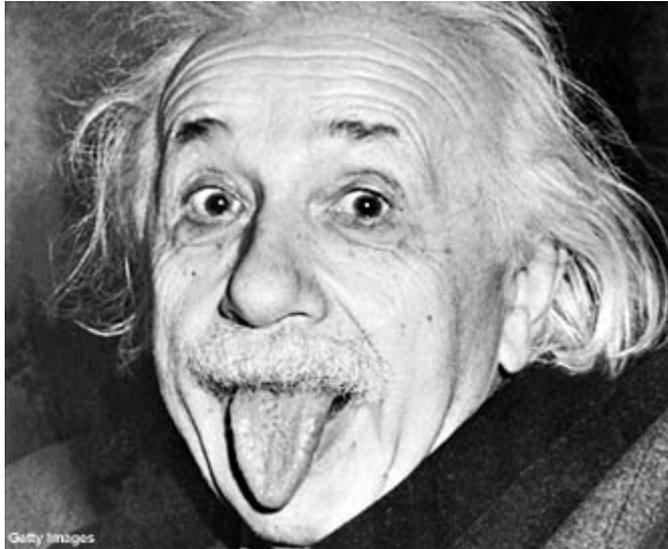


TDAH : Meu Mundo É Diferente!



Dualidade:

“Tem vezes que sei o que quero
Em outras percebo que não.
Por um beijo às vezes espero
Em outras é pelo aperto de mão.
Às vezes quero ser esquecido
Em outras preciso ser lembrado.
Passar às vezes despercebido
Em outras passar sendo notado.
Quero sentir, por vezes, o ar da noite
Em outras preciso ver o sol brilhar
Tem vezes que só quero o pernoite
Em outras tantas preciso morar.”
(Inez Alvarez)

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| <u>O que é TDAH? Isso existe mesmo?</u> | <u>3</u> |
| <u>O que é o TDAH?.....</u> | <u>3</u> |
| <u>Existe mesmo o TDAH?.....</u> | <u>3</u> |
| <u>Não existe controvérsia sobre a existência do TDAH?.....</u> | <u>3</u> |
| <u>Por que algumas pessoas insistem que o TDAH não existe?.....</u> | <u>3</u> |
| | |
| <u>O TDAH é comum?.....</u> | <u>4</u> |
| <u>Quais são as causas do TDAH?.....</u> | <u>4</u> |
| <u>Sobre o tratamento</u> | <u>6</u> |
| <u>O tratamento do TDAH: Um trabalho para uma equipe.....</u> | <u>8</u> |
| <u>Quadro Clínico.....</u> | <u>9</u> |
| <u>Relacionamento pais/professores.....</u> | <u>10</u> |
| <u>Declaração Internacional de Consenso sobre o TDAH.....</u> | <u>13</u> |
| <u>Os prejuízos causados por TDAH.....</u> | <u>14</u> |
| <u>Dicas para o professor lidar com hiperativos</u> | <u>15</u> |
| | |
| <u>A Inclusão escolar.....</u> | <u>17</u> |
| <u>Legislação mais recente.....</u> | <u>18</u> |
| <u>FRAGMENTO DO TEXTO DA LEI 9394/96, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996.....</u> | <u>18</u> |
| <u>CAPITULO V</u> | |
| <u>DA EDUCAÇÃO ESPECIAL.....</u> | <u>18</u> |
| <u>Livros Indicados:.....</u> | <u>24</u> |
| <u>Bibliografia</u> | <u>25</u> |

O que é TDAH? Isso existe mesmo?

O que é o TDAH?

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade. Ele é chamado às vezes de DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção). Em inglês, também é chamado de ADD, ADHD ou de AD/HD.

Existe mesmo o TDAH?

Ele é reconhecido oficialmente por vários países e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Em alguns países, como nos Estados Unidos, portadores de TDAH são protegidos pela lei quanto a receberem tratamento diferenciado na escola.

Não existe controvérsia sobre a existência do TDAH?

Não, nenhuma. Existe inclusive um Consenso Internacional publicado pelos mais renomados médicos e psicólogos de todo o mundo a este respeito. Consenso é uma publicação científica realizada após extensos debates entre pesquisadores de todo o mundo, incluindo aqueles que não pertencem a um mesmo grupo ou instituição e não compartilham necessariamente as mesmas idéias sobre todos os aspectos de um transtorno.

Por que algumas pessoas insistem que o TDAH não existe?

Pelas mais variadas razões, desde inocência e falta de formação científica até mesmo má-fé. Alguns chegam a afirmar que “o TDAH não existe”, é uma “invenção” médica ou da indústria farmacêutica, para terem lucros com o tratamento.

No primeiro caso se incluem todos aqueles profissionais que nunca publicaram qualquer pesquisa demonstrando o que eles afirmam categoricamente e não fazem parte de nenhum grupo científico. Quando questionados, falam em “experiência pessoal” ou então relatam casos que somente eles conhecem porque nunca foram publicados em revistas especializadas. Muitos escrevem livros ou têm sítios na Internet, mas nunca apresentaram seus “resultados” em congressos ou publicaram em revistas científicas, para que os demais possam julgar a veracidade do que dizem.

Os segundos são aqueles que pretendem “vender” alguma forma de tratamento diferente daquilo que é atualmente preconizado, alegando que somente eles podem tratar de modo correto.

Tanto os primeiros quanto os segundos afirmam que o tratamento do TDAH com medicamentos causa conseqüências terríveis. Quando a literatura científica é pesquisada, nada daquilo que eles afirmam é encontrado em qualquer pesquisa em qualquer país do mundo. Esta é a principal característica destes indivíduos: apesar de terem uma “aparência” de cientistas ou pesquisadores, jamais publicaram nada que comprovasse o que dizem.

Veja um texto a este respeito e a resposta dos Professores Luis Rohde e Paulo Mattos:

Why I Believe that Attention Deficit Disorder is a Myth? Porque desinformação, falta de raciocínio científico e ingenuidade constituem uma mistura perigosa. Em (<http://www.tdah.org.br/textos03.php>)

O TDAH é comum?

Ele é o transtorno mais comum em crianças e adolescentes encaminhados para serviços especializados. Ele ocorre em 3 a 5% das crianças, em várias regiões diferentes do mundo em que já foi pesquisado. Em mais da metade dos casos o transtorno acompanha o indivíduo na vida adulta, embora os sintomas de inquietude sejam mais brandos.

Quais são os sintomas de TDAH?

O TDAH se caracteriza por uma combinação de dois tipos de sintomas:

- 1) Desatenção
- 2) Hiperatividade-impulsividade

O TDAH na infância em geral se associa a dificuldades na escola e no relacionamento com demais crianças, pais e professores. As crianças são tidas como "avoadas", "vivendo no mundo da lua" e geralmente "estabanadas" e com "bicho carpinteiro" ou "ligados por um motor" (isto é, não param quietas por muito tempo). Os meninos tendem a ter mais sintomas de hiperatividade e impulsividade que as meninas, mas todos são desatentos. Crianças e adolescentes com TDAH podem apresentar mais problemas de comportamento, como por exemplo, dificuldades com regras e limites.

Em adultos, ocorrem problemas de desatenção para coisas do cotidiano e do trabalho, bem como com a memória (são muito esquecidos). São inquietos (parece que só relaxam dormindo), vivem mudando de uma coisa para outra e também são impulsivos ("colocam os carros na frente dos bois"). Eles têm dificuldade em avaliar seu próprio comportamento e quanto isto afeta os demais à sua volta. São freqüentemente considerados "egoístas". Eles têm uma grande freqüência de outros problemas associados, tais como o uso de drogas e álcool, ansiedade e depressão.

Quais são as causas do TDAH?

Já existem inúmeros estudos em todo o mundo - inclusive no Brasil - demonstrando que a prevalência do TDAH é semelhante em diferentes regiões, o que indica que o transtorno não é secundário a fatores culturais (as práticas de determinada sociedade, etc.), o modo como os pais educam os filhos ou resultado de conflitos psicológicos.

Estudos científicos mostram que portadores de TDAH têm alterações na região frontal e as suas conexões com o resto do cérebro. A região frontal orbital é uma das mais desenvolvidas no ser humano em comparação com outras espécies animais e é responsável pela inibição do comportamento (isto é, controlar ou inibir comportamentos inadequados), pela capacidade de prestar atenção, memória, autocontrole, organização e planejamento.

O que parece estar alterado nesta região cerebral é o funcionamento de um sistema de substâncias químicas chamadas neurotransmissores (principalmente dopamina e noradrenalina), que passam informação entre as células nervosas (neurônios). Existem causas que foram investigadas para estas alterações nos neurotransmissores da região frontal e suas conexões.

- A) Hereditariedade:

Os genes parecem ser responsáveis não pelo transtorno em si, mas por uma predisposição ao TDAH. A participação de genes foi suspeitada, inicialmente, a partir de observações de que nas famílias de portadores de TDAH a presença de parentes também afetados com TDAH era mais freqüente do que nas famílias que não tinham crianças com TDAH. A prevalência da doença entre os parentes das crianças afetadas é cerca de 2 a 10 vezes mais do que na população em geral (isto é chamado de recorrência familiar).

Porém, como em qualquer transtorno do comportamento, a maior ocorrência dentro da família pode ser devido a influências ambientais, como se a criança aprendesse a se comportar de um modo "desatento" ou "hiperativo" simplesmente por ver seus pais se comportando desta maneira, o que excluiria o papel de genes. Foi preciso, então, comprovar que a recorrência familiar era de fato devida a uma predisposição genética, e não somente ao ambiente. Outros tipos de estudos genéticos foram fundamentais para se ter certeza da participação de genes: os estudos com gêmeos e com adotados. Nos estudos com adotados comparam-se pais biológicos e pais adotivos de crianças afetadas, verificando se há diferença na presença do TDAH entre os dois grupos de pais. Eles mostraram que os pais biológicos têm 3 vezes mais TDAH que os pais adotivos.

Os estudos com gêmeos comparam gêmeos univitelinos e gêmeos fraternos (bivitelinos), quanto a diferentes aspectos do TDAH (presença ou não, tipo, gravidade etc...). Sabendo-se que os gêmeos univitelinos têm 100% de semelhança genética, ao contrário dos fraternos (50% de semelhança genética), se os univitelinos se parecem mais nos sintomas de TDAH do que os fraternos, a única explicação é a participação de componentes genéticos (os pais são iguais, o ambiente é o mesmo, a dieta, etc.). Quanto mais parecidos, ou seja, quanto mais concordam em relação àquelas características, maior é a influência genética para a doença. Realmente, os estudos de gêmeos com TDAH mostraram que os univitelinos são muito mais parecidos (também se diz "concordantes") do que os fraternos, chegando a ter 70% de concordância, o que evidencia uma importante participação de genes na origem do TDAH.

A partir dos dados destes estudos, o próximo passo na pesquisa genética do TDAH foi começar a procurar que genes poderiam ser estes. É importante salientar que no TDAH, como na maioria dos transtornos do comportamento, em geral multifatoriais, nunca devemos falar em determinação genética, mas sim em predisposição ou influência genética. O que acontece nestes transtornos é que a predisposição genética envolve vários genes, e não um único gene (como é a regra para várias de nossas características físicas, também). Provavelmente não existe, ou não se acredita que exista, um único "gene do TDAH". Além disto, genes podem ter diferentes níveis de atividade, alguns podem estar agindo em alguns pacientes de um modo diferente que em outros; eles interagem entre si, somando-se ainda as influências ambientais. Também existe maior incidência de depressão, transtorno bipolar (antigamente denominado Psicose Maníaco-Depressiva) e abuso de álcool e drogas nos familiares de portadores de TDAH.

B) Substâncias ingeridas na gravidez:

Tem-se observado que a nicotina e o álcool quando ingeridos durante a gravidez podem causar alterações em algumas partes do cérebro do bebê, incluindo-se aí a região frontal orbital. Pesquisas indicam que mães alcoolistas têm mais chance de terem filhos com problemas de hiperatividade e desatenção. É importante lembrar que muitos destes estudos somente nos mostram uma associação entre estes fatores, mas não mostram uma relação de causa e efeito.

C) Sofrimento fetal:

Alguns estudos mostram que mulheres que tiveram problemas no parto que acabaram causando sofrimento fetal tinham mais chance de terem filhos com TDAH. A relação de causa não é clara. Talvez mães com TDAH sejam mais descuidadas e assim possam estar mais predispostas a problemas na gravidez e no parto. Ou seja, a carga genética que ela própria tem (e que passa ao filho) é que estaria influenciando a maior presença de problemas no parto.

D) Exposição a chumbo:

Crianças pequenas que sofreram intoxicação por chumbo podem apresentar sintomas semelhantes aos do TDAH. Entretanto, não há nenhuma necessidade de se realizar qualquer exame de sangue para medir o chumbo numa criança com TDAH, já que isto é raro e pode ser facilmente identificado pela história clínica.

E) Problemas Familiares:

Algumas teorias sugeriam que problemas familiares (alto grau de discórdia conjugal, baixa instrução da mãe, famílias com apenas um dos pais, funcionamento familiar caótico e famílias com nível socioeconômico mais baixo) poderiam ser a causa do TDAH nas crianças. Estudos recentes têm refutado esta idéia. As dificuldades familiares podem ser mais consequência do que causa do TDAH (na criança e mesmo nos pais).

Problemas familiares podem agravar um quadro de TDAH, mas não causá-lo.

F) Outras Causas

Outros fatores já foram **avertados e posteriormente abandonados** como causa de TDAH:

1. corante amarelo
2. aspartame
3. luz artificial
4. deficiência hormonal (principalmente da tireóide)
5. deficiências vitamínicas na dieta.

Todas estas possíveis causas foram investigadas cientificamente e foram desacreditadas.

Sobre o tratamento

O Tratamento do TDAH deve ser multimodal, ou seja, uma combinação de medicamentos, orientação aos pais e professores, além de técnicas específicas que são ensinadas ao portador. A medicação é parte muito importante do tratamento.

A psicoterapia que é indicada para o tratamento do TDAH chama-se Terapia Cognitivo Comportamental (Obs: A ABDA oferece cursos para psicoterapeutas – veja no site <http://www.tdah.org.br>). Não existe até o momento nenhuma evidência científica de que outras formas de psicoterapia auxiliem nos sintomas de TDAH.

O tratamento com fonoaudiólogo está recomendado nos casos onde existe simultaneamente Transtorno de Leitura (Dislexia) ou Transtorno da Expressão Escrita (Disortografia). O TDAH não é um problema de aprendizado, como a Dislexia e a Disortografia, mas as dificuldades em manter a atenção, a desorganização e a

inquietude atrapalham bastante o rendimento dos estudos. É necessário que os professores conheçam técnicas que auxiliem os alunos com TDAH a ter melhor desempenho (Obs: A ABDA oferece cursos anuais para professores). Em alguns casos é necessário ensinar ao aluno técnicas específicas para minimizar as suas dificuldades.

Veja a seguir a tabela com os medicamentos utilizados no tratamento:

- NOME QUÍMICO : Metilfenidato (ação curta)
NOME COMERCIAL : Ritalina ,Metadate , Methylin
DOSAGEM : 5 a 20mg de 2 a 3 vezes ao dia
DURAÇÃO DO EFEITO: de 3 a 5 horas
- NOME QUÍMICO : Metilfenidato (ação intermediária)
NOME COMERCIAL : Ritalina LA, Metadate ER, Methylin ER
DOSAGEM : Ritalina LA: 20 a 40mg pela manhã
DURAÇÃO DO EFEITO: Cerca de 8 horas
- NOME QUÍMICO :Metilfenidato (ação prolongada)
NOME COMERCIAL :Concerta,
Metadate CD
DOSAGEM :Concerta: 18 a 72mg pela manhã
DURAÇÃO DO EFEITO:Cerca de 12 horas
- NOME QUÍMICO :Desmetilfenidato (metilfenidato modificado de ação curta)
NOME COMERCIAL :Focalin
DOSAGEM :2,5 a 10mg 2 vezes ao dia
DURAÇÃO DO EFEITO: 3 a 5 horas
- NOME QUÍMICO :Anfetamina (ação curta)
NOME COMERCIAL :Dexedrine
Dextrostat
DOSAGEM :5 a 15mg 2 vezes ao dia OU 5 a 10mg 3 vezes ao dia
DURAÇÃO DO EFEITO: 4 a 6 horas
- NOME QUÍMICO :Anfetamina (ação intermediária)
NOME COMERCIAL :Adderall
Dexedrine Spansule
DOSAGEM :5 a 30mg 1 vez ao dia OU 5 a 15mg 2 vezes ao dia
DURAÇÃO DO EFEITO: 6 a 8 horas
- NOME QUÍMICO : Anfetamina (ação prolongada)
NOME COMERCIAL : Aderall XR
DOSAGEM : 10 a 30mg 1 vez ao dia
DURAÇÃO DO EFEITO: Cerca de 12 horas
- NOME QUÍMICO :Atomoxetina
NOME COMERCIAL :Strattera
DOSAGEM :10,18,25,40 e 60mg 1 ao dia
DURAÇÃO DO EFEITO: Cerca de 24 horas

MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINHA (não são a primeira opção)

- NOME QUÍMICO : Imipramina (antidepressivo)
NOME COMERCIAL :Tofranil
DOSAGEM :2,5 a 5mg por kg de peso divididos em 2 doses
- NOME QUÍMICO :Nortriptilina (antidepressivo)
NOME COMERCIAL :Pamelor
DOSAGEM :1 a 2,5mg por kg de peso divididos em 2 doses

- NOME QUÍMICO :Bupropiona (antidepressivo)
NOME COMERCIAL :Wellbutrin
Wellbutrin SR
DOSAGEM :50 a 100mg 1 a 3 vezes ao dia (Wellbutrin) OU
100 a 150mg 2 vezes ao dia (Wellbutrin SR)

- NOME QUÍMICO :Clonidina (medicamento anti-hipertensivo)
NOME COMERCIAL : Atensina
DOSAGEM : 0,01mg ao deitar ou 2 vezes ao dia
DURAÇÃO DO EFEITO:12 a 24 horas

OBS: O medicamento Aderall é uma mistura de diferentes anfetaminas (de ação curta e intermediária), Dexedrine e Dextrostat são o nome comercial da dextroanfetamina.

O tratamento do TDAH: Um trabalho para uma equipe.

O TDA/H é um distúrbio heterogêneo, que se manifesta em diversas áreas do funcionamento individual:

- no aprendizado
- no rendimento profissional
- na dinâmica intrapsíquica
- na saúde mental, em sentido estrito
- no relacionamento com os familiares
- no relacionamento social

Tão amplo é o leque de manifestações desse distúrbio que não é de estranhar que a abordagem ao mesmo no mais das vezes exige a participação simultânea de especialistas em diferentes áreas de atuação. Um exemplo: uma menina com 12 anos com quadro de acentuada dificuldade de concentração, associada a marcada dificuldade de leitura, e que conseqüentemente desenvolveu nítido quadro ansioso, com baixa auto-estima e medo de se expor em situações nas quais existe o risco de fracasso. Essa pequena paciente pode necessitar da ajuda de um médico com conhecimento e experiência no tratamento medicamentoso do transtorno, auxiliado por um especialista em transtorno de aprendizado (uma fonoaudióloga ou uma psicopedagoga), e também por uma psicóloga (que auxiliará na reconstrução da auto-imagem, e na aquisição de hábitos compensadores aos déficits primários do transtorno).

Fundamental para o bom resultado do tratamento é a noção de que o tratamento sempre é um trabalho de equipe, e que dessa equipe devem invariavelmente fazer parte a própria pessoa portadora do TDA/H e seus familiares. É com esse princípio em mente que devem atuar as pessoas envolvidas nessa empreitada, tarefa essa que pode ser para toda a vida.

Quando se trata de crianças e adolescentes, pode ser importante a convocação da escola (professores, orientadores) para fazer parte desse trabalho.

Em adultos, não menos importante é a inclusão de familiares, mas quando possível também de colegas e até chefes de trabalho.

O princípio realista que deve orientar a visão adequada da grande maioria dos casos de pessoas com TDA/H é o de um trabalho de grupo, duradouro, portanto muito mais para um desafio do que para uma desculpa.

Visões distorcidas sobre o tratamento do TDA/H podem assumir a forma de expectativas inadequadamente otimistas ou inadequadamente pessimistas. Olhares otimistas podem nos fazer pensar que basta uma pílula por pouco tempo para resolver todos os problemas, ou que nem é preciso nenhuma intervenção, pois o tempo se encarregará de fazer os ajustes necessários. Opiniões pessimistas são capazes de interromper vidas de satisfação e realização pessoal e profissional devido à resignação com metas inferiores às reais capacidades da pessoa.

É crucial descobrir em cada pessoa com TDA/H suas melhores potencialidades e ajudar essa pessoa a desenvolvê-las adequadamente. Dito de outra forma, em muitos momentos precisamos focalizar mais no que pode ir bem do que no que está indo mal.

Quadro Clínico

Sintomas em crianças e adolescentes

As crianças com TDAH, em especial os meninos, são agitadas ou inquietas. Frequentemente têm apelido de "bicho carpinteiro" ou coisa parecida. Na idade pré-escolar, estas crianças mostram-se agitadas, movendo-se sem parar pelo ambiente, mexendo em vários objetos como se estivessem "ligadas" por um motor. Mexem pés e mãos, não param quietas na cadeira, falam muito e constantemente pedem para sair de sala ou da mesa de jantar.

Elas têm dificuldades para manter atenção em atividades muito longas, repetitivas ou que não lhes sejam interessantes. Elas são facilmente distraídas por estímulos do ambiente externo, mas também se distraem com pensamentos "internos", isto é, vivem "voando". Nas provas, são visíveis os erros por distração (erram sinais, vírgulas, acentos, etc.). Como a atenção é imprescindível para o bom funcionamento da memória, elas em geral são tidas como "esquecidas": **esquecem recados ou material escolar, aquilo que estudaram na véspera da prova, etc.** (o "esquecimento" é uma das principais queixas dos pais). Quando elas se dedicam a fazer algo estimulante ou do seu interesse, conseguem permanecer mais tranquilas. Isto ocorre porque os centros de prazer no cérebro são ativados e conseguem dar um "reforço" no centro da atenção que é ligado a ele, passando a funcionar em níveis normais. O fato de uma criança conseguir ficar concentrada em alguma atividade não exclui o diagnóstico de TDAH. É claro que não fazemos coisas interessantes ou estimulantes desde a hora que acordamos até a hora em que vamos dormir: os portadores de TDAH vão ter muitas dificuldades em manter a atenção em um monte de coisas.

Elas também tendem a ser impulsivas (não esperam a vez, não lêem a pergunta até o final e já respondem, interrompem os outros, agem antes de pensar). Frequentemente também apresentam dificuldades em se organizar e planejar aquilo que querem ou precisam fazer.

Seu desempenho sempre parece inferior ao esperado para a sua capacidade intelectual. O TDAH não se associa necessariamente a dificuldades na vida escolar, embora esta seja uma queixa freqüente de pais e professores. É mais comum que os problemas na escola sejam de comportamento que de rendimento (notas).

Um aspecto importante: as meninas têm menos sintomas de hiperatividade-impulsividade que os meninos (embora sejam igualmente desatentas), o que fez com que se acreditasse que o TDAH só ocorresse no sexo masculino. Como as meninas não incomodam tanto, eram menos encaminhadas para diagnóstico e tratamento médicos.

Sintomas em adultos

A existência da forma adulta do TDAH foi oficialmente reconhecida apenas em 1980 pela Associação Psiquiátrica Americana. E, desde então inúmeros estudos têm demonstrado a presença do TDAH em adultos. Passou-se muito tempo até que ela fosse amplamente divulgada no meio médico e ainda hoje, observa-se que este diagnóstico é apenas raramente realizado, persistindo o estereótipo equivocado de TDAH: um transtorno acometendo meninos hiperativos que têm mau desempenho escolar. Muitos médicos desconhecem a existência do TDAH em adultos e quando são procurados por estes pacientes, tendem a tratá-los como se tivessem outros problemas (de personalidade, por exemplo). Quando existe realmente um outro problema associado (depressão, ansiedade ou drogas), o médico só diagnostica este último e “deixa passar” o TDAH.

Atualmente acredita-se que em torno de 60% das crianças com TDAH ingressarão na vida adulta com alguns dos sintomas (tanto de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade) porém em menor número do que apresentavam quando eram crianças ou adolescentes.

Para se fazer o diagnóstico de TDAH em adultos é obrigatório demonstrar que o transtorno esteve presente desde criança. Isto pode ser difícil em algumas situações, porque o indivíduo pode não se lembrar de sua infância e também os pais podem ser falecidos ou estar bastante idosos para relatar ao médico. Mas em geral o indivíduo lembra de um apelido (tal como “bicho carpinteiro”, etc.) que denuncia os sintomas de hiperatividade-impulsividade e lembra de ser muito “avoadado”, com queixas freqüentes de professores e pais.

Os adultos com TDAH costumam ter dificuldade de organizar e planejar suas atividades do dia a dia. Por exemplo, pode ser difícil para uma pessoa com TDAH determinar o que é mais importante dentre muitas coisas que tem para fazer, escolher o que vai fazer primeiro e o que pode deixar para depois. Em consequência disso, quem TDAH fica muito “estressado” quando se vê sobrecarregado (e é muito comum que se sobrecarregue com freqüência, uma vez que assume vários compromissos diferentes), pois não sabe por onde começar e tem medo de não conseguir dar conta de tudo. Os indivíduos com TDAH acabam deixando trabalhos pela metade, interrompem no meio o que estão fazendo e começam outra coisa, só voltando ao trabalho anterior bem mais tarde do que o pretendido ou então se esquecendo dele.

O portador de TDAH fica com dificuldade para realizar sozinho suas tarefas, principalmente quando são muitas, e o tempo todo precisa ser lembrado pelos outros sobre o que tem para fazer. Isso tudo pode causar problemas na faculdade, no trabalho ou nos relacionamentos com outras pessoas. A persistência nas tarefas também pode ser difícil para o portador de TDAH, que freqüentemente “deixa as coisas pela metade”.

Relacionamento pais/professores

Criar um filho com TDAH pode ser incrivelmente desafiador para qualquer adulto. Pais e professores envolvidos na educação dessa criança ou adolescente devem redobrar seu empenho: terão que supervisionar, monitorar ensinar, organizar, planejar, estruturar, recompensar, guiar, colocando sempre os limites de forma clara.

Nos aviões, quando pais estão acompanhados por filhos pequenos, a recomendação é:

"- Em caso de depressurização da aeronave, os pais devem colocar as máscaras em primeiro lugar e somente depois nas crianças"

Assim deve se dar no caso da TDAH: os pais devem rever-se (na grande maioria dos casos é hereditário), conhecer profundamente o transtorno, tratar-se para aprender e ter estrutura para lidar com seus filhos.

Apesar da grande necessidade do portador sentir-se amado, aceito, protegido e compreendido, geralmente irá chamar a atenção de maneira pouco amável, senão desastrosa, já que se sente inadequado, diferente e com baixa auto-estima.

É preciso muito amor para enxergá-los através do seu comportamento, lembrando-se sempre de suas limitações e de suas reais necessidades.

É vital para todo ser humano receber atenção, carinho e reconhecimento. Em função disso, todo comportamento pode ser estimulado, reforçado ou anulado através de 3 reforços:

1º - Reforço Negativo

São críticas, reprimendas, castigos, punições, etc. Como reação a todo comportamento negativo, inadequado. Como no caso do TDAH costumam ser muitos, é através desses reforços negativos que a criança/adolescente costuma receber atenção dos que os rodeiam gerando ressentimento e hostilidade na relação. Isso faz com que o comportamento negativo aumente (afinal é só assim que o notam). Essa hostilidade pode também levá-los ao isolamento.

2º - Reforço de Extinção

Se é vital para o ser humano ter atenção, carinho e reconhecimento, é mortal ser ignorado.

Para se anular um determinado tipo de comportamento, a melhor técnica é ignorá-lo. Se um comportamento não chama a atenção dos demais, provavelmente aos poucos será extinto.

3º - Reforço Positivo

São carícias físicas, palavras afetuosas, elogios e reconhecimento por comportamentos positivos. Esse tipo de reforço faz com que o indivíduo empenhe-se nesse padrão de comportamento positivo para continuar sendo notado, reconhecido e elogiado.

Dicas para mudança de comportamento

Não usar reforços negativos, somente em último caso, para que os comportamentos negativos não sejam reforçados e aumentados.

Usar reforços de extinção – um comportamento sem IBOPE provavelmente sairá do ar.

Usar reforços positivos – Se a qualquer comportamento adequado (mesmo que para pais e professores não passe de mera obrigação), houver recompensa e/ou reconhecimento, esse tipo de comportamento tende a aumentar cada vez mais.

Quando você quer mudar um comportamento indesejável, decida por qual o comportamento positivo quer substituí-lo. Depois de ter reforçado esse novo comportamento positivo frequentemente por no mínimo uma semana, comece a punir o comportamento oposicional indesejável, com punições brandas, como por exemplo a perda de privilégios. Mantenha sempre a relação de uma punição para três ou mais situações de elogio e recompensa. A tendência é a extinção natural das punições.

Infelizmente em face da dificuldade de lidar com filho/aluno com TDAH, os pais e professores podem perder a perspectiva dos seus objetivos. Podem tornar-se irritados, impacientes, confusos e enfurecidos quando suas tentativas iniciais não funcionarem.

Respire fundo e lembre-se que o adulto, o técnico, o educador e treinador é você:

É necessária muita sabedoria e paciência para equilibrar amor com regras e limites claros na educação. O objetivo é preparar essa criança e/ou adolescente para viver em sociedade, sentindo-se integrado, com boa auto-estima, sabendo respeitar limites (seus e dos outros), regra fundamental para amar e ser amado.

Tente olhar de fora da cena, como se fosse um estranho imparcial, racional, sem qualquer envolvimento emocional.

Enfoque o comportamento negativo, deficiente e destrutivo que você quer mudar, lembrando sempre que **seu filho/aluno tem uma incapacidade, uma dificuldade, e não falta de caráter: ele(a) não consegue controlar o que fala ou faz e com certeza tem qualidades e potenciais a serem valorizados.**

É MUITO MAIS DIFÍCIL DECEPCIONAR ALGUÉM QUE CONFIA EM NÓS.

Dicas de supervisão e controle adequado e positivo

Pais/professores devem colocar limites claros e objetivos, dar instruções positivas e focadas, como por exemplo: "- Comece agora a lição de matemática", no lugar do vago "- Preste atenção!"

Dê responsabilidades com tarefas simples para que se sintam necessários e valorizados.

Sempre que possível motive-os com desafios viáveis, proporcionando avaliação freqüente.

Desenvolva sistema de créditos, pontos ganhos por dia quando têm boas atitudes ou iniciativas. A penalidade é a perda de bônus a cada infração cometida. A gratificação são os prêmios a serem estabelecidos.

Não provocar constrangimento nem menosprezar o filho/aluno por suas dificuldades, nem compará-lo com irmãos ou colegas, principalmente na frente destes.

Usar criatividade e flexibilidade para gerar um programa pedagógico adequado às dificuldades do TDAH.

Em sala de aula, colocar a criança/adolescente na frente, perto do professor(a) ao lado de colegas que não o distraiam.

Proporcionar trabalhos em grupos pequenos e favorecer relações sociais.

Lembrar-se da inabilidade em sustentar a atenção por muito tempo: 12 tarefas de 5 minutos cada, dão melhores resultados do que 2 tarefas de ½ hora.

Mandar por e-mail as tarefas de casa, datas de trabalhos e provas para o aluno **(muitas vezes ele(a) não consegue copiar tudo que foi colocado na lousa ou anotar o que foi falado em sala de aula.)**

Favorecer freqüente contato entre pais, professores e profissional que cuida do filho/aluno.

Declaração Internacional de Consenso sobre o TDAH

Em janeiro de 2002, um grupo de renomados especialistas de diferentes países, preocupados com a má informação que vem cercado o conhecimento sobre o TDAH, decidiu assinar uma declaração conjunta com a intenção de desfazer uma série de mal entendidos que os meios de comunicação têm veiculado sem fundamento científico.

A lista foi encabeçada por Russell A. Barkley, professor de Psiquiatria e Neurologia da Universidade da Massachussetts Medical School, EUA, e contou com a assinatura de cerca de 80 respeitados profissionais.

Alguns pontos contidos na declaração:

1. Não existe dúvida que o TDAH é um transtorno genuíno.
2. Existe suficiente evidência científica que esse transtorno compromete mecanismos físicos e psicológicos que são comuns a todas as pessoas.
3. As deficiências ocasionadas pelo TDAH podem acarretar sérios prejuízos na vida das pessoas.
4. Existe comprovação que o TDAH pode ser responsável por maior mortalidade, maior morbidade, prejuízos na vida social, no funcionamento familiar, nos estudos, e na aquisição de uma vida independente.
5. As pessoas com TDAH estão mais sujeitas à acidentes.
6. A contribuição maior para a ocorrência desse transtorno se deve a fatores genéticos e neurológicos, sendo que o ambiente familiar contribui pouco para isso.
7. O TDAH não é um problema benigno, pode trazer problemas muito sérios.
8. Quem tem o transtorno apresenta uma chance maior de abandonar os estudos.
9. A pessoa com TDAH está mais sujeita a ter um rendimento baixo no trabalho.
10. Gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis, muitas de trânsito, conflitos matrimoniais e depressão são mais comuns nessas pessoas.
11. Menos da metade das pessoas com esse transtorno estão em tratamento

Os prejuízos causados por TDAH

Os Custos do TDAH

Os dados abaixo foram compilados das seguintes fontes:

- Site do National Consumers League (www.nclnet.org/adhd/costs.htm)
- International Consensus Statement on ADHD, Barkley e co-signatários
- The Statistics of ADHD, Russell Barkley.

Insucesso escolar de adolescentes com TDAH:

21% trocaram de escola várias vezes

45% sofreram suspensões

30% repetiram pelo menos um ano de estudo

2% a 40% abandonaram os estudos

Apenas 5% concluíram um curso universitário

Problemas sociais

40% das adolescentes tiveram problemas de gravidez precoce

50% a 70% tinham poucos amigos

70% a 80% produzem pouco no trabalho

Pais de uma criança portadora apresentam três vezes mais chance de separação ou divórcio do que os pais de crianças sem TDAH

Questões de saúde e de segurança

16% dos portadores apresentaram doenças sexualmente transmissíveis

Jovens com TDAH têm mais chance de serem atropelados ou sofrerem acidentes com bicicletas

Adolescentes portadores recebem quatro vezes mais multas de trânsito

Adolescentes portadores têm quatro vezes mais acidentes de carro e têm sete vezes mais chance de terem um segundo acidente

20% a 30% dos adultos portadores sofrem de depressão e 18% a 25% sofrem de transtornos da personalidade

Dr. Sérgio Bourbon Cabral

Dicas para o professor lidar com hiperativos

- Evite colocar alunos nos cantos da sala, onde a reverberação do som é maior. Eles devem ficar nas primeiras carteiras das fileiras do centro da classe, e de costas para ela;
- Evite cores muito fortes na sala e na farda como amarelo e vermelho. Cores fortes tendem a deixá-los ainda mais agitados, excitados e menos atentos. Procure colocar tons mais neutros e suaves. Compare com o quarto de um bebê; agora pense: porque ninguém usa cores fortes nele? Estímulo demais não é bom para ninguém;
- Faça com que a rotina na classe seja clara e previsível, crianças com TDAH têm dificuldade de se ajustar a mudanças de rotina;
- Organize as carteiras em círculo, em forma de U, ao invés de fileiras a fim de visualizar melhor toda a classe e seu movimento;
- Coloque esta criança próxima a outras mais concentradas e calmas, assim ele não encontrará seguidores para sua agitação;
- Traga esta criança para perto de você, assim poderá ver se ela está conseguindo acompanhar seu ritmo, ou se você precisa desacelerar um pouco. Isto o ajudará também a dispersar-se menos;
- Afaste-as de portas e janelas para evitar que se distraiam com outro estímulos;
- Deixe-as perto de fontes de luz para que possam enxergar bem;
- Não fale de costas, mantenha sempre o contato visual;
- Intercale atividades de alto e baixo interesse durante o dia, em vez de concentrar o mesmo tipo de tarefa em um só período;
- Substituir aulas monótonas ou cansativas por aulas mais estimulantes que prendam sua atenção (o professor deverá ter muito preparo e ser bastante flexível com seu planejamento, mas ter cuidado para que o hiperativo não se empolgue demais);
- Estes alunos adoram novidades, lance mão destes recursos não habituais para prender sua atenção. Peça ajuda ao professor de artes para trabalhar de forma interdisciplinar. Estas crianças são muito criativas e se identificam muito com tarefas como criar, construir, explorar. Os adultos hiperativos poderão ter mais sucesso em carreiras ligadas a designers, publicidade, artes plásticas;
- Repita ordens e instruções, faça frases curtas e peça ao aluno para repeti-las, certificando-se de que ele entendeu;
- Coloque sempre no quadro as atividades do dia para que este aluno perceba que há regras pré-definidas e previamente organizadas e que todos devem cumpri-las sem exceção de ninguém;
- As tarefas não poderão ser longas. Deverão ter conclusão rápida para que ele consiga concluir a tarefa e não pare pela metade, o que é muito comum. As tarefas maiores deverão ser divididas em partes para que ele perceba que elas podem ser terminadas.

- Procure dar supervisão adicional aproveitando intervalo entre aulas ou durante tarefas longas e reuniões;
- Permita que o aluno saia algumas vezes da sala para levar bilhetes, pegar giz em outra sala, ir ao banheiro. Estes alunos não gostam de ficar parados por muito tempo e desta forma estará evitando que ele fuja da sala por conta própria;
- Peça que o aluno faça três riscos no quadro. Isto será o número de vezes que ele poderá sair. Cada vez que ele sair deverá apagar um risco no quadro. Isto funciona como um limite e tende a dar certo porque a criança se controla mais antes de pensar em sair da sala;
- Esteja sempre em contato com os pais: anote no caderno do aluno as tarefas escolares, mande bilhetes diários ou semanais e peça aos responsáveis que leiam as anotações. Isto evita que as conversas se dêem apenas em reuniões;
- O aluno deve ter reforços positivos quando for bem sucedido. Isso ajuda a elevar sua auto-estima. Procure elogiar ou incentivar o que aquele aluno tem de bom e valioso;
- Elogie seu bom comportamento, incentive os colegas a elogiar suas produções, desta forma a turma estará ajudando este aluno a elevar sua auto-estima;
- Crianças hiperativas produzem melhor em salas de aula pequenas. Um professor para cada oito alunos é indicado;
- Coloque a criança perto de colegas que não o provoquem, perto da mesa do professor na parte de fora do grupo;
- Proporcione um ambiente acolhedor, demonstrando calor e contato físico de maneira equilibrada e, se possível, fazer os colegas também terem a mesma atitude;
- Nunca provoque constrangimento ou menospreze o aluno;
- Proporcione trabalho de aprendizagem em grupos pequenos e favoreça oportunidades sociais. Grande parte das crianças com TDAH consegue melhores resultados acadêmicos, comportamentais e sociais quando no meio de grupos pequenos;
- Adapte suas expectativas quanto à criança, levando em consideração as deficiências e inabilidades decorrentes do TDAH. Por exemplo: se o aluno tem um tempo de atenção muito curto, não espere que se concentre em apenas uma tarefa durante todo o período da aula;
- Proporcione exercícios de consciência e treinamento dos hábitos sociais da comunidade. Avaliação freqüente sobre o impacto do comportamento da criança sobre ela mesma e sobre os outros ajuda bastante;
- Coloque limites claros e objetivos; tenha uma atitude disciplinar equilibrada e proporcione avaliação freqüente, com sugestões concretas e que ajudem a desenvolver um comportamento adequado;
- Desenvolva um repertório de atividades físicas para a turma toda, como exercícios de alongamento ou isométricos;

- Repare se a criança se isola durante situações recreativas barulhentas. Isso pode ser um sinal de dificuldades: de coordenação ou audição, que exigem uma intervenção adicional;
- Desenvolva métodos variados utilizando apelos sensoriais diferentes (som, visão, tato) para ser bem sucedido ao ensinar uma criança com TDAH. No entanto, quando as novas experiências envolvem uma miríade de sensações (sons múltiplos, movimentos, emoções ou cores), esse aluno provavelmente precisará de tempo extra para completar sua tarefa;
- As aulas de educação física são um ótimo auxílio para estas crianças que parecem ter energia triplicada. A ginástica ajuda a liberar mais esta energia que parece ser inesgotável, ajuda na concentração através de exercícios específicos, ajuda a estimular hormônios e neurônios, a distinguir direita de esquerda já que possuem problemas de lateralidade que prejudicam muito sua aprendizagem;
- Não seja mártir! Reconheça os limites da sua tolerância e modifique o programa da criança com TDAH até o ponto de se sentir confortável. O fato de fazer mais do que realmente quer fazer, traz ressentimento e frustração;
- Permaneça em comunicação constante com o psicólogo ou orientador da escola. Ele é a melhor ligação entre a escola, os pais e o médico.

A Inclusão escolar

Freqüentar a escola regular favorece também o diagnóstico de problemas como o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Os padrões normativos do ambiente escolar são difíceis de ser acatados pela criança por exigirem maior compartilhamento social, definições de limites e maior atenção e concentração. Então a criança começa a ter problemas de adaptação e, por vezes, de aprendizagem. O TDAH é um transtorno mental de base neurobiológica, que afeta entre 3% a 6% das crianças e adolescentes.

Não prestar atenção a detalhes, ter dificuldade de concentração, dificuldade de participar de tarefas que exijam esforço mental prolongado, ter facilidade em se distrair e perder objetos com freqüência são alguns dos sintomas que caracterizam o transtorno do déficit de atenção. A hiperatividade pode ser notada quando a criança se movimenta exageradamente, corre, pula demais, mexe mãos e pernas, especialmente em momentos inapropriados. Entre os sintomas, existem ainda os que caracterizam a impulsividade, como interromper conversas e dificuldade de esperar a sua vez.

As conseqüências do transtorno são cruéis: 90% apresentam desempenho escolar inferior ao das crianças da mesma faixa etária que não são portadoras do TDAH. Elas se sentem frustradas porque, por mais que se esforcem não conseguem acompanhar o ritmo dos colegas. Como eles têm atenção muito oscilante, não conseguem memorizar e absorver o aprendizado. Além disso, um dado surpreendente é que a taxa de punições disciplinares – suspensão e expulsão – que incidem sobre essas crianças no período escolar é três vezes maior que dos outros alunos. *“Na escola há uma relutância quanto à aceitação do aluno que apresenta aspectos do TDAH. Existe uma tendência dos professores e colegas a estigmatizar essa criança e neutralizar sua participação nas atividades cotidianas da escola”*, comenta Sebastião Rogério Góis Moreira, psicólogo e professor do Instituto Superior de Educação Anísio Teixeira (Fundação Helena Antiposs), em Minas Gerais.

No Brasil, o número de crianças e adolescentes que recebem tratamento para o TDAH é muito inferior ao estimado com base na prevalência estatística de 6%. Para o neurobiologista e pesquisador do Departamento de Neurologia da Unicamp, César Moraes, o déficit de atenção é um grande problema: a criança fica desligada, mas não

conversa na aula, não atrapalha os colegas e professores. Um estudo realizado no Rio Grande do Sul constatou que entre 90 crianças com déficit de atenção, apenas três recebiam acompanhamento profissional. “A hiperatividade é percebida mais facilmente, porque incomoda”, comenta. O neurologista Erasmo Barbante Casella aponta a escola como o melhor lugar para avaliar a criança com TDAH, pois, como ela está no meio de outras 20, 30 crianças da mesma idade, seu desempenho e desenvolvimento podem ser comparados. “É preciso, no entanto, desenvolver um método educativo adequado às capacidades e limitações da criança com o transtorno”.

O professor deve procurar se informar sobre o transtorno e é essencial que tenha acesso aos profissionais que diagnosticam e trabalham no tratamento de seus alunos, para poderem entendê-los e ajudá-los da melhor forma possível, trocando informações e tirando dúvidas

Legislação mais recente

FRAGMENTO DO TEXTO DA LEI 9394/96, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996

CAPITULO V DA EDUCAÇÃO ESPECIAL

Art. 58. Entende-se por educação especial, para efeitos desta Lei, a modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais.

§ 1º Haverá, quando necessário, serviços de apoio, especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela da educação especial.

§ 2º O atendimento educacional será feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular.

§ 3º A oferta de educação especial, dever constitucional do Estado, tem início na faixa etária de zero a seis anos, durante a educação infantil.

Art. 59. Os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com necessidades especiais:

I - currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicas, para atender as suas necessidades;

II - terminalidade específica para aqueles que não puderem atingir o nível exigido para conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências, e aceleração para concluir em menor tempo o programa escolar para os super dotados;

III - professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento especializado, bem como os professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns;

IV - educação especial para o trabalho, visando sua efetiva integração na vida em sociedade, inclusive condições adequadas para os que não revelarem capacidade de inserção no mercado de trabalho competitivo, mediante articulação com os órgãos oficiais afins, bem como para aqueles que apresentam uma habilidade superior nas áreas artística, intelectual ou psicomotora;

V - acesso igualitário aos benefícios dos programas sociais suplementares disponíveis para o respectivo nível do ensino regular.

Art. 60. Os órgãos normativos dos sistemas de ensino estabelecerão critérios de caracterização das instituições privadas sem fins lucrativos, especializados e com atuação exclusiva em educação especial, para fins de apoio técnico e financeiro para o Poder Público.

Parágrafo único. O Poder Público adotará, como alternativa preferencial, a ampliação do atendimento aos educandos com necessidades especiais na própria rede pública regular de ensino, independentemente do apoio às instituições previstas neste artigo.

RESOLUÇÃO Nº 8, DE 20 DE JUNHO DE 2001

Recomenda ao Ministério da Educação MEC a ao Conselho Nacional de Educação CNE medidas referentes à inclusão da Pessoa Portadora de Deficiência, no sistema regular de ensino

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

RESOLUÇÃO Nº8, DE 20 DE JUNHO DE 2001 (D.O.U. de 24 de agosto de 2001, Seção 1, pg. 163-E)

Recomenda ao Ministério da Educação MEC a ao Conselho Nacional de Educação CNE medidas referentes à inclusão da Pessoa Portadora de Deficiência, no sistema regular de ensino, e dá outras providências.

O Presidente do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência, em exercício, no uso de suas atribuições legais, na competência descrita nos artigos 10 e 11 do Decreto nº 3298, de 20 de dezembro de 1999, no artigo 22 do Regimento Interno, a deliberação do Conselho em sua VII Reunião Ordinária de 19 e 20 de junho de 2001, e considerando:

1. O compromisso mundial no sentido de se construir uma sociedade para todos, firmado nos termos da Resolução 4591, aprovada em 14/12/90, pela Organização das Nações Unidas – ONU, segundo a qual "a Assembléia Geral solicita ao Secretário-Geral uma mudança no foco do programa das Nações Unidas sobre deficiência passando da conscientização para a ação, com o propósito de se concluir com êxito uma sociedade para todos por volta do ano 2010";
2. A necessidade de um sistema educacional adequado à diversidade, pois a educação é o principal caminho para a obtenção efetiva da almejada "sociedade para todos";
3. As garantias constantes em nossa Constituição Federal relativas ao direito à igualdade, à não discriminação e à educação como direito de todos, "visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho" (art.205);
4. A importância de um ambiente heterogêneo e rico em oportunidades de acesso ao saber, obtido em escolas não exclusivas da cidadania conforme exigido no texto constitucional;
5. Os seguintes princípios e garantias constitucionais relativos à educação, dos quais não podem ser excluídas as pessoas portadoras de deficiência:
 - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola (art. 206,1)
 - atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade (art.208.IV): acesso aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística segundo a capacidade de cada um (art. 208.V).

6. A garantia específica constante do artigo 208, inciso III, da Constituição Federal sobre atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência "preferencialmente na rede regular de ensino":
7. A comparação deste dispositivo com os demais já transcritos e todo o movimento mundial pela educação inclusiva deixando claro que a regra é o atendimento de pessoas com necessidades educacionais especiais na rede regular. Se existe "preferência", ou direito de opção, este deve ser exercido pelo titular do direito à educação: o aluno ou responsável.
8. A corroboração da conclusão supra pelo artigo 1º. nº 2. "b", da Convenção da Guatemala, segundo o qual as diferenciações no interesse do desenvolvimento pessoal dos portadores de deficiência não configuram discriminação. DESDE QUE eles não estejam obrigados a aceitar tal diferenciação.
9. O artigo 2º inciso I. alínea "a" da Lei 7.853/89 que estabelece como medida para garantir os direitos básicos da pessoa portadora de deficiência "a inclusão, no sistema educacional da Educação Especial como modalidade educativa que abranja a educação precoce a pré-escolar, as de 1º e 2º graus, a supletiva, a habilitação e a reabilitação profissionais com currículos, etapas e exigências de diplomação próprios", entre outros dispositivos igualmente ente voltados para a educação inclusiva.
10. A Lei nº 9.394 de 26.12.96 Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional que nos artigos 58 e seguintes, garante a oferta da educação especial no ensino regular já durante a educação infantil, que se inicia a partir de zero anos (art. 28 e 30 da lei citada), cuja leitura associada ao artigo 2º. inciso I. alínea "a" acima citado leva à conclusão de que as creches e congêneres devem oferecer tratamento adequado às crianças com necessidades especiais voltado para a sua educação precoce.
11. A necessidade diante destas considerações de preparação de todos os estabelecimentos de ensino regular para receber pessoas com necessidades especiais não mais se admitindo que os dirigentes dos estabelecimentos de ensino classifiquem e escolham as pessoas que podem ser matriculadas nele.
12. Apesar do atual ordenamento jurídico aqui relatado de acordo com levantamento feito pelo próprio Ministério da Educação (<http://www.mec.gov.br/seesp>):
 - no ano de 1999 enquanto havia 38.907.189 de crianças matriculadas no ensino fundamental da rede regular, o número total de pessoas portadoras de deficiência matriculadas na rede regular e especial era de apenas de 374.129;
 - desse número, 195.515 estavam matriculadas no ensino fundamental e apenas 3.190 no ensino médio;
 - essa defasagem é enorme em relação até mesmo à deficiência apenas física, excluindo-se a sensorial, pois enquanto havia 8.151 pessoas portadoras de deficiência física no ensino fundamental, apenas 495 estavam no ensino médio;
 - do total de pessoas portadoras de deficiência matriculadas, 74,7% estavam matriculadas em escolas especiais particulares, na sua maioria, entidades filantrópicas.
13. Outras graves constatações do que está ocorrendo, na prática, são as que seguem:

- as escolas regulares públicas encontram-se superlotadas e, quando recebem crianças com necessidades educacionais especiais não conseguem dar um atendimento de qualidade:
- os índices de repetência são altos, até porque a maioria das escolas trabalha com protótipos os quais devem ser alcançados pelos alunos com a chamada aptidão acadêmica, sendo que aqueles que não se encaixam são deixados à margem do ensino regular:
- as escolas particulares especializam-se em critérios de exclusão, chegando a realizar provas ou "vestibulinhos" para a admissão já no ensino infantil e fundamental, o que automaticamente exclui crianças portadoras de deficiência mental e outras deficiências:
- os prédios das escolas não são acessíveis para pessoas portadoras de deficiência física e sensorial. Inviabilizando não só o acesso de alunos e familiares nestas condições, mas de profissionais que porventura tenham deficiência e que poderiam ser contratados:
- que o Ministério da Educação está trabalhando na capacitação de professores baseado em cursos que ensinam a lidar isoladamente com certas deficiências, não investindo suficientemente na preparação de professores desde o magistério para lidar com a diversidade decorrente do princípio da educação para todos:
- que é comum, principalmente em escolas particulares. A recusa de alunos portadores de deficiência sob o argumento de que a escola não está preparada para recebê-los sem a consciência não transmitida pelos órgãos próprios, de que a escola tem o dever de estar preparada para todos;
- que os dirigentes de estabelecimentos de ensino classificam e remetem pessoas com necessidades educacionais especiais para salas e estabelecimentos de ensino especial mesmo sem a concordância dos pais:
- que a reserva de vagas no mercado de trabalho (cota) para pessoas portadoras de deficiência não é preenchida principalmente porque os níveis de escolaridade exigidos não são alcançados por tais pessoas.

Resolve:

Art. 10 Solicitar ao Conselho Nacional de Educação que expeça diretrizes nacionais para a educação básica no sentido de que a partir da conscientização da necessidade de se educar segundo os princípios inclusivos, como forma de garantir o pleno desenvolvimento da pessoa e da conscientização de que uma escola para todos implica em se garantir o direito de pessoas portadoras de deficiência freqüentarem a educação infantil, o ensino fundamental, o ensino médio, a formação para o trabalho, os programas para jovens e adultos, entre seus pares com e sem deficiência e em escolas regulares:

- é indispensável que os estabelecimentos de ensino adotem métodos e práticas de ensino adequados às diferenças dos alunos em geral oferecendo alternativas que contemplem a diversidade, além de, recursos de ensino e equipamentos especializados que atendam a todas as necessidades educacionais dos educandos, com e sem deficiências mas sem discriminações:
- os critérios de avaliação e de promoção com base no aproveitamento escolar previstos na Lei de Diretrizes e Bases da

Educação Nacional (artigo 24); não podem ser organizados de forma a descumprir os princípios constitucionais da igualdade de direito ao acesso E PERMANENCIA na escola, bem como do acesso aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística segundo a capacidade de cada um (art. 208. V. CF):

- os serviços de apoio especializado, tais como os de intérpretes de língua de sinais, aprendizagem do sistema "Braille" e outros recursos especiais de ensino e de aprendizagem não caracterizam e não podem substituir as funções do professor responsável pela sala de aula da escola regular que tem os alunos com deficiência incluídos;
- o encaminhamento de alunos com necessidades educacionais especiais a serviço ou atendimento clínico especializado devem contar com a concordância expressa dos pais;
- a impossibilidade de integração prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional art. 58 e em outros dispositivos equivalentes de nossa legislação diz respeito a condições específicas da pessoa portadora de deficiência que por resultarem em total falta de interação com o ambiente externo impedem qualquer aproveitamento e não só dos conteúdos ministrados na escola;
- as creches e congêneres dentro de sua atual e reconhecida função de cuidar e educar devem estar preparadas para crianças com necessidades educacionais especiais a partir de zero anos (art. 58. § 3º. LDB c.c. o art. 20. inc. I. alínea "a". da Lei 7.853:89);
- não é permitida a realização de exames com finalidade de aprovação ou reprovação para ingresso no ensino infantil ou fundamental devendo, em caso de desequilíbrio entre a oferta de vagas e a procura, proceder-se à utilização de métodos objetivos e transparentes para o preenchimento das vagas existentes.

Art. 2º Dar ciência aos Conselhos Estaduais de Educação sobre o conteúdo desta Resolução.

Art. 3º Ainda ao Conselho Nacional de Educação solicitar que regulamente o artigo 59 inciso II da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de forma a orientar os sistemas de ensino sobre como deve se dar a chamada "terminalidade específica para aqueles que não puderem atingir o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental pois. se de um lado tal dispositivo deixa clara a possibilidade de admissão de crianças com maiores comprometimentos mentais na escola,. pode dar margem a certificados discriminatórios.

Art. 4º Determinar ao Ministério da Educação que observe as diretrizes constantes do artigo 1º desta Resolução em todos os seus programas e projetos determinando a formação de Comissão para revisão de todo o material dirigido pelo ME aos estabelecimentos de ensino, expedindo-se cartilhas ou manuais de orientação atualizados e adequados ao ordenamento jurídico nacional e internacional relativos à educação inclusiva.

Art. 5º Recomendar ainda ao Ministério da Educação que:

- invista na capacitação de professores NÃO APENAS através de cursos que ensinem a lidar isoladamente com certas deficiências. mas na

preparação de professores desde o magistério, para lidar com a diversidade decorrente do princípio da educação para todos:

- continue promovendo campanhas nacionais voltadas para a conscientização do direito à educação para todos. Com ênfase para a obrigatoriedade de admissão e permanência de pessoas com necessidades educacionais especiais na escola regular, principalmente diante das situações de criminalização previstas no artigo 8º no inciso I. da Lei 7.851 89.

Art. 6º Constituir Comissão, no âmbito do CONADE. para acompanhamento de todas as medidas adotadas pelo Ministério da Educação e Conselho Nacional da Educação voltadas para a educação inclusiva tendo como base os termos constantes desta Resolução.

Art. 7º Ouvir e orientar as instâncias de controle social estaduais do sistema de defesa de direitos da pessoa portadora de deficiência sobre a matéria aqui tratada.

Art. 8º Essa Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

LIZAIR DE MORAES GUARINO

Livros Indicados:

No Mundo da Lua: Perguntas e respostas sobre Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos.
Mattos, Paulo. São Paulo, Lemos Editorial, 2001

Toda a venda do livro reverte para a ABDA.

Compre na ABDA pelo telefone (21) 2295-0921 e os mesmos serão enviados pelo correio em qualquer cidade do Brasil (R\$ 30,00 + frete)

Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: O que é? Como ajudar?
Luiz Rohde e Edyleine Benczik, Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1999

Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade

Barkley R. Porto Alegre: Editora Artmed, 2002.

Tendência à Distração

Hallowell, Edward e John J. Ratey. Rio de Janeiro, Rocco, 2000.

Mentes Inquietas

Ana Beatriz Silva, Editora Gente.

A Criança com Déficit de Atenção e Hiperatividade: Atualização para pais, professores e profissionais da saúde.

Saul Cypel. São Paulo, Lemos Editorial, 2000

Hiperatividade: Como lidar?

Abram Topczewski. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999

Hiperatividade: Como desenvolver a capacidade de atenção da criança.

Sam Goldstein e Michael Goldstein. Papyrus Editora, 1998

Limites sem Trauma

Zagury, T. Rio de Janeiro: Record, 2001

O Comportamento Hiperativo na Infância.

Braga, Ryon, Curitiba: Editora Conscientia, 1998.

Transtorno de Déficit de Atenção.

Schwartzman, J. São Paulo: Memnon Edições Científicas e Editora Mackenzie, 2001

A. D. D. and Romance: Finding Fulfillment in Love, Sex, & Relationships

Jonathan Scott Halverstadt. Editora: Taylor Trade Publishing, 1998

Bibliografia

ABDA – Associação Brasileira do Déficit de Atenção – Como diagnosticar crianças e adolescentes - <http://www.tdah.org.br/diag01.php>

ARAÚJO, Mônica; SILVA, Sheila Aparecida Pereira dos Santos - Comportamentos indicativos do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças: alerta para pais e professores - <http://www.efdeportes.com/efd62/atencao.htm>

BALLONE, Geraldo J. - Transtorno por hiperatividade (criança hipercinética, disfunção cerebral mínima, transtornos disruptivos) - <http://planeta.terra.com.br/saude/swbrasil/ hiperatividade.htm>

GOLFETO, J. H.. A criança com déficit de atenção aspectos clínicos, terapêuticos e evolutivos. Campinas, 1993. Documentação não publicada elaborado na Unicamp (Universidade de Campinas).

GONÇALVES, Priscilla Siomara – O trabalho em ambiente escolar com alunos portadores do distúrbio de déficit de atenção com hiperatividade- <http://geocities.com/hotsprings/oasis/2826/ddah1.html>

Indisciplinado ou hiperativo. In: NOVA escola. São Paulo. Fundação Victor Civita. 2000; n.º 132; pp 30-32.

SMITH,C.; STRICK,L. Dificuldades de Aprendizagem de A a Z. 1ª ed. Ed. Artes Médicas, 2001 in <http://www.efdeportes.com/efd62/ atencao.htm>