro certo, modelo que vende mais. Mas nós dançamos no silêncio, choramos no carnaval. Não vemos graça nas gracinhas da TV, morremos de rir no horário eleitoral. Seria mais fácil fazer como todo mundo faz, sem sair do sofá, deixar a Ferrari pra trás. Seria mais fácil, como todo mundo faz. O milésimo gol sentado na mesa de um bar. Mas nós vibramos em outra frequência, sabemos que não é bem assim. Se fosse fácil achar o caminho das pedras, tantas pedras no caminho não seria ruim.

É prudente salientar que o SAEDE não é um serviço para sanar/curar, ou mesmo eliminar o diagnóstico de TDAH, tão pouco homogeneizar as pessoas. O professor do serviço tem como função criar, buscar e utilizar alternativas metodológicas (estratégias, recursos e procedimentos) para o efetivo trabalho visando à qualificação do processo atencional.

Muitos educandos buscaram uma nova perspectiva de superação das dificuldades de relacionamento e de outros afazeres do cotidiano. Podemos citar como exemplo o educando N.R., que iniciou no atendimento com um quadro de fragilidade, insegurança e com atitudes depressivas. No decorrer das intervenções, com ajuda da família, e principalmente do desejo dele de mudança, está mais ativo, seguro e menos disperso.

Em relação às famílias dos educandos pesquisados, a maioria, 75% foi presente, participativa e colaboradora. Durante a anamnese e no decorrer dos atendimentos, deixaram clara a expectativa em relação à pesquisa, bem como o conceito a respeito do filho e do TDAH. Compareceram às reuniões, seguiram as orientações da pesquisadora e copesquisadora, teceram opiniões entre outras atitudes que contribuíram de forma significativa, não só para operacionalização desta, bem como para a qualidade do processo atencional dos educandos. No que diz respeito aos outros 25%, não houve participação efetiva. Entendemos que, em algumas famílias, a estagnação e o efeito paralisante frente ao diagnóstico produzem reações adversas. Em muitos casos, a família “esquece”, ignora, resiste ou, apresenta constantemente questionamentos sobre o laudo diagnóstico. Durante a pesquisa, algumas apresentaram comportamentos de desorientação ou, quiçá, de abandono, talvez por falta de conhecimento. Não pretendemos elencar culpados, mas relatar momentos de angústia. Esses fatos repercutiram negativamente no processo, uma vez que, como citamos anteriormente, a família é o alicerce para o desenvolvimento da criança/adolescente. O fato de não aceitar e/ou não entender o TDAH poderá camuflar ou exacerbar as características.

Constatamos que, em muitos casos, com a intenção de melhorar a qualidade de vida dos filhos, alguns pais os sobrecarregaram com atividades extracurriculares, inscrevendo-os em escolinha de futebol, natação e catequese, por exemplo. “Eu acredito que se ele fizer bastante coisa fora da escola, ele vai cansar e ficar mais calmo” (*sic* pai).

Fazer alguma atividade fora do ambiente escolar é fundamental para o desenvolvimento, mas é necessário dosar, limitando estes afazeres, respeitando o ritmo de cada um. O excesso, em muitos casos é prejudicial, pois poderá colaborar para o aumento da agitação motora, mental e da impulsividade.

É importante que as crianças e adolescentes não convivam apenas no seu ambiente familiar. No caso daquelas com diagnóstico de TDAH, muitas de suas características poderão ser consideradas apenas como demonstrações de inquietude, mas, em contrapartida, ao ingressar na escola, emergem às primeiras manifestações de hiperatividade e desatenção, por exemplo, quando o educador solicita ou exige que permaneça sentada, que cumpra as regras, que exe-

cute alguma atividade da mesma forma como os colegas da sala de aula, poderá gerar conflitos entre a turma ou entre o educador e o educando com TDAH. É fundamental, nestes casos, que não só a turma e o educador saibam sobre o diagnóstico, mas também toda comunidade escolar. Por vezes, a criança e/ou adolescente com o transtorno não compreende o que esperam dele, gerando desconforto e agitação. Convém ressaltar que não estamos dizendo que a pessoa com TDAH pode fazer tudo, que não precisa cumprir regras ou ter limites sociais, ele necessita ser tão orientado quanto qualquer outra pessoa, a diferença consiste na forma como fazê-lo. Por exemplo, se queremos que ele execute três atividades seguidas, devemos solicitar uma de cada vez.

É prudente mencionar que, da mesma forma que os educandos são diferentes, também são os professores. Portanto, há de se considerar também esta variável. Investir em capacitações na educação é uma das prioridades que deverá ser concretizada. Assim, as escolas, inclusive universidades, devem priorizar o conhecimento compreendendo a diversidade de seus educandos.

Nestes dois (02) anos de pesquisa, deparamos com escolas que realmente trabalharam de forma diferenciada, compreendendo as especificidades dos educandos e também dos professores. Podemos citar, como exemplo, uma escola que juntamente com a copesquisadora e a profissional da FCEE buscaram alternativas, para que o educando fosse contemplado nas suas necessidades (psiquiatria, atividades extracurriculares, frequência no SAEDE). Porém, nem sempre o esforço conjunto produz resultado positivo ou desejado. Neste caso, embora a instituição “escola” tentasse, a família não atendeu as solicitações.

Em outra escola, a equipe pedagógica e as professoras da sala de aula, também contribuíram sobremaneira, auxiliando a copesquisadora nos momentos em que a educanda não compreendia os horários dos atendimentos no SAEDE, intervindo com a família nas situações que se fizeram necessárias.

Em algumas escolas, as professoras da sala de aula se disponibilizaram em seguir as orientações, buscando informações sobre TDAH, trocando informações com a pesquisadora e a copesquisadora. Desta forma, contribuíram com o processo de qualificação da atenção dos educandos.

Em contrapartida, houve escolas em que a pesquisa pareceu não ser significativa. As orientações prestadas pelas pesquisadoras foram ignoradas e descumpridas por parte de alguns profissionais da instituição.

Entendemos que, algumas vezes, é difícil a tarefa de ensinar. Esta requer um movimento permanente de ação-reflexão-ação quanto à forma de interação estabelecida, bem como dos recursos, estratégias e procedimentos utilizados, que possibilitará o sucesso ou o insucesso do processo de ensino e aprendizagem.

Constatamos também que muitos profissionais da educação não estiveram dispostos a repensar sobre a prática homogênea. O fato dos professores e profissionais não atenderem ou

entenderem a necessidade de ouvir, compartilhar com a pesquisadora e com a copesquisadora produziu desqualificação. Consideramos tal atitude prejudicial para a criança/adolescente com TDAH, uma vez que as orientações eram requisitos para análise dos dados para fundamentar a pesquisa, e que serviriam de base para colaborar no processo atencional dos educandos.

Conforme Marchesi (*in* COLL, *et al.* 2010, p. 31) “Só a partir das condições reais de cada escola, é possível melhorar a organização interna e contribuir para criar uma cultura mais favorável à mudança educacional”. A escola deve pensar na diversidade dentro e fora da sala de aula e buscar revolucionar o ensino, contemplando a todos.

Salientamos que, com alguns educandos, conseguimos qualificar os processos da atenção. As estratégias, procedimentos e os recursos utilizados foram pensados e repensados e criteriosamente planejados para que os objetivos fossem alcançados. Podemos destacar alguns exemplos: o educando B.A., que no final das intervenções estava apresentando um quadro de atenção bastante significativo, a educanda R.C., com múltipla deficiência, estava bem menos desatenta e hiperativa, entre outros.

Para finalizar, consideramos importante dizer que, numa pesquisa de investigação, os resultados nem sempre são os desejados ou esperados. Com alguns educandos não conseguimos atingir nossos objetivos, apesar dos nossos estudos e pesquisas. Vários foram os fatores, entre eles: indisposição ou a falta de comprometimento dos educandos e/ou família para comparecer aos atendimentos; falta de compreensão dos educandos da necessidade em realizar as atividades planejadas, cansaço dos educandos em virtude do(s) excesso(s) de atividades extracurriculares. Parafraseando Schwartzman, sabemos que as pessoas variam muito no modo de entender e agir. Algumas são capazes de se concentrar em uma determinada tarefa por horas seguidas, sem demonstrar cansaço ou perda de eficiência, outras desempenham perfeitamente suas funções, muito embora tenham por hábito se dedicar às tarefas em andamento por um período limitado de tempo, descansam por alguns minutos e depois retornam à tarefa interrompida, independentemente de ser ou não TDAH.

Portanto, para que o processo atencional das crianças/adolescentes com TDAH aconteça é necessário conhecer como se processam as ações, os momentos impulsivos e de desatenção. Pesquisar, ler, participar efetivamente de capacitações.

É de suma importância destacar que alguns autores defendem o uso de medicamentos para controlar o transtorno, outros, opõe-se ao uso. Em ambas as situações deixam claro seus posicionamentos. Todavia, não é de competência desta pesquisa, tão pouco dos educadores, indicarem o uso ou a suspensão do medicamento.

Concluindo, faz-se importante ressaltar que as atividades pedagógicas devem ter um objetivo, devem ser estratégias para atender a necessidade específica do TDAH. As atividades lúdicas (jogos, conversas, orientações) foram a base, como já citamos anteriormente, que fundamentou a pesquisa e contribuiu para minimizar a defasagem atencional do TDAH. É preciso estar claro, que

tipo de atividade utilizar, que tipo de relação quero estabelecer, e o que quero com a atividade escolhida. Elas necessitam estar diretamente ligadas às inúmeras possibilidades para o desenvolvimento da qualidade da atenção, concentração e organização.

BIBLIOGRAFIA

ANTUNES, Celso. **Miopia da atenção – problemas de atenção e hiperatividade em sala de aula**. 2. ed. São Paulo: Salesiano, 2003.

AROEIRA, Maria Luisa C. **Didática de pré-escola: brincar e aprender**. São Paulo: FTD, 1996.

BARKLEY, Russel A. Ligados em 220 volts. **Revista Doenças do Cérebro: hiperatividade e epilepsia**. São Paulo: Duetto, 2010, V. 3.

BARRAGA, Natalie C. **Guia do professor para desenvolvimento da capacidade de aprendizagem visual e utilização da visão subnormal para o livro do cego no Brasil**. 1978.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Especial. Educação inclusiva: atendimento educacional especializado para o deficiente mental. Brasília, 2007.

CARVALHO, Marlene. **Alfabetizar e letrar: um diálogo entre a teoria e a prática**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CID-10 – Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. da Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

COSTA, Ana; KANAREK, Deborah. **Hiperativo ou mal-educado?** São Paulo: Crescer – julho, 2000, p. 31 a 33.

CORNACHINI, Viviane. **Tudo sobre transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. Disponível em: <<http://www.tdah.net.br/comorb.html>>. Acesso em: 10/03/2011.

DSM-IV-TR – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (Trad. Cláudia Dornelles; 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FERNANDES, Alicia. **A mulher escondida na professora**. Artmed, 1991.

GÓES, Maria Cecília R. **As relações intersubjetivas na construção dos conhecimentos**. Apud SANTA CATARINA, 1998.

GOLDSTEIN, S.; GOLDSTEIN, M. **Hiperatividade – como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. São Paulo: Papyrus, 2004.

LEITE, Neiva T. C. FERREIRA, Josiane P. **Hiperatividade x Indisciplina: Contribuições para o Cotidiano Escolar**. (mimeo, s.d.)

MARCHESI, Álvaro. Desenvolvimento psicológico e educação - **Transtornos de desenvolvimento e necessidades educativas especiais**. 2. ed. Artmed, 2010

MATOS, Paulo. **No mundo da lua – Perguntas e respostas sobre TDAH em crianças, adolescentes e adultos**. São Paulo: Lemos, 2005.

MAFRA, Márcia Andréa. **Concepção psicopedagogia da aprendizagem: a visão de professores em diferentes espaços**. Florianópolis: UNISUL, 2003.

MANTOAN, Maria T. E.; PRIETO, Rosângela G.; ARANTES, Valéria A. (org.). **Inclusão Escolar: Pontos/Contrapontos**. São Paulo: Summus, 2006.

MEDEIROS, D.S. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Como causa de insucesso escolar**. Virtus/Universidade do Sul de Santa Catarina. V. 3, nº 1 (2003). Tubarão, 2003. p. 89 a 101.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.

NOVARTIS. Biociência. S. A. **Com desatenção e hiperatividade não se brinca**. Livreto TDAH P/ PAC 100 0605BR. São Paulo: s. d.

ONU. **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência**. Disponível em: <<http://www.google.com.br/#hl=pt-BR&biw=1004&bih=612&q=Conven%C3%A7%C3%A3o+ONU+2006&aq=f&aql=g1&aql=&oq=&fp=ab8057d5c5b298f5>>. Acesso em: 12 abr. 2011.

PANIAGUA, Gema. Desenvolvimento Psicológico e Educação – Transtorno de desenvolvimento e necessidades educativas especiais. **As famílias de crianças com necessidades educativas especiais**. V.3. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ROHDE, L.A.; BENCZIK, E.B.P. **Transtorno de atenção de déficit de atenção e hiperatividade. O que é? Como ajudar?** Porto Alegre: Artmed, 2002.

SANTA CATARINA. Resolução nº 01/96, de 15 de fevereiro de 1996. Fixa normas para a Educação Especial no Sistema de Ensino de Santa Catarina. Diário Oficial do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, p. 06, de 06.03.1996.

_____. Conselho Estadual de Educação. Resolução nº 112/2006. Fixa Normas para a Educação Especial no Sistema Estadual de Educação de Santa Catarina, de 12 de dezembro de 2006.

_____. Fundação Catarinense de Educação Especial. Relatório final da pesquisa: **Investigação de alternativas metodológicas para o atendimento de pessoas com deficiência mental associada à deficiência sensorial com ou sem comprometimento físico**. 2006, mimeo.

_____. Fundação Catarinense de Educação Especial do Estado de Santa Catarina – **Política de Educação Especial do Estado de Santa Catarina**. 2009a.

_____. Fundação Catarinense de Educação Especial – **Programa Pedagógico**. 2009b.

_____. Secretaria de Estado da Educação. Proposta Curricular – **Temas Multidisciplinares**, 1998 (Ed. Especial).

SILVA, Ana Beatriz. **Mentes inquietas: entender melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas**. São Paulo: Editora Gente, 2003.

_____. Ana Beatriz. **Mentes inquietas – TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

COLE, Michel; SCRIBNER, Sylvia. **A formação social da mente.** O desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

SCHWARTZMAN José S. **Transtorno de déficit de atenção.** São Paulo: Mackenzie, 2001.

SOARES, Magda. **Alfabetização e letramento.** São Paulo: Contexto, 2010.

VIRTUS. Universidade do Sul de Santa Catarina. TESSARO, Andréa A. **A função do brincar na construção do conhecimento.** V.2, nº 1 Tubarão, 2003, p. 98.

ANEXOS

ANEXO 1 – Carta de apresentação, p. 17.

ANEXO 2 – Reavaliação diagnóstica da educanda R.C., p. 34.

ANEXO 3 – Carta da educanda M.F. à copesquisadora e pesquisadora, p. 38.

ANEXO 3 A – Carta da educanda M.F. à copesquisadora e pesquisadora, p. 38.

ANEXO 4 – Primeira pintura da educanda D.O., p. 51.

ANEXO 5 – Pintura final da educanda D.O., p. 51.

ANEXO 6 – Complete e pinte, p. 80.

ANEXO 7 – Sugestões de recursos que poderão ser utilizados com os educandos, p. 80.

ANEXO 1



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL SECRETARIA DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO
REGIONAL – GRANDE FLORIANÓPOLIS
GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO

São José, 15 de agosto de 2008.

Prezado (a) Gestor (a),

Cumprimentando-o (a) cordialmente, vimos apresentar a professora Márcia Andréa dos Santos Silva Mafra que desenvolverá uma pesquisa com orientação técnica da Fundação Catarinense de Educação Especial – São José. Esta pesquisa tem como objetivo investigar alternativas metodológicas que melhor atendam as necessidades de organização do pensamento dos educandos com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade inseridos e não necessariamente incluídos na rede estadual de ensino.

Salientamos que esta pesquisa é pioneira no Estado e acontecerá inicialmente em três (03) escolas pólo: EEB Heloisa Maria Prazeres com os educandos P.C. e J.P., ambos do 3º série período vespertino; EEB Avelino Muller: D.L. e EEP Arelas de Cima: D.M., todas localizadas no município de Biguaçu. Porém, para que esta pesquisa aconteça, faz-se necessário a liberação de uma sala de aula, visto que os educandos serão atendidos em período oposto ao escolar, duas vezes na semana, em média 01 hora por atendimento, ou conforme a necessidade. Por ser pioneira no Estado, reforçamos, estaremos investigando alternativas metodológicas que consideramos mais eficiente e de grande valia para as escolas, professores, familiares e educandos. Importante dizer também que a pesquisadora fará observações com e sem intervenção na turma que os educandos fazem parte.

Integradora de Educação Especial e Diversidade

ANEXO 2



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL - FCEE
CENTRO DE APOIO PEDAGÓGICO E ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL - CAP
SERVIÇO DE REABILITAÇÃO VISUAL - SRV

5.2 RELATÓRIO SÍNTESE DE REABILITAÇÃO VISUAL

Usuário:

Data Nascimento: 04/01/2000

Idade: 10 anos

Reabilitadora Visual: Edinéia Linhares Jaeger

VERIFICAÇÃO DOS RECURSOS ÓPTICOS

1. Para Longe:

a) Recurso: Por ora, sem maturidade para o uso de recursos.

b) Utiliza: Sim () Não (X)

c) Acuidade Visual atual: OD OE

2. Para Perto:

a) Recurso: Sua refração, mas usa sem funcionalidade visual.

b) Utiliza: Sim (X) Não ()

2.1 Acuidade Visual Atual OD OE somente leitura de figuras

Tamanho melhor	1.6 M
Tamanho menor	1.25 M
Distância	10 cm

Comentários: Criança distrátil, mas se bem mediada consegue dar respostas visuais, fazer transferência de símbolos (formas, desenhos). Esta necessita exercitar exploração visual dirigida para obter informações, elaborar conceitos e possibilitar a execução de tarefas com melhor desempenho e participação ativa.

Estando acompanhada pela Cida/Márcia e segundo professor, novos ajustes e formas de intervenção pedagógicas adequadas e necessárias serão propostas para promover a aprendizagem e possibilitar a internalização e elaboração de conceitos.

Para visão de perto consegue desempenho visual satisfatório e para visão de longe não há muito entendimento de o porquê fazer uso do telescópio, isto, em função de outros comprometimentos cognitivos.

3. Orientações quanto ao encaminhamento:

Mãe foi orientada quanto à possibilidade de ajuda na utilização da visão residual de e como instigar à curiosidade desta em ver mais coisas.

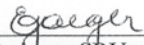
Sugere-se avaliações complementares na APAE de Florianópolis. (Mãe não soube explicar se freqüenta SAEDE/DV).

Dar continuidade ao Ensino Fundamental.

Retornar em 01 ano para uso de recursos ópticos.

São José, 30/06/2010.


 Coordenação CAP
 Jussara da Silva
 Coordenadora - CAP
 Matr. 239072-08 - FCEE


 Reabilitadora - SRV

ANEXO 3

E CADI

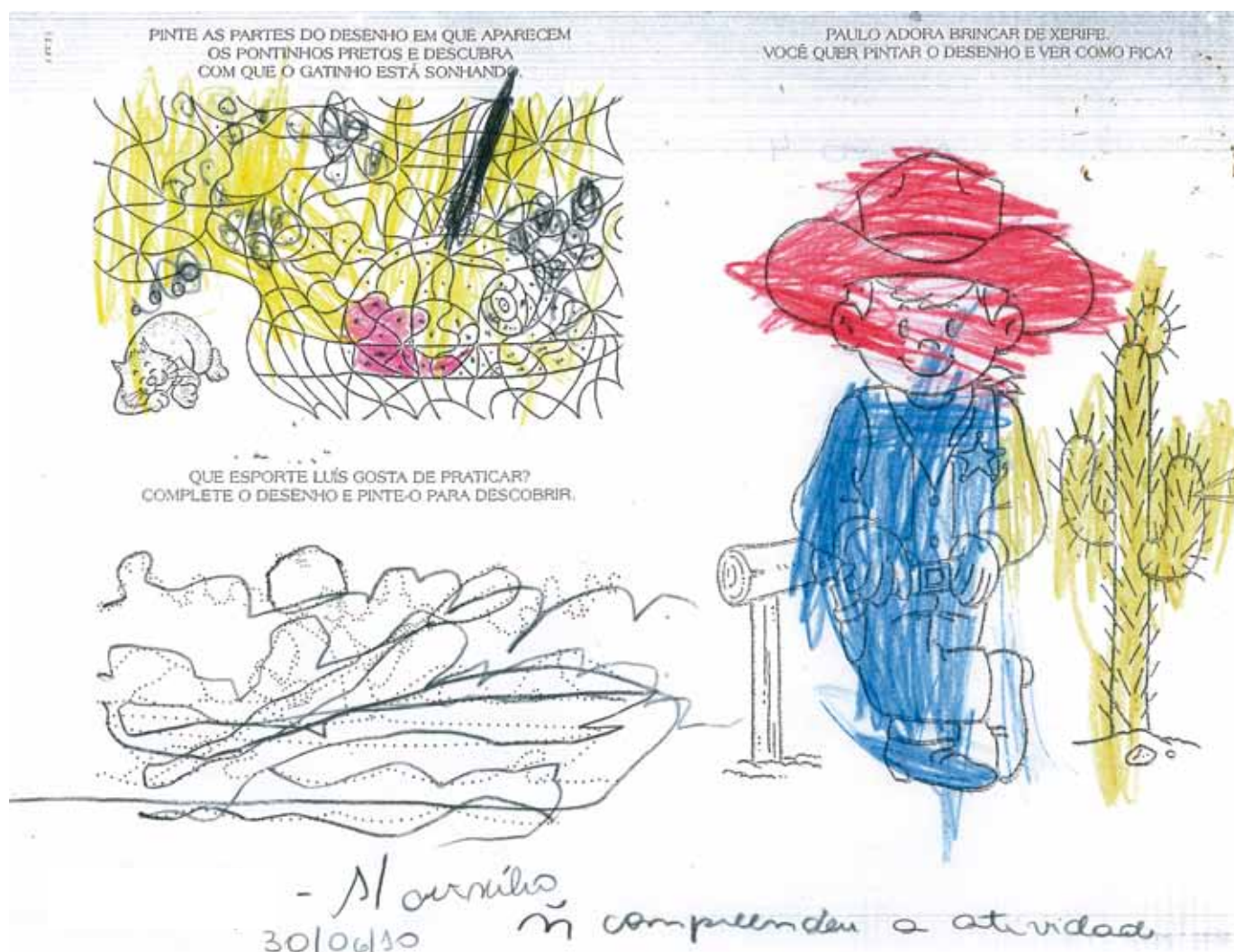


E CADI



ANEXO 3 A

ANEXO 4



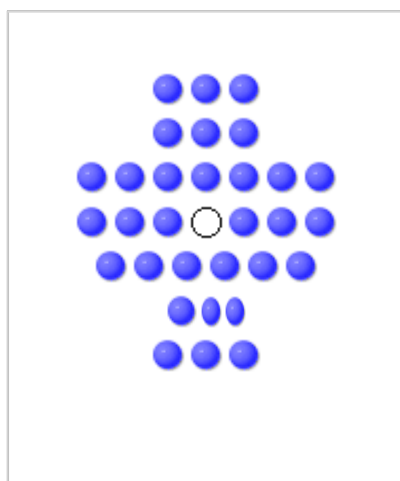
ANEXO 5

ANEXO 6

ANEXO 7

Sudoku é um jogo de raciocínio e lógica. Apesar de ser bastante simples. Basta completar cada linha, coluna e quadrado 3x3 com números de 1 a 9. Não há nenhum tipo de matemática envolvida.

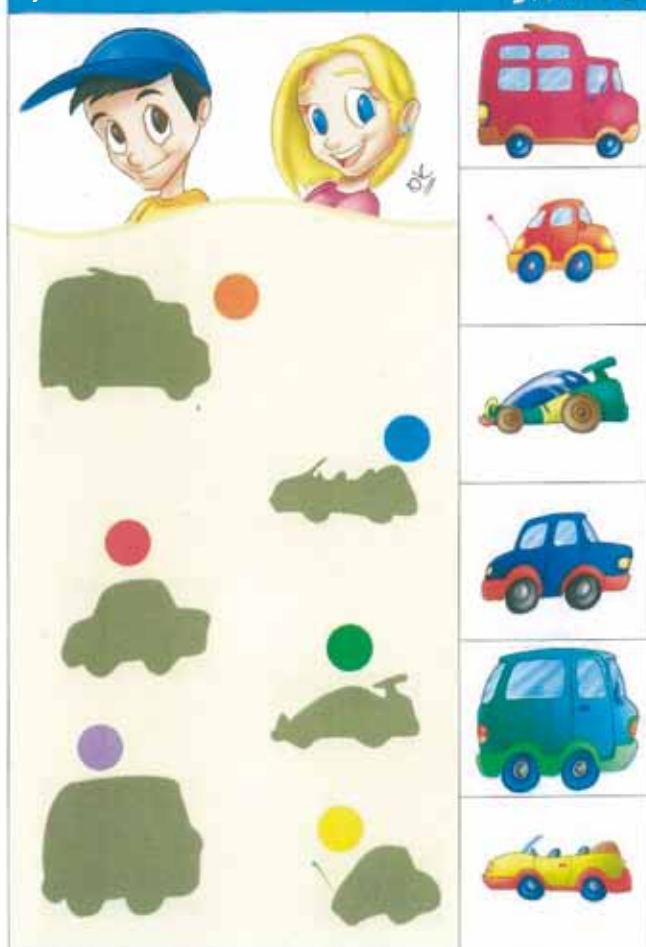
9	4		1		2		5	8
6				5				4
		2	4		3	1		
	2						6	
5		8		2		4		1
	6						8	
		1	6		8	7		
7				4				3
4	3		5		9		1	2



Resta um é um quebra-cabeça no qual o objetivo é, por meio de movimentos válidos, deixar apenas uma peça no tabuleiro.

As crianças observam os contornos dos carros.
Ajude Juca e Bia a descobrir cada carro.

10



Identifique o que cada criança está tentando mostrar,
representando suas ações através da mímica.

9





COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO

ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Administração
Diretoria da Imprensa Oficial e Editora de Santa Catarina

Rua Duque de Caxias, 261 – Saco dos Limões
CEP 88045-250 – Florianópolis – SC
Fone: (48) 3239-6000

O.P. 2376
ADP-02779